



Deutscher Bundestag

Ausschuss für Recht und
Verbraucherschutz

Wortprotokoll der 66. Sitzung

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Berlin, den 23. September 2015, 14:07 Uhr

Berlin, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Raum 3.101
(Anhörungsraum)

Vorsitz: Renate Künast, MdB, und Elisabeth
Winkelmeier-Becker, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigster Tagesordnungspunkt

Seite 20

- a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Michael Brand,
Kerstin Griese, Kathrin Vogler, Dr. Harald Terpe
und weiterer Abgeordneter

Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung

BT-Drucksache 18/5373

Federführend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Mitberatend:

Innenausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Gesundheit

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

Ausschuss für Bildung, Forschung und

Technikfolgenabschätzung

Berichterstatter/in:

Abg. Ansgar Heveling [CDU/CSU]

Abg. Dr. Katarina Barley [SPD]

Abg. Halina Wawzyniak [DIE LINKE.]

Abg. Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

Abg. Renate Künast [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]



- b) Gesetzentwurf der Abgeordneten Peter Hintze, Dr. Carola Reimann, Dr. Karl Lauterbach, Burkhard Lischka und weiterer Abgeordneter

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz)

BT-Drucksache 18/5374

Federführend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Mitberatend:

Innenausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ausschuss für Gesundheit

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

Ausschuss für Bildung, Forschung und

Technikfolgenabschätzung

Berichterstatter/in:

Abg. Ansgar Heveling [CDU/CSU]

Abg. Dr. Katarina Barley [SPD]

Abg. Halina Wawrzyniak [DIE LINKE.]

Abg. Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

Abg. Renate Künast [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- c) Gesetzentwurf der Abgeordneten Renate Künast, Dr. Petra Sitte, Kai Gehring, Luise Amtsberg und weiterer Abgeordneter

Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung

BT-Drucksache 18/5375

Federführend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Mitberatend:

Innenausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ausschuss für Gesundheit

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

Ausschuss für Bildung, Forschung und

Technikfolgenabschätzung

Berichterstatter/in:

Abg. Ansgar Heveling [CDU/CSU]

Abg. Dr. Katarina Barley [SPD]

Abg. Halina Wawrzyniak [DIE LINKE.]

Abg. Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

Abg. Renate Künast [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- d) Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Patrick Sensburg, Thomas Dörflinger, Peter Beyer, Hubert Hüppe und weiterer Abgeordneter

Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung

BT-Drucksache 18/5376

Federführend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Mitberatend:

Innenausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ausschuss für Gesundheit

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

Ausschuss für Bildung, Forschung und

Technikfolgenabschätzung

Berichterstatter/in:

Abg. Ansgar Heveling [CDU/CSU]

Abg. Dr. Katarina Barley [SPD]

Abg. Halina Wawrzyniak [DIE LINKE.]

Abg. Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

Abg. Renate Künast [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]



Anwesenheitslisten	Seite 4
Anwesenheitsliste Sachverständige	Seite 14
Sprechregister Abgeordnete	Seite 16
Sprechregister Sachverständige	Seite 18
Zusammenstellung der Stellungnahmen	Seite 83



Sitzung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz

(6. Ausschuss)

Mittwoch, 23. September 2015, 14:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
CDU/CSU		CDU/CSU	
Grindel, Reinhard		Bosbach, Wolfgang	
Harbarth Dr., Stephan		Brandt, Helmut	
Heck Dr., Stefan		Fabritius Dr., Bernd	
Heil, Mechthild		Frieser, Michael	
Heveling, Ansgar		Gutting, Olav	
Hirte Dr., Heribert		Henrich, Michael	
Hoffmann, Alexander		Jörrißen, Sylvia	
Hoppenstedt Dr., Hendrik		Jung Dr., Franz Josef	
Launer Dr., Silke		Lach, Günter	
Luczak Dr., Jan-Marco		Lerchenfeld, Philipp Graf	
Monstadt, Dietrich		Maag, Karin	
Seif, Detlef		Noll, Michaela	
Sensburg Dr., Patrick		Schipanski, Tankred	
Steineke, Sebastian		Schnieder, Patrick	
Sütterlin-Waack Dr., Sabine		Stritzl, Thomas	
Ullrich Dr., Volker		Strobl (Heilbronn), Thomas	
Wanderwitz, Marco		Weisgerber Dr., Anja	
Wellenreuther, Ingo		Woltmann, Barbara	
Winkelmeier-Becker, Elisabeth			
BRAND, Michael		Lerchin, Ingrid	
Dörflinger, Thomas		Hintze, Peter	
Fäber, Hermann			
Vantz			

Stand: 17. September 2015
Referat ZT 4-Zentrale Assistenzdienste, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32659, Fax: +49 30 227-36339

TINO SORGE



Anhörung 23. 9. 2015

CDU / CSU

Christian Heak

Peter Beyer

Christin Schwach

Kerstin Köppe

Sylvia Pantel

Norbert Lammer

Bellmann Viktoria

Landgraf, Katharina



Sitzung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz (6. Ausschuss)

Mittwoch, 23. September 2015, 14:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
SPD		SPD	
Barley Dr., Katarina		Binding (Heidelberg), Lothar	
Bartke Dr., Matthias		Crone, Petra	
Brunner Dr., Karl-Heinz		Hartmann (Wackernheim), Michael	
Drobinski-Weiß, Elvira		Högl Dr., Eva	
Fechner Dr., Johannes		Lischka, Burkhard	
Flisek, Christian		Miersch Dr., Matthias	
Franke Dr., Edgar		Müller, Bettina	
Hakverdi, Metin		Özdemir (Duisburg), Mahmut	
Jantz, Christina		Schieder, Marianne	
Müntefering, Michelle		Steffen, Sonja	
Rohde, Dennis		Vogt, Ute	
Wiese, Dirk			
DIE LINKE.		DIE LINKE.	
Lay, Caren		Binder, Karin	
Petzold (Havelland), Harald		Jelpke, Ulla	
Wawzyniak, Halina		Pitterle, Richard	
Wunderlich, Jörn		Renner, Martina	
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	
Keul, Katja		Beck (Köln), Volker	
Künast, Renate		Kühn (Tübingen), Christian	
Maisch, Nicole		Mihalic, Irene	
Ströbele, Hans-Christian		Notz Dr., Konstantin von	

Stand: 17. September 2015

Referat ZT 4-Zentrale Assistenzdienste, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32659, Fax: +49 30 227-36339



Anhörung 23.9.2015

SPD

Griese, Kerstin

Inne

Ge-des, Michael

A. J. J.
d. K.

Althine Müller

Carola Reimann

Heike Baehrens

Balven

J. M.

Wolff, Frankwald

W. Hoff

Schlegel, Dorothee

Mechthild Pawert

Pawert



Anhörung 23.9.2015

Die Linke

Petra Sitte

Kathrin Vogler

Birgit Woller

Hendrik Hübner

Sitte
Vogler

Woller

H. Hübner



Anhörung 23. 9. 2015

Bündnis 90 / Die Grünen

Dr. HARALD TERPE

Manja Klein-Schmidt,
Elisa Beth Scharfberg

KAI GEHRING

LISA PAUS

Maria Michaela

paus



**Sitzung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz
(6. Ausschuss)**

Mittwoch, 23. September 2015, 14:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
DIE LINKE	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Katja Kohfeld	CDU/CSU	
Christin Boren	CDU/CSU	
Dayna Meusing	SPD	
S. Bosse	SPD	
Voller, J. M.	BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	
Stephan Götter	CDU/CSU	
Florian Schulte	LINKE	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Stand: 23. Februar 2015
Referat ZT 4 – Zentrale Assistenzdienste, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32659, Fax: +49 30 227-36339

**Bundesrat**

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts- bezeichnung
Baden-Württemberg			
Bayern			
Berlin			
Brandenburg			
Bremen			
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen			
Sachsen-Anhalt			
Schleswig-Holstein			
Thüringen	Bieder		RLG

Anwesenheitsliste der Sachverständigenzur Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz
am Mittwoch, 23. September 2015, 14.00 Uhr

Name	Unterschrift
Prof. Dr. Steffen Augsberg Justus-Liebig-Universität Gießen, Professur für Öffentliches Recht	
Prof. Dr. Dr. h.c. Matthias Herdegen Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Fachbereich Rechtswissenschaft, Direktor des Instituts für Öffentliches Recht und des Instituts für Völkerrecht	
Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf Alte Universität Würzburg, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Rechtstheorie, Informationsrecht und Rechtsinformatik	
Prof. Dr. Christian Hillgruber Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Fachbereich Rechtswissenschaft, Lehrstuhl für Öffentliches Recht	
Prof. Dr. theol. Dr. h.c. Wolfgang Huber Professor für Systematische Theologie, Bischof a. D., Berlin	
Prof. Dr. Reinhard Merkel Universität Hamburg, Juristische Fakultät, Lehrstuhl für Strafrecht und Rechtsphilosophie	
Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan Vorsitzende Richterin am Bundesgerichtshof a. D., Bochum	
Priv. Doz. Dr. med. Stephan Sahn Palliativmediziner, Onkologe Chefarzt der Medizinischen Klinik I des Ketteler Krankenhauses Offenbach	



<p>Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Theologische Fakultät, Lehrstuhl für Moraltheologie, Mitglied des Deutschen Ethikrates</p>	
<p>Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Lehrstuhl für Medizinethik, Geschäftsführende Direktorin des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin</p>	
<p>Thomas Sitte Vorstandsvorsitzender Deutsche PalliativStiftung, Palliativmediziner, Kinderhospiz "Sternenbrücke", Hamburg</p>	
<p>Dr. Matthias Thöns Facharzt für Anästhesiologie, Notfall-, Palliativmedizin spez. Schmerztherapie, Witten</p>	

**Sprechregister Abgeordnete**

	Seite
Dr. Katarina Barley (SPD)	38, 63
Volker Beck (Köln) (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	61
Peter Beyer (CDU/CSU)	40
Michael Brand (CDU/CSU)	34, 61, 79
Dr. Karl-Heinz Brunner (SPD)	40
Thomas Dörflinger (CDU/CSU)	62
Dr. Edgar Franke (SPD)	40, 65
Michael Frieser (CDU/CSU)	39
Kai Gehring (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	36, 64
Kerstin Griese (SPD)	36, 63
Metin Hakverdi (SPD)	38
Peter Hintze (CDU/CSU)	34, 62
Dr. Eva Högl (SPD)	37, 65
Hubert Hüppe (CDU/CSU)	37
Katja Keul (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	35
Helga Kühn-Mengel (SPD)	63
Vorsitzende Renate Künast (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	20, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 79, 80, 81



Dr. Karl Lauterbach (SPD)	36
Dr. Claudia Lücking-Michel (CDU/CSU)	65
Dr. Carola Reimann (SPD)	37
Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	37
Dr. Christina Schröder (Wiesbaden) (CDU/CSU)	38, 64
Dr. Patrick Sensburg (CDU/CSU)	35
Dr. Sabine Sütterlin-Waack	61
Dr. Petra Sitte (DIE LINKE.)	35, 62
Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	40, 64
Kathrin Vogler (DIE LINKE.)	38, 64
Halina Wawzyniak	39
Elisabeth Winkelmeier Becker (CDU/CSU)	61, 62, 63, 64



Sprechregister Sachverständige

	Seite
Prof. Dr. Steffen Augsberg Justus-Liebig-Universität Gießen, Professur für Öffentliches Recht	21, 56, 57, 66, 80
Prof. Dr. Dr. h.c. Matthias Herdegen Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Fachbereich Rechtswissenschaft Direktor des Instituts für Öffentliches Recht und des Instituts für Völkerrecht	58, 60, 61, 67
Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf Alte Universität Würzburg, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Rechtstheorie, Informationsrecht und Rechtsinformatik	22, 53, 54, 81
Prof. Dr. Christian Hillgruber Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Fachbereich Rechtswissenschaft, Lehrstuhl für Öffentliches Recht	24, 51, 67
Prof. Dr. theol. Dr. h.c. Wolfgang Huber Professor für Systematische Theologie Bischof a. D., Berlin	25, 50, 68, 69, 70
Prof. Dr. Reinhard Merkel Universität Hamburg, Juristische Fakultät, Lehrstuhl für Strafrecht und Rechtsphilosophie	26, 47, 48, 70
Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan Vorsitzende Richterin am Bundesgerichtshof a. D., Bochum	27, 46, 71
Priv. Doz. Dr. med. Stephan Sahm Palliativmediziner, Onkologe Chefarzt der Medizinischen Klinik I des Ketteler Krankenhauses Offenbach	28, 45, 72
Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Theologische Fakultät, Lehrstuhl für Moraltheologie Mitglied des Deutschen Ethikrates	29, 43, 44, 45, 73



Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Lehrstuhl für Medizinethik Geschäftsführende Direktorin des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin	30, 42, 74
Thomas Sitte Vorstandsvorsitzender Deutsche PalliativStiftung, Palliativmediziner, Kinderhospiz "Sternenbrücke", Hamburg	32, 75
Dr. Matthias Thöns Facharzt für Anästhesiologie, Notfall-, Palliativmedizin spez. Schmerztherapie, Witten	33, 41, 77



Die Vorsitzende **Renate Künast**: Liebe Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, das sind diejenigen, die in der äußersten Runde sitzen. Herzlich begrüßt sind auch die Abgeordneten aus den Gruppen, die Gesetzentwürfe eingebracht haben, und die zahlreichen interessierten Abgeordneten, die sich noch nicht entschieden haben. Für diese haben wir den Innenbereich und den weiteren Außenbereich für andere vorgesehen. Herr Lammert ist auch anwesend. Es freut uns auch sehr, dass der Parlamentspräsident gekommen ist und mit seiner Anwesenheit zeigt, dass dieses Thema Bedeutung hat. Herzlich willkommen an alle, vor allem an die zwölf Sachverständigen, die bis auf den Zwölften jetzt alle anwesend sind. Der Zwölfte hat es verkehrstechnisch noch nicht geschafft und wird später systematisch einbezogen. Ich begrüße die Vertreter und Vertreterinnen der Bundesregierung und die Gäste auf der Tribüne. Wir haben heute den größten Anhörungssaal des Deutschen Bundestages wohl gefüllt mit interessierten Abgeordneten, Besuchern, Journalistinnen und Journalisten. Das liegt daran, dass wir heute Erkenntnisse zu vier Gesetzentwürfen einsammeln und diskutieren wollen. Wir wollen mehr Sachverstand und auch Bewertungen zu den Entwürfen, die alle durchaus unterschiedliche Zielsetzungen haben und sich mit dem Thema Strafbarkeit oder Nichtstrafbarkeit der Sterbebegleitung beschäftigen, erlangen. Ich will noch einmal darauf hinweisen: Wir haben den „Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“, eingebracht von Michael Brand, Kerstin Griese und weiteren Abgeordneten. Wir haben zweitens den „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz)“, eingebracht von Herrn Hintze, Frau Dr. Reimann, Herrn Dr. Lauterbach und anderen Abgeordneten. Wir haben den „Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung“, eingebracht von mir selber, Frau Dr. Sitte, Herrn Gehring und weiteren Abgeordneten und den „Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung“, eingebracht von Herrn Dr. Sensburg, Thomas Dörflinger und anderen Abgeordneten. Es handelt sich um ein schwieriges Thema. Deshalb haben wir im Plenum eine ganz

offene Orientierungsdebatte geführt. Ich will darauf hinweisen, dass diese Anhörung live im Parlamentsfernsehen übertragen wird und ab morgen auch für alle, die es nochmal hören und sehen wollen oder nicht oder nicht ganz dabei sein konnten, in der Mediathek des Bundestages online verfügbar ist. Das Interesse ist groß und hört auch nicht an der Saaltür auf. Jetzt möchte ich noch ein paar Dinge zum Ablauf der Anhörung sagen, wie der Rechtsausschuss sie praktiziert und wie sie mit den Sprecherinnen und Sprechern der Gruppen und den Obleuten zur heutigen Anhörung abgesprochen waren. Wir haben zwölf Sachverständige aus den Bereichen Recht, Ethik und aus der Medizin eingeladen. Wir werden damit beginnen – das machen nicht alle Ausschüsse so –, dass wir erstmal Eingangstatements der Sachverständigen hören. Konzentrieren Sie sich bitte auf fünf Minuten. Sie werden oben auf dem Monitor eine Uhr sehen, die runterzählt. Wenn die Farbe der Ziffern rot wird, haben Sie nicht auf wundersame Weise zunehmende Redezeit, sondern bewegen sich im roten Bereich. Ich bitte Sie, wegen des Ablaufs und der Gleichheit sich daran halbwegs zu halten. Es wird mehrere Fragerunden geben, die wir vereinbart haben. Wir haben zuerst eine Runde mit Fragen aus den Bereichen Recht und Ethik. Das dürfen Sie jetzt nicht hundertfünfzigprozentig starr verstehen. Wir haben uns gedacht, wenn es ein buntes Durcheinander gibt, ist es nicht unbedingt hilfreich. Diejenigen, die insbesondere zu diesem Bereich Fragen stellen wollen, tun dies bitte in der ersten Runde. Wir führen danach eine Runde mit dem Schwerpunkt zu medizinischen Fragen durch. Danach folgen weitere Sammelrunden, solange Fragen vorhanden sind. Manches fällt einem erst nachher ein oder lässt sich nicht in zwei Gruppen subsumieren. Die Sachverständigen sitzen alphabetisch. In der Reihenfolge werden wir auch beginnen. Bei der Antwortrunde gehen wir umgekehrt vor. Die erste geht so herum, die nächste geht anders herum. Wir brauchen große Disziplin, um das heute hier abzuarbeiten. Deshalb will ich nochmal alle daran erinnern, natürlich auch uns im Rechtsausschuss, dass wir eine Regel haben, auf deren Einhaltung ich auch strikt achten werde. Sie heißt: In jeder Runde hat jeder eine Frage an zwei verschiedene Sachverständige oder zwei Fragen an einen Sachverständigen. Sollten zwei Fragen an zwei



Sachverständige gestellt werden, nehme ich den Rest nicht mehr auf. Dann müssen Sie sich für eine nächste Runde melden. Das sage ich nur, weil es mittlerweile im Rechtsausschuss auch Abgeordnete gibt, die damit sehr gut und virtuos umgehen können. Die Sachverständigen notieren sich bitte die Fragen, so dass wir das dann abarbeiten können. Wir achten auch darauf. Es sind sehr viele Abgeordnete im Saal. Signalisieren Sie uns durch einen Fingerzeig, wenn Sie Fragen stellen möchten. Es gibt Saalmikrofone an den beiden Schnittstellen der Außenreihe, wo Sie sich dann hinstellen und die Frage stellen können, wenn es soweit ist. Es gibt ein Wortprotokoll. Das werden wir versuchen, relativ zeitnah zu erstellen. Es wäre gut, wenn Sie sich melden, auch wegen der Übertragung, und sagen, wer Sie sind und an wen Sie Ihre Fragen richten. Das ist für die, die draußen zusehen, auch hilfreich. 18 Uhr ist unser Limit nach hinten gewesen. Wir hatten aber vereinbart, wenn es länger dauert, dass wir auch länger tagen. Es ist gut, wenn man eine Zielorientierung hat. Ich hoffe, das will ich noch hinzufügen, dass wir darauf achten werden, dass alle drankommen – egal zu welchem Gruppenantrag sie stehen oder auch nicht stehen. Ich hoffe, dass die einzelnen Gruppen sich untereinander einigen, wer die ersten sind, die Fragen stellen. Aber das funktioniert, glaube ich. Dann hätte jetzt als erstes Herr Professor Dr. Augsberg von der Justus-Liebig-Universität Gießen das Wort. Bitte.

SV Prof. Dr. Steffen Augsberg: Vielen Dank. Sehr geehrte Frau Vorsitzende, meine sehr geehrten Damen und Herren, erlauben Sie mir bitte zu Beginn eine knappe persönliche Anmerkung. Meine beiden Eltern sind Mediziner. Wenn ich mich mit denen über die heutige Thematik unterhalte, sind sie beide aus ihrem berufsethischen Verständnis heraus von der Vorstellung eines ärztlich assistierten Suizids entsetzt. Mein Vater hat mir in der vergangenen Woche, als wir darüber gesprochen haben, erzählt, wie ihm in den 1980er Jahren, als er eine Fernsehsendung über den berühmt-berüchtigten Julius Hackethal gesehen hat, ein Schauer den Rücken heruntergelaufen ist, weil Herr Hackethal dort eine ältere Frau, eine seiner sogenannten Patientinnen, vorgestellt hat und dann väterlich paternalistisch auf den Rücken klopfend sinngemäß sagte: Nun, Frau Müller, dann machen

wir das so, wie wir das besprochen haben. Warum erzähle ich Ihnen das? Weil mir auf der Hand zu liegen scheint, dass in einer solchen Situation eben nicht mehr von einer rein selbstbestimmten Handlung gesprochen werden kann, weil ich fest davon überzeugt bin, dass diese Gefahr dieses Einflusses auf die Selbstbestimmung eben nicht begrenzt ist auf die Hackethals dieser Welt und auch nicht begrenzt ist auf die Tötung auf Verlangen, die klassische Sterbehilfe. Sie zeigt sich vielmehr in dem Bereich, der uns heute interessiert, dem sogenannten assistierten Suizid. Deshalb sitzen wir hier heute zusammen und deshalb bedarf es einer die Autonomie schützenden Änderung der aktuellen Gesetzeslage. Ich will Ihnen das in drei Schritten kurz näher erläutern: Zunächst ein paar Worte zur verfassungsrechtlichen Bewertung. Das deutsche Grundgesetz (GG) gewährt jedem Einzelnen von uns ein umfassendes Selbstbestimmungsrecht – gerade mit Blick auf Leib und Leben. Deshalb sind für Ärzte die informiert getroffenen Entscheidungen ihrer Patienten bindend. Dies gilt auch dort, wo aus medizinischer Sicht vielleicht eine alternative Behandlungsmethode oder überhaupt eine Behandlung sinnvoller und richtig wäre. Einen objektivierten Schutz des Lebens gegen den Betroffenen selbst, eine Pflicht zum Leben und damit gegebenenfalls auch eine Pflicht zum Leiden, gibt es unter der Geltung des GG gerade nicht. Die Patientenverfügung ist insoweit nur eine einfachgesetzliche Umsetzung, ein einfachgesetzlicher Ausdruck dieser verfassungsrechtlichen Bewertung. Sie verdeutlicht aber ganz gut, was eigentlich dahinter steht. Im Grundsatz spricht das für einen verfassungsrechtlichen Schutz des Suizids. In der Tat geht die ganz überwiegende Mehrzahl der deutschen Verfassungsrechtler und auch der Strafrechtler, wenn ich das als Laie insoweit richtig beurteile, davon aus, dass eine entsprechende grundgesetzliche Garantie besteht. Allerdings setzt das natürlich eine entsprechende wirklich selbstbestimmte, autonome Entscheidung voraus. Hier wird es dann etwas schwierig. Selbstbestimmung kann nicht bedeuten, dass jegliche Einflussnahme ausgeschlossen ist. Das wäre eine weltfremde Annahme und das Konzept damit letztlich rein theoretischer Natur. Umgekehrt ist aber ebenso offensichtlich, dass eine relevante Beeinträchtigung auch dann



vorliegen kann bzw. nicht erst dort beginnt, wo Zwang eingesetzt wird. Damit bin ich bei meinem zweiten Punkt: Was soll nun der Gesetzgeber angesichts dieser Gefährdungen von Autonomie tun? Meines Erachtens bestehen dabei im Wesentlichen zwei Möglichkeiten, zwei Alternativen, die man insoweit systematisch unterscheiden kann. Man kann erstens versuchen, die selbstbestimmungsgefährdenden Einflüsse auszuschließen. Das ist der Weg, den das deutsche Strafgesetzbuch im Rahmen der Tötung auf Verlangen schon jetzt wählt. Entsprechend wollen, ungeachtet der Details, die sich ein bisschen unterscheiden, auch die Gesetzentwürfe vorgehen, die eine Verbotsregelung enthalten. Grundsätzlich denkbar ist es aber auch, die Selbstbestimmung gewissermaßen positiv anhand bestimmter Merkmale und bestimmter Anforderungen festzustellen. Eine solche Strategie verfolgt namentlich der Entwurf der Abgeordneten Hintze/Reimann. Ich halte diese zweite Alternative für hochproblematisch. Sie ist nicht nur merkwürdig indifferent und inkonsequent im Vergleich. Im Verhältnis zur Tötung auf Verlangen und der Konsistenz und Kohärenz gesetzlicher Bestimmungen handelt es sich um eine Thematik, die in der jüngeren Vergangenheit sowohl vom Bundesverfassungsgericht wie auch vom Europäischen Gerichtshof immer wieder hervorgehoben worden ist. Sie beinhaltet auch eine fast unmögliche Aufgabe, nämlich das Maß an Autonomie positiv zu bestimmen, das einen Suizid legitimieren kann. Wer die in dem Gesetzentwurf verwendeten Kriterien näher betrachtet, stellt rasch fest, dass dieser Versuch gescheitert ist. Damit bleibt im Sinne des Autonomie- und Lebensschutzes letztlich nur die Option einer Verbotsregelung. Damit bin ich bei meinem dritten und letzten Punkt. Wie sollte nun eine solche Regelung, eine solche Verbotsregelung ausgestaltet sein? Aus verfassungsrechtlicher Perspektive lässt sich das knapp wie folgt zusammenfassen: Es ist vor dem Hintergrund des grundgesetzlichen Schutzes sowohl des menschlichen Lebens wie der menschlichen Selbstbestimmung keinesfalls zwingend, wohl aber zulässig, Gefährdungen des Selbstbestimmungsrechts entgegenzuwirken. Klar ist damit aber auch: Ein Verbot der Suizidhilfe oder Suizidbeihilfe ist nur dann und nur soweit zulässig, wie es der Absicherung selbstbestimmter

Entscheidungen dient. Wo diese Grenze genau zu ziehen ist, unterliegt grundsätzlich und zunächst dem Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers. Mir erscheint es aber jedenfalls hochplausibel, dass diese Grenze nicht erst dort überschritten wird, wo finanzielle Eigeninteressen Dritter betroffen sind. Vielmehr geht es darum, und es scheint mir die sinnvolle Vorgehensweise zu sein, noch weitergehend einen Schutz vor autonomiegefährdenden Interessenvermengungen zu gewährleisten und gleichzeitig dabei die autonome Entscheidung selbst nicht zu treffen. Mit der Beschränkung auf geschäftsmäßige Suizidbeihilfe liegt eine in diesem Sinne gelungene, meines Erachtens auch in der Praxis gut handhabbare Vorschrift vor. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Danke sehr, Herr Professor Augsburg. Da Herr Herdegen noch nicht hier ist, geht es jetzt weiter mit Herrn Professor Dr. Hilgendorf. Bitte!

SV **Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf**: Vielen Dank für die Einladung. Die Problematik des assoziierten Suizids ist in den vergangenen Jahren schon so intensiv und aus so unterschiedlichen Perspektiven behandelt worden, dass es schwerfällt, noch wirklich neue Argumente in die Debatte einzuführen. Ich möchte deshalb in meiner Kurzstellungnahme vor allem auf die Gefahren eingehen, die eine nicht hinreichend reflektierte Kriminalisierung für das Arzt-Patienten-Verhältnis und insbesondere für das außerordentlich enge, man könnte fast sagen intime Verhältnis zwischen dem Arzt und einem Sterbenden mit sich bringen würde. Unter Sterbehilfe versteht man nach einem in der Rechtswissenschaft fest etablierten Sprachgebrauch alle Maßnahmen, die getroffen werden, um einem Sterbenden auf seinen Wunsch oder zumindest auf der Grundlage seines mutmaßlichen Willens einen nach seinen Vorstellungen menschenwürdigen Tod zu ermöglichen. In diesem Sinn verstanden ist Sterbehilfe nicht bloß ein rechtliches, sondern sogar ein moralisches Gebot. Ein Arzt, der seinem Patienten Sterbehilfe verweigern würde, kann sich unter Umständen sogar strafbar machen, etwa wenn er seinem Patienten dringend benötigte Schmerzmittel vorenthält. Dies gilt auch dann, wenn die Schmerzmittel zwar die Schmerzen lindern, gleichzeitig aber den Todeszeitpunkt



vorverlagern können. Andere Formen der Sterbehilfe werfen zusätzliche Probleme auf. Dies gilt etwa für den gerechtfertigten Behandlungsabbruch, also die passive Sterbehilfe, die rechtlich gesehen eine Tötung durch Unterlassen weiterer Behandlungsmaßnahmen darstellt. Dennoch wird der Behandlungsabbruch von den meisten Juristen und Ethikern heute, anders als noch vor 20 Jahren, unter bestimmten Voraussetzungen akzeptiert und mit Blick auf die Patientenautonomie für zulässig gehalten. Verboten ist dagegen nach wie vor die aktive direkte Sterbehilfe, die meist als Tötung auf Verlangen, § 216 Strafgesetzbuch (StGB), sogar strafrechtlich erfasst werden kann. Die Hilfe zur Selbsttötung ist bislang straflos. Das soll nun geändert werden, und zwar für solche Fälle, in denen die Hilfe organisiert erfolgt. Ziel der Neukriminalisierung der Suizidassistenten ist es, dem Treiben bestimmter Vereinigungen wirksamer zu begegnen, die Sterbehilfe außerhalb des etablierten medizinischen Betriebs, also außerhalb von Krankenhäusern, Hospizen und Palliativstationen leisten wollen. Das Kernproblem aller bisherigen Versuche einer strafrechtlichen Erfassung von wilder Sterbehilfe, und es gab schon einige, ist, dass dadurch auch die in den Krankenhäusern, Hospizen und Palliativstationen geleistete Sterbehilfe erfasst zu werden droht oder zumindest in einen strafrechtlichen Graubereich gerückt wird, was das Arzt-Patienten-Verhältnis schwer belasten könnte. Ich möchte dies an zwei Beispielen verdeutlichen. Erstes Beispiel: Ein Arzt schließt einen Patienten über das Wochenende an eine Morphinpumpe an und gibt ihm die Möglichkeit, die Dosis selbst zu regulieren. Der Patient stellt den Regler über das ganze Wochenende hinweg absichtlich auf die Höchstdosis ein und stirbt daraufhin. Es handelt sich also um eine Selbsttötung. Der Arzt hat dazu strafrechtlich gesehen Hilfe geleistet, indem er die Morphinpumpe mit Regler zur Verfügung gestellt hat. Stünde die Hilfe bei der Selbsttötung unter Strafe, so hinge die Strafbarkeit des Arztes eigentlich nur noch von der subjektiven Tatseite ab, also dem Vorsatz des Arztes. Hilfsabsicht liegt sicher nicht vor, möglicherweise aber bedingter Vorsatz, also ein sich Abfinden mit einer möglichen Vorverlagerung des Sterbezeitpunkts. Ein solcher Vorsatz läge vor allem dann nahe, wenn derartige Fälle, etwa in einer Palliativeinrichtung, häufiger

vorkämen. Schon der Verdacht könnte ausreichen, um die Staatsanwaltschaft auf den Plan zu rufen. Zweites Beispiel: Ein alter Mensch beschließt, keine Nahrung mehr zu sich zu nehmen und zu sterben. Seine Absicht richtet sich also auf einen Suizid. Die Angehörigen und der behandelnde Arzt beschließen, nicht einzugreifen. Der alte Mensch stirbt. Arzt und Angehörige haben durch ihr Unterlassen von Zwangsernährung dazu Hilfe geleistet. Soll dies wirklich strafbar werden? Dass Beihilfe auch durch Unterlassung geleistet werden kann, ist im Strafrecht übrigens selbstverständlich. Der Entwurf Brand/Griese will nur die geschäftsmäßige Hilfe unter Strafe stellen. Geschäftsmäßigkeit liegt vor, wenn die Hilfe durch Tun oder Unterlassen auf Wiederholung angelegt ist. Gerade im Kontext von Hospizen, Krankenhäusern und Palliativstationen ist dies aber der Fall, weil hier sehr viele Sterbende versorgt werden müssen. Was für den Angehörigen eine ganz besondere, vielleicht nur ein- oder zweimal im Leben vorkommende Situation ist, ist für den Hospiz- und Palliativarzt ein Einzelfall in einer ganzen Kette von ähnlich gelagerten Fällen. Ein guter Arzt wird sich bemühen, jeden Fall in seiner Einzigartigkeit wahrzunehmen. Das ändert aber nichts daran, dass er am folgenden Tag möglicherweise erneut mit einem Sterbenden zu tun hat, dem er einen Morphinregler zur Verfügung stellt oder dessen Sterbefasten er ohne einzugreifen begleitet. Das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit ist damit erfüllt. Wie die ganz überwiegende Mehrzahl der deutschen Strafrechtsprofessorinnen und Strafrechtsprofessoren bin ich deshalb der Ansicht, dass es gefährlich wäre, im Arzt-Patienten-Verhältnis Neukriminalisierungen vorzunehmen; gerade in einer so extrem auf Vertrauen und Intimität angelegten Situation wie dem Sterben. Der Schaden, der hier entstehen könnte, ist weitaus größer als der Nutzen. Bitte bedenken Sie, dass schon der Verdacht, gegen Strafgesetze zu verstoßen, einen in der Regel juristisch nicht weiter ausgebildeten Mediziner erheblich beeinträchtigen kann. Die Staatsanwaltschaften gehen in der Regel vernünftig und rücksichtsvoll vor. Wir wissen aber alle, dass dies nicht immer so ist. Es gilt einer weiteren Verunsicherung der Ärzte vorzubeugen. Statt neues Strafrecht zu schaffen, sollte das ärztliche Standesrecht geklärt und ausgebaut werden.



Mediziner müssen klar erkennen können, was sie an der Grenze von Leben und Tod tun dürfen und was nicht. Eine zentrale Bedeutung kommt dabei neben dem Standesrecht der ärztlichen Gewissensfreiheit zu. Dagegen ist das Strafrecht das falsche Mittel, um den assistierten Suizid zu regeln. Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

Die **Vorsitzende**: Ich danke auch. Dann hat als nächstes Herr Professor Dr. Hillgruber das Wort, bitte.

SV Prof. Dr. Christian Hillgruber: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, Suizidhilfe zu leisten ist prima facie Teil grundrechtlicher Freiheit. Diese Freiheit aber kann eingeschränkt oder durch ein Verbot auch aufgehoben werden. Legitimierender Grund dafür ist zunächst der Schutz der freien Willensbestimmung, akzessorisch dazu auch der Schutz des Lebensrechts des potentiellen Suizidenten. Die Entscheidung für einen Suizid ist nur dann staatlicherseits als Akt individueller Selbstbestimmung unbedingt zu respektieren, wenn sie erstens nicht auf einer krankhaften Störung, wie einer Depression, beruht, und wenn sie zweitens nicht durch fremde äußere Einflüsse maßgeblich bestimmt worden ist. Ein Sterbender darf, ja muss staatlicherseits vor dem wirklichen oder auch nur gefühlten Druck seiner Umgebung in Richtung Suizid geschützt werden. Ob ausreichender Schutz in diese Sinne auch durch kontrollierbare, inhaltliche und prozedurale Vorkehrungen gleich effektiv geleistet werden kann wie durch ein Verbot, ist sehr zweifelhaft. Verneint der Gesetzgeber, dem insoweit eine Einschätzungsprärogative zukommt, diese Frage und ordnet er ein Verbot an, dann bewegt er sich im Rahmen dessen, was verfassungsrechtlich und auch konventionsrechtlich, also nach der EMRK vertretbar ist. Eine Einschränkung oder ein Verbot der Suizidhilfe lässt sich auch mit der staatlicherseits zu gewährleistenden allgemeinen Achtung vor dem Leben begründen, die durch die Suizidhilfe einer abstrakten Gefährdung ausgesetzt wird. Zudem liegt in der Suizidhilfe eine Missachtung des in der Menschenwürde gründenden Eigenwerts jedes menschlichen Lebens, und zwar ungeachtet der Selbsteinschätzung dieses Lebens durch den Rechtgutsträger selbst. Aus all diesen Gründen ist der Gesetzgeber berechtigt, Suizidhilfe

umfassend und strafbewährt zu verbieten. Suizidhilfe nur unter bestimmten qualifizierenden Voraussetzungen strafbewährt zu verbieten, z. B. bei Geschäftsmäßigkeit oder Gewerbsmäßigkeit, überzeugt meines Erachtens nicht. Die Strafwürdigkeit der Suizidassistenz gründet in der Sache selbst, nicht in besonderen Begleitumständen dieser makabren Dienstleistung. Geschäfts- oder Gewerbsmäßigkeit können sachgerecht nicht strafbarkeitsbegründend, sondern nur wegen der damit verbundenen Verstetigung und Kommerzialisierung der Förderung der bereits als solche zu verbietenden Suizidhilfe strafverschärfend wirken. Auch die typisierende Gleichsetzung von Geschäftsmäßigkeit und Eigennützigkeit einerseits, Einzelfall und Selbstlosigkeit andererseits geht meines Erachtens fehl. Es bestehen auch und gerade im engeren familiären Umfeld des Sterbenskranken nicht selten Abhängigkeiten und Erwartungshaltungen, die die stets prekäre freiverantwortliche Entscheidung am Lebensende strukturell gefährden. Suizidhilfe durch Ehegatten oder Familienangehörige kann nicht nur Ausdruck von Mitleid mit dem vermeintlich Suizidwilligen sein, sondern auch von zwar verständlichem, aber rechtlich eben nicht tragfähigem Selbstmitleid aufgrund der mit dem Umgang und/oder der Pflege des Sterbenden verbundenen eigenen physischen wie psychischen Belastungen des Suizidhelfers. Daher erscheint mir ein ausnahmsloses strafbewährtes Verbot der Teilnahme an einer Selbsttötung, wie es der Gesetzentwurf Sensburg/Dörflinger vorsieht, vorzugswürdig. Ein solches Verbot ist auch nicht unangemessen. Es ergänzt vielmehr sinnvoll den strafrechtlichen Schutz durch § 216 StGB, der unzureichend ist, weil die Abgrenzung zwischen Fremdtötung auf Verlangen und bloßer Mitwirkung am Suizid prekär ist, die Grenzen in der Praxis verschwimmen und der kategoriale Unterschied, den insoweit das geltende Strafrecht macht, verfassungsrechtlich betrachtet nur ein gradueller ist. In den nicht typisierbaren, sondern nur im Einzelfall feststellbaren Grenzsituationen, in denen eine Unterstützungshandlung in einer dem Suizidenten und dem Gehilfen gleichermaßen ausweglos erscheinenden Lage getätigt wird und die Verhängung einer Kriminalstrafe ausnahmsweise keine adäquate Sanktion darstellt,



bieten das allgemeine Straf- und Strafprozessrecht hinreichende Möglichkeiten, von Strafverfolgung und Strafe abzusehen. Die Gesetzentwürfe von Hintze/Reimann und Künast/Sitte sind schon formell verfassungswidrig. Es fehlt hinsichtlich der in ihnen getroffenen und für sie zentralen Regelungen zur ärztlichen Suizidassistentz offensichtlich an der erforderlichen Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Der Bundesgesetzgeber kann, wie das Verfassungsgericht in seiner Entscheidung zum Betreuungsgeld erst jüngst noch einmal klargestellt hat, nicht einfach nach Gutdünken Gesamtschutz oder Gesamtförderkonzepte entwickeln und mit der Begründung, diese ließen sich anders nicht sinnvoll realisieren, Länderkompetenzen teilweise an sich ziehen. Ein Ausgreifen des Bundesgesetzgebers auf Gegenstände der Landesgesetzgebung lässt sich allenfalls dann rechtfertigen, wenn es dafür zwingende verfassungsrechtliche Gründe gibt. Davon kann hier keine Rede sein. Insbesondere lässt sich aus den Grundrechten keine staatliche Förderpflicht ableiten, Suizidwilligen Ärzte als qualifizierte Suizidhelfer zur Verfügung zu stellen. Und wenn, meine Damen und Herren, es eine solche Förderpflicht gäbe, wäre sie eben von den Ländern als Trägern der Gesetzgebungskompetenz für das ärztliche Berufsrecht zu erfüllen. Eine letzte Bemerkung: Wer professionelle, insbesondere ärztliche Suizidassistentz unter bestimmten Bedingungen gestatten will, muss die sich dann aufdrängenden betäubungsmittel- und sozialrechtlichen Folgefragen beantworten und darf diese nicht einfach ausblenden. Welche totbringenden Medikamente soll der Arzt denn künftig verschreiben dürfen? Wird es Suizidhilfe auf Krankenschein geben? Schon diese Fragen, meine Damen und Herren, machen deutlich, dass damit ein Irrweg beschritten würde. Ich danke Ihnen.

Die **Vorsitzende**: Danke. Herr Professor Dr. Huber, bitte.

SV Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber: Frau Vorsitzende, meine sehr verehrten Damen und Herren: „Wenn es nicht notwendig ist, ein Gesetz zu erlassen, dann ist es notwendig, kein Gesetz zu erlassen.“ Wenn ich es richtig weiß, stammt der Satz von Michel de Montaigne. Ich habe jetzt nicht die Absicht, in dieser kurzen Zeit meine ohnehin schon kurze schriftliche Stellungnahme

noch einmal zu kondensieren, sondern ich will auf einen Aspekt eingehen. Für den Ethiker stellt sich mit dem Thema dieser Anhörung nicht nur ein medizinethisches, sondern auch ein rechtsethisches Problem. Er ist sehr an der Frage interessiert, ob das Recht im Umgang mit diesem Lebenssachverhalt seiner Aufgabe als Recht nachkommt. Dafür ist es wichtig, sich klarzumachen, was geregelt werden soll und warum es durch staatliches Gesetz geregelt werden muss. Nach zwei von den vier Vorschlägen, die hier gemacht werden, soll etwas, das von Rechts wegen nicht verboten ist, ausdrücklich erlaubt werden. Das ist in sich selbst rechtsethisch ein problematischer Zusammenhang, weil das Recht nicht nur eine Regelungskompetenz, sondern auch eine Informationskompetenz hat. Es informiert die Öffentlichkeit, die Gesellschaft darüber, was in dieser Gesellschaft erlaubt sein soll. Wenn man diesen Regelungsvorgang auf den Suizid und Handlungen im Umfeld des Suizids anwendet, muss man nicht nur darauf achten, was geregelt wird, sondern zugleich, worüber informiert wird. Im Blick auf den Suizid ist es doch so: Wir bedauern moralisch, wenn ein Mensch sich das Leben nimmt, aber wir respektieren zugleich moralisch die Integrität und die Würde derjenigen Person, die sich das Leben auf diese Weise nimmt. Jede Handlung eines Menschen, der damit in Berührung kommt, ist immer durch die doppelte Intention bestimmt, einerseits dieses Unglück zu verhüten und andererseits mit der Integrität der Person sorgsam umzugehen. Wenn nun auf der Basis der Behauptung, zur Selbstbestimmung des Menschen das Recht gehöre, sich selbst das Leben zu nehmen, gesetzgeberische Tätigkeiten in Gang kommen, die diese Erlaubnis zum Suizid und die Beihilfe zum Suizid rechtlich regeln und sogar einen Anspruch des Patienten aufgrund seiner Selbstbestimmung auf ärztliche Assistentz beim Suizid statuieren, dann müssen Sie sich sehr genau klarmachen, was dabei passiert. Professionsethisch erlauben wir, dass Vertrauensberufe sich engere Regeln setzen als das Gesetz ihnen abverlangt. Wir begrüßen das sogar. Insofern ist die Tatsache, dass sich die Ärzteschaft zu diesem Thema eine engere Regel setzt als der Gesetzgeber, kein Problem, sondern ein gesellschaftlich zu begrüßender Vorgang. Die Tendenz, Verantwortungsübernahme durch



rechtliche Absicherung zu ersetzen, höhlt auf Dauer die Verantwortungsbereitschaft aus. Freiheit und Verantwortung aber gehören zusammen. Das ist der Horizont, rechtsethisch betrachtet, um den es hier geht. Deswegen befürworte ich ganz eindeutig eine engere Definition dessen, was der Regelung bedarf. Das ist das neue Phänomen einer geschäftsmäßig organisierten Suizidassistenten. Ich sage mit Absicht geschäftsmäßig, weil die Gewinnerzielungsabsicht dabei nicht das ethische Problem ist. Das ist auch ein Problem. Aber das ethische Problem ist die implizite oder explizite Werbung für den Suizid. Eine Gesellschaft kann nach meiner festen Überzeugung nicht zulassen, dass das um sich greift. Damit ist verbunden, dass die „Ökonomie der Incentives“ auf die letzten Fragen von Leben und Sterben übergreift. Es ist ohne Zweifel verbunden mit einer direkten und indirekten Ausweitung der Suizidbereitschaft. Es lässt schließlich Selbstbestimmung in Fremdbestimmung umkippen, weil Menschen mit der Erwartung konfrontiert werden, dass sie von der gesetzlich ausdrücklich vorgesehenen Möglichkeit nun bitte auch endlich Gebrauch machen. Schließlich eine Schlussbemerkung: Hinsichtlich des empirischen Sachverhalts, dass in unserer Gesellschaft viele Menschen den Suizid am Ende des Lebens sogar in wachsendem Maß bejahen und in diesem Zusammenhang auch die ärztliche Assistenz für erwägens- oder vielleicht sogar begrüßenswert halten, ist mein Ratschlag, stärker auf die Motive zu achten, die dahinterliegen. Es sind drei Motive, die vor allem geltend gemacht werden. Menschen haben Angst, dass sie am Ende ihres Lebens unter starken Schmerzen oder schwerer Atemnot leiden müssen. Sie haben Angst, dass der Sterbeprozess lange dauert, und sie haben Angst, dass sie ihren Angehörigen oder anderen nahen Bezugsgruppen zur Last fallen. Die erste Frage: Schwere Atemnot, starke Schmerzen, verlangt eine Initiative des Staates, nämlich die Verbesserung von palliativer Versorgung und Hospizversorgung. Die zweite Frage: Angst, dass der Sterbeprozess lange dauert, verlangt eine professionsethische Antwort der Ärzteschaft, nämlich dass sie Abschied nehmen vom „acharnement thérapeutique“, der therapeutischen Übertreibung, die zur Verlängerung des Lebens auch dann noch führt, wenn das medizinisch überhaupt nicht indiziert ist. Das ist

ein ins Dunkel geschobenes Problem. Und drittens: Die Angst, einsam zu sterben, den Angehörigen zur Last zu fallen, verlangt eine gesellschaftliche Antwort, eine Antwort von uns allen, nämlich dass wir Menschen nicht allein sterben lassen.

Die **Vorsitzende**: Danke, Herr Professor Huber. Als nächster hat das Wort Professor Dr. Merkel.

SV Prof. Dr. Reinhard Merkel: Vielen Dank. Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren, man soll ja, wenn man als Fünfter dran ist, keinen Bezug nehmen auf Dinge, die vorher gesagt worden sind. Einen Satz will ich aber ansprechen, den Herr Hillgruber formuliert hat. Er sagte, dass die beiden Entwürfe Hintze/Reimann und Künast/Sitte wegen fehlender Gesetzgebungskompetenz offensichtlich verfassungswidrig seien. Das ist ein für einen Strafrechtler verblüffender und amüsanter Satz, da sein Kollege Herdegen der gegenteiligen Auffassung ist. Wenn ein Juraprofessor sagt, das ist offensichtlich der Fall, dann sagt er damit: Das würde ich meinen Klausurschreibern im 1. Semester als falsch anstreichen. Ich kann nur sagen, dass der Kollege von Herrn Hillgruber, Herr Herdegen, nicht dieser Meinung ist. Das gibt sicher Stoff zur Diskussion. Ich möchte ebenfalls, wie Herr Huber als mein Vorredner, nicht eine Art Zusammenfassung dessen, was ich schriftlich formuliert habe, versuchen, sondern auf zwei wesentliche Punkte hinweisen: Wir müssen klar unterscheiden, welches Gut wir eigentlich gegen einen Angriff schützen wollen, der gegebenenfalls durch einen assistierten Suizid, durch die Hilfe zum Suizid auf dieses Gut vorgenommen wird. Da geht es ganz primär um das Leben des Sterbewilligen und um gesellschaftliche Belange. Ein paar davon hat Herr Huber angedeutet. Das Leben des Sterbewilligen kann im Modus der Verletzung und im Modus der Gefährdung angegriffen werden. Da es keine Rechtspflicht zum Leben gibt, kann jemand, der jemandem freiverantwortlich sich selbst das Leben zu nehmen hilft, nicht selbst ein rechtliches Unrecht begehen. Ich habe versucht, das in meiner Stellungnahme zu zeigen, will die Argumente hier aber nicht wiederholen. Es bleibt das Risiko einer Gefährdung übrig. Nun nehme ich zur Illustration den Gesetzentwurf der Abgeordneten Brand/Griese in den Blick, die eine erhebliche Gefährdung behaupten, wenn eine



Suizidhilfe im organisierten, im geschäftsmäßigen Modus vorgenommen wird, und dann in der Begründung eine Art Psychologie des Druckentfaltens und der Einschüchterung seitens des Sterbewilligen darlegen, zu der ich einfach die Rückfrage habe: Woher haben Sie das? Ich habe mit Psychologenkollegen von mir gesprochen. Die schütteln den Kopf und sagen: Früher hätten wir das salopp „Küchenpsychologie“ genannt. Darüber mag man streiten. Darüber sollten wir hier nicht streiten. Als Gesetzgeber müssen Sie sehen, dass Sie das fundiert wissenschaftlich begründen müssen. Dass ein solcher Druck ganz spezifisch aus der Organisiertheit entsteht, aus dem Umstand, dass jemand, der Suizidhilfe leistet, sich dabei einen Aktenordner anlegt und laut vor sich hin sagt: Wenn die Gelegenheit wieder da ist, werde ich wieder versuchen zu helfen. Nun macht er oder sie das geschäftsmäßig. Es entsteht eine Psychologie, die mir überhaupt nicht einleuchtet. Sie müssten diese wissenschaftlich untermauern. Das ist ein so hochabstraktes Thema. Dass der strafrechtliche Terminus Gefährdungsdelikt mit Strafe zu bedrohen ist, ist ein Antasten des strafrechtlichen Schuldprinzips. Um es zu illustrieren: Jemand geht in die Apotheke. Die Apothekerin kennt ihn und weiß, er neigt zu Depressionen. Seine Frau hat ihn gerade verlassen und der Mann sagt: Ich brauche Pentobarbital, um meinen schwerkranken Hund einzuschläfern. Sie gibt ihm das und denkt sich innerlich: Vielleicht tötet er sich selbst damit. Er geht nach Hause, denkt keine Sekunde daran, sich selbst zu töten, sondern schläfert seinen Hund ein. Die Apothekerin hat sich nach dem Entwurf Brand/Griese strafbar gemacht. Nun kommt für mich als Strafrechtler ein wichtiger Satz: wegen eines Tötungsdelikts. Das tastet den Schuldgrundsatz an. Das können Sie nicht mit einem persönlichen Verschulden dieser Frau strafrechtlich plausibel machen. Letzte Anmerkung zum ärztlich assistierten Suizid: Ich habe versucht, in meiner Stellungnahme zwei wesentliche Gründe dafür zu formulieren, dass das geradezu segensreich wäre, wenn die Ärzte in dieses ganze Geschehen, 100.000 Suizidversuche jedes Jahr in Deutschland, eingeschaltet würden. Das eine ist das Argument der allerletzten noch möglichen Hilfe. Die soll dann im medizinischen Modus, human und gewaltlos, geleistet werden und nicht dadurch, dass der Suizident sich vor

die U-Bahn wirft. Das leitet mich zu meinem zweiten Aspekt über. Solange die Ärzte in dieses Geschäft nicht eingeschaltet sind, verschenken wir eine riesige Chance zur Suizidprävention. Wir haben bei mehr als 50 Prozent der 100.000 Suizidversuche jedes Jahr in diesem Land rabiate Gewaltakte gegen den eigenen Körper. Wüssten die Leute, dass sie zum Arzt gehen können, würden sie nicht von den Brücken oder vor die U-Bahn springen. Der Arzt hätte zunächst einmal die Pflicht, und er würde sie wahrnehmen, zu versuchen, den Suizidwillen ad acta zu legen, dem Sterbewilligen anders zu helfen. Lassen Sie mich mit einem abschließenden Satz ein Zitat von dem berühmten amerikanischen Rechtsphilosophen Ronald Dworkin erwähnen. Der hat einmal gesagt: Jemanden zu nötigen auf eine Weise zu sterben, die man selber für die angemessene hält, die er, der Betroffene, aber als Widerspruch gegen seine eigenen Überzeugungen und vor allem seine eigene Fähigkeit, sein Leben noch zu ertragen, empfindet, ist eine düstere Form von Tyrannei. Und ich meine: Er hat Recht. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Danke, Herr Professor Merkel. Jetzt hat Frau Professor Dr. Rissing-van Saan das Wort.

Sve **Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan**: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, Sie haben schon vieles gehört. Ich möchte mich deswegen weitgehend auf strafrechtliche Aspekte beschränken. Allerdings möchte ich dennoch betonen, dass ich persönlich eine prinzipielle Straffreiheit der Selbsttötung und der Teilnahme an einer autonom und selbstbestimmt vom Suizidenten beschlossenen und ausgeführten Selbsttötung beibehalten möchte und dafür plädiere. Wir haben schon von Herrn Augsberg und von den anderen Herren gehört: Die Straffreiheit der Selbsttötung folgt schon nach der herrschenden Meinung aus dem Grundgesetz und ist Ausdruck des umfassenden Selbstbestimmungsrechtes des einzelnen Menschen, der auch das Recht hat, über sein Leben zu bestimmen. Eine Lebenspflicht des Einzelnen wäre mit dem Grundsatz der Verfassung nicht zu vereinbaren. Die Straffreiheit der Teilnahme an einer freiverantwortlich begangenen Selbsttötung folgt schon aus



strafrechtlichen Akzessorietätsregeln, weil es keine strafbare Haupttat gibt. Daran sollte festgehalten werden, soweit die Unterstützung als individueller Akt zwischenmenschlicher Zuwendung und Hilfeleistung geschieht. Eine Ausnahme bildet insoweit nach gegenwärtigem Recht nur das Verbot der Tötung auf Verlangen des zu Tötenden nach § 216 StGB, weil bei einer solchen Tötung der Dritte veranlasst wird, dem Leben eines anderen Menschen ein Ende zu setzen. In diesen Fällen handelt es sich nicht mehr um eine Selbst-, sondern für den Dritten um eine Fremdtötung, bei der er das Geschehen in der Hand hat. Das Gesetz setzt in Ausübung der Schutzpflicht des Staates für das menschliche Leben der Autonomie des Sterbewilligen insoweit Grenzen, als es ihm nicht die Freiheit und Macht einräumt, Dritte für diese straflos in Unrecht durch eine Fremdtötung zu verstricken. Die Selbstbestimmung endet dort, wo sie zur Fremdbestimmung eines anderen Menschen wird. Das ist nach Art. 2 Abs. 2 Satz 3 GG auch für § 216 StGB verfassungsrechtlich unbedenklich. Ich halte es für ein legitimes Interesse, dass den Versuchen, den ärztlich assistierten Suizid als Dienstleistung zu etablieren, mit den Mitteln des Strafrechts begegnet wird. Gegen eine solche im Vorfeld einer Selbsttötung angesiedelte selbständige Strafbarkeit von Vorbereitungs- oder Unterstützungshandlungen wird gelegentlich, wir haben es eben auch schon von Herrn Merkel gehört, eingewandt, es fehle an einem zu schützenden Rechtsgut, da die freiverantwortliche Selbsttötung kein strafrechtliches Unrecht sei, deshalb keine Rechtsgutrelevanz habe und ein anderes für die Selbsttötungsteilnahme relevantes Rechtsgut nicht ersichtlich ist. Das ist nur dann richtig, wenn stets von der Prämisse eines freiverantwortlichen Suizids ausgegangen werden könnte. Die Frage ist aber gerade, ob es sich in allen Fällen eines Suizids um ein freiverantwortliches Verhalten handelt. Dass dem in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht so ist, belegen nahezu alle Ergebnisse der Suizidforschung, so dass ein Interesse der Allgemeinheit daran besteht, in diesem Vorfeldbereich unfreiwilligen, übereilten oder durch eine geistig-psychisch bedingte Beeinträchtigung hervorgerufenen Selbsttötungsvorhaben entgegenzuwirken und deren Realisierung zu verhindern. Der Übereilungsschutz ist ein legitimes

Schutzinteresse nicht nur für den Einzelnen, sondern auch für die Allgemeinheit in Bezug auf das Leben ihrer Mitglieder, die grundsätzlich vom Staat Schutz vor vermeidbaren Gefahren für Leib und Leben erwarten können. Denn ein im alltäglichen Leben akzeptierter und als gewöhnliche Dienstleistung in Anspruch angenommener Selbsttötungsservice wird die Gefahr heraufbeschwören, dass Alte und Kranke sich gedrängt oder verpflichtet sehen, Gründe dafür anführen zu müssen, warum sie weiterleben und aufwendig versorgt werden und noch nicht sterben wollen. Das Weiterlebenwollen wäre begründungspflichtig. Das würde eine Pervertierung des individuellen Selbstbestimmungsrechts bedeuten und einen Schritt in Richtung einer Entsolidarisierung unserer Gesellschaft. Zu den strafrechtlichen Vorschriften will ich hier jetzt nicht weiter Stellung nehmen. Ich denke, dass es dazu in den Fragerunden noch hinreichend Gelegenheit gibt. Nur so viel: Ich teile das Drohszenario, das Herr Hilgendorf hier aufgestellt hat, nicht. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Danke. Dann hat jetzt nach Ihnen Herr Dr. Sahn das Wort.

SV Dr. Stephan Sahn: Vielen Dank, Frau Vorsitzende Künast. Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich habe nun die Freude, aus zweierlei Perspektive Ihnen einige Gedanken neben meiner Stellungnahme darzulegen, die Sie alle zur Verfügung haben. Wenn ich nicht hier bin, bin ich nicht auf dem Sonnendeck, wie es in einem schönen Lied heißt, sondern in meiner Klinik und sehe schwerstkranke Menschen, die ich betreue. Ich werde sie auch morgen wiedersehen. Ich unterrichte medizinische Ethik und Theorie der Medizin, so dass mir auch diese grundlegenden Dinge vertraut sind. Ich werde Ihnen dazu jetzt einige Gedanken anfügen, in Ergänzung dessen, was Sie in meiner Stellungnahme lesen können. Es ist wichtig, zu Beginn erst einmal klarzustellen, dass die befürchtete Grauzone und Rechtsunsicherheit gerade von medizinischen Handlungen am Lebensende nicht existiert. Die Ärzteschaft glaubt das nicht. Das ist seit 25 Jahren bekannt. Das kann man nachlesen. Insbesondere der unselige Begriff der indirekt-aktiven Sterbehilfe, den man auch in manchen Stellungnahmen findet, findet in der Medizin überhaupt keine Verbreitung. Denn



medizinische Handlungen am Lebensende, auch palliative Therapie, führt viel seltener zu schlechten Folgen als die Routine der Medizin. Sonst müssten Sie etwa eine Blinddarmoperation, operative Eingriffe sind dem Laien immer einsichtiger, auch in den Akt einer Sterbehilfehandlungsnähe bringen, weil sie viel häufiger zum Tode führt als eine kunstgerechte Schmerztherapie. Wir sind in der Medizin vertraut mit dem Denken im *dolus eventualis*, weil wir darüber Bescheid wissen, Umstände zu beachten, so dass dies für uns überhaupt kein Problem darstellt. Medizinische Handlungen lassen sich begrifflich unterscheiden und wir müssen nun fragen: Gibt es medizinische Gedanken zum assistierten Suizid? Die Suizidhandlung als solche entzieht sich einer moralischen Bewertung. Hier ist nur Enthaltung angezeigt. Das bedeutet nicht, dass wir den Suizid gutheißen und insbesondere die Geschäftsmäßigkeit der Handlung. Das suggeriert gerade, wenn es Ärzte anbieten, eine soziale Akzeptanz. Wir wurden nun gerade gefragt, ob es dafür psychiatrische Ergebnisse und Erfahrungen gibt, wie denn die Geschäftsmäßigkeit die Suizidhandlung beeinflusst. Die gibt es in der Tat. Amerikanische Rechtstheoretiker und Medizinethiker haben geschrieben: Gerade die Krankheit ist der größte Feind der Selbstbestimmung. Es ist eine extreme Asymmetrie und ein sozialer Aushandlungsprozess. Das lehrt die Psychiatrie, und diese Erfahrungen gibt es. Das, würden Sie jetzt sagen, ist sehr abstrakt, was der Kollege sagt. Ich will das durch ein paar Zahlen etwas untermauern. Die Suizidforschung lehrt, dass bei 100.000 Suiziden, die jährlich begangen werden, 10.000 gelingen. Wir nennen das den kompletten Suizid. 90.000 bleiben unvollendet. Die Mehrzahl wiederholt ihn nicht. In dieser ambivalenten Phase könnten wir Suizidhilfe leisten und würden eine extreme Exzessmortalität erzeugen. Jetzt werden Sie sagen: Das ist in anderen Ländern nicht der Fall. Die Zahlen, die dafür in der Öffentlichkeit referiert werden, werden leider sehr unscharf wiedergegeben. Sie sollten alle wissen, dass Oregon zu den Regionen der Welt mit einer sehr, sehr hohen Suizidrate gehört, die 50 Prozent über der in unserem Lande liegt. Eine Suizidprophylaxe durch eine entsprechende gesetzliche Regelung gelingt offensichtlich nicht. Das muss man wissen. Man könnte nun

einwenden: Es gibt einige Zustände in der Medizin, wo man Ausnahmen schaffen sollte, etwa die Begegnung von Leid. Gerade das ist eine Bankrotterklärung der Palliativmedizin. Denn wir haben für alle diese Zustände Behandlungsmöglichkeiten. Wir können kein Leid gänzlich aus der Welt schaffen, aber das werden Sie auch nicht mit der Zulassung des Suizids. Wir können alle diese Zustände behandeln. Sei es mit Zuständen, mit Behandlungsmaßnahmen, die wir palliative oder therapeutische Sedierung nennen. Natürlich muss das vor dem Hintergrund einer Kultur der Medizin, die ihre Grenzen kennt, berücksichtigt werden. Wir haben das gerade gehört und sollten darauf Acht haben. Ich darf Ihnen berichten, dass bei 90 Prozent aller Sterbefälle in Kliniken eine Entscheidung vorausgeht, eine Therapie zu begrenzen. Therapiebegrenzung ist Routine. Die brauchen wir nicht neu zu erfinden. Die ist Routine in Heimen, Pflegeheimen und in Kliniken. Lassen Sie sich nicht durch Fallgeschichten irritieren. Es ist gut untersucht und ich könnte Ihnen die Studiendaten nennen. Oft werden Kommunikationsdefizite genannt, da Hinterbliebene nicht verstanden haben, was passiert. Betroffene wünschen oft sehr viel Therapie. Auch meine Arbeitsgruppe hat das empirisch sehr intensiv untersucht. Recht und Soziologie lehren uns, dass moralisches Handeln starke institutionelle Schranken braucht. Damit komme ich zum Ende. Wenn wir das, was ich jetzt abstrakt gesagt habe, mit Empathie und Lebenslust leben, das machen wir auch bei uns und das machen viele meiner Kolleginnen und Kollegen, erkennen wir, dass die Geschäftsmäßigkeit des Suizidangebotes eine Gefährdung vieler Menschen darstellt. Deswegen sollte man sie tunlichst lassen oder unter Strafe stellen.

Die **Vorsitzende**: Danke, Herr Dr. Sahm. Jetzt hat als nächstes Professor Dr. Schockenhoff das Wort.

SV Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, der Respekt vor der Freiheit autonomer eigenverantwortlicher Lebensführung ist der Grund dafür, dass unsere Rechtsordnung den Suizid und auch die damit verbundene Beihilfehandlung durch Verwandte oder Freunde sanktionslos hinnimmt. Sobald aber Suizidhilfe von Dritten in organisierter oder professioneller Form angeboten wird, tritt diese aus der Sphäre



des Privaten hinaus in den öffentlichen Lebensraum der Gesellschaft und kollidiert mit dem Auftrag der Rechtsordnung, das Leben aller Bürgerinnen und Bürger, insbesondere der Schwachen und Hilfsbedürftigen, zu schützen. Deshalb muss der Rechtsstaat geschäftsmäßigen, auf Wiederholung angelegten Angeboten der Suizidbeihilfe entgegenzutreten. Ein öffentliches Angebot organisierter Suizidhilfe würde Handlungen, die auf die Auslöschung der eigenen Existenz gerichtet sind, den Anschein von Normalität und allgemeiner Akzeptanz verleihen. Um dies zu vermeiden, kann eine Rechtsordnung, die auf die Hochschätzung vor dem Leben jedes einzelnen ihrer Bürgerinnen und Bürger gegründet ist, die Beihilfe zum Suizid, zur Selbsttötung, nur als individuelle Gewissensentscheidung eines dem Suizidwilligen nahestehenden Menschen, aber nicht als unterstützendes Angebot von Sterbehilfevereinen tolerieren. Jede andere darüber hinausgehende Bereitstellung, Erleichterung, Förderung von Möglichkeiten der Suizidbeihilfe würde das fatale Signal an Sterbende und Schwerstkranke aussenden, die Gesellschaft lege ihnen nahe, von sich aus den Ausgang zu suchen, sobald ihre Pflege mit schweren Belastungen verbunden ist. Sie würde ihnen ein freiwilliges, lautloses Abschiednehmen aus der Mitte der Lebenden empfehlen, bevor sie diesen zur Last zu fallen drohen. Diesem Dilemma entgeht auch nicht die Bindung an einen Arztvorbehalt, den manche vorschlagen. Wenn Sie Suizidbeihilfe zwar nicht als ärztliche Tätigkeit im eigentlichen Sinn bezeichnen, sondern nur als eine vom Arzt angebotene medizinische Dienstleistung, dann geht von dieser haarfeinen Unterscheidung eine Sogwirkung aus, die sie im gesellschaftlichen Bewusstsein und in der Erwartungshaltung von Patienten einnimmt. Die Suizidbeihilfe, vom Arzt angeboten und durchgeführt, wird als eine medizinische Leistung gelten, auf die man einen Anspruch hat und die im Spektrum ärztlicher Tätigkeiten am Ende, wenn es keine anderen Möglichkeiten mehr gibt – das wird dann suggeriert –, eben notwendig ist. So führt das zu einer wechselseitigen Verantwortungsverschiebung. Der Arzt beurteilt nicht, ob der Suizidwunsch des Patienten gerechtfertigt ist, sondern nur, ob er wohlwogen ist. Der Patient wiederum sieht in der Bereitschaft des Arztes,

seiner Suizidbitte Folge zu leisten, eine Bestätigung, dass er sich tatsächlich in einer Situation befindet, in der es nur noch diesen einen Ausweg gibt. Wenn Ärzte in den Augen ihrer Patienten und deren Angehörigen als Anlaufstellen für den Wunsch nach assistiertem Suizid gelten, als Experten für den freiwilligen Tod, dann würde sowohl die Suizidhandlung als auch die Beihilfe durch das moralische Gütesiegel einer achtenswerten, gesellschaftlich geschätzten, verlässlich erwartbaren ärztlichen Tätigkeit geadelt. Dieses fatale Signal gegenüber den Sterbenden und der Gesellschaft sollte ein demokratischer Rechtsstaat, der auf die Achtung des Lebens gegründet ist, nicht geben. Es ist für die Humanität einer Gesellschaft und die gelebte Solidarität in ihr ein wichtiges Signal und ein wichtiger Indikator, wie sie mit den Sterbenden in ihrer Mitte umgeht und wie viel Zeit und Raum sie Sterbenden für die Annahme ihres eigenen Sterbens, was ja ein Teil des Lebens ist, auch tatsächlich lässt. Es geht in der gegenwärtigen Auseinandersetzung darum, ob wir in unserer auf Beschleunigung und Effizienz ausgerichteten Gesellschaft Räume zulassen, die dieser wichtigen Aufgabe am Ende des Lebens auch tatsächlich Platz einräumen. Es geht darum, eine Sterbekultur zu fördern, in der auch das gemeinsame Warten auf den Tod seinen Platz hat und die Sterbenden nicht allein gelassen werden, in der bei ihnen zu bleiben ein Ausdruck gelebter Humanität und Solidarität ist. Darauf müssen Sterbende sich verlassen können. Das ist das Entscheidende. Die Billigung einer ärztlichen oder geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe wäre das umgekehrte Signal, das Sterbende unter Druck setzt und damit ihre Selbstbestimmung auch nicht stärken, sondern, im Gegenteil, schwächen würde. Ich danke Ihnen.

Die **Vorsitzende:** Danke, Herr Professor Schockenhoff. Jetzt hat das Wort Frau Professor Dr. Schöne-Seifert.

SVe **Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert:** Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren, auch ich möchte und kann meine Stellungnahme auch nicht auf fünf Minuten zusammendampfen. Deswegen gibt es von mir hier nur einige wenige Schlaglichter auf das, was ich dort ausführe, um die Position zu begründen, dass die von den beiden Gesetzentwürfen Hintze/Reimann und Künast/Sitte geteilten Ziele einer Verbesserung



der faktischen Zugänglichkeit von ultima ratio-Suizidhilfe in meinen Augen ethisch gerechtfertigt sind. Das Nebenziel, das zweite wichtige Ziel, sie zugleich kontrollierbar, kontrollierter und damit missbrauchsunanfälliger zu machen, teile ich natürlich – wie wir alle – ebenfalls. Nun vier Thesen, die ich hier nur ganz knapp begründen kann: Erstens ist ein freiverantwortlicher Suizid bei unheilbarer Krankheit aus der Perspektive einer selbstbestimmungsrespektierenden Medizinethik eo ipso kein ethischer Skandal. Ich glaube, dass in dieser Frage eine ganz erhebliche ethische Uneinigkeit zwischen den hier versammelten Sachverständigen und Abgeordneten besteht, dass diese Uneinigkeit die Wurzel dafür ist, dass wir uns über Begriffe streiten und dass es zu sehr unterschiedlichen rechtstechnischen und gesetzessystematischen Auslegungen kommt. Lassen Sie mich zu diesem ethischen Grunddisput etwas sagen. Vollkommen richtig ist, dass ein Suizid, der deswegen zustande kommt, weil er nicht freiverantwortlich geschieht, wie die ganz große Mehrzahl in unserem Land es tut – Frau Rissing-van Saan hat darauf hingewiesen –, zu verhindern ist. Über diese Suizide, die natürlich mit allen humanen Mitteln zu verhindern sind, reden wir hier aber nicht. Es geht um die klar abgrenzbare Minderheit der sogenannten Bilanzsuizide – wohl überlegt, stabil und freiverantwortlich. Wenn es einen Typus von Bilanzsuizid gibt, meine Damen und Herren, dann doch grundsätzlich den angesichts von unheilbarer, schwerer, irgendwann zum Tode und gewiss nicht zur Besserung führender Krankheit. In diesen Situationen unheilbarer Erkrankung ist es in der Tat zutiefst bedauerlich, wenn solche Suizidwünsche dadurch zustande kommen, dass Patienten die mögliche und realistische medizinische Versorgung vorenthalten bliebe. Das ist ein Skandal, wenn das dazu kommt. Und natürlich, meine Damen und Herren, ist es zu bedauern, wenn die Medizin und das soziale Umfeld es nicht schaffen, einem Patienten sein Leben noch lebenswert zu machen. Aber wenn daraus ein freiverantwortlicher Suizidwunsch entsteht, dann ist der selber nicht bedauerlich. Das ist dann nicht ein Unglücksfall. Ich glaube, an dieser Stelle scheiden sich die Geister. Wenn man das so sieht wie ich und das „Herr im eigenen Haus sein dürfen“ konsequent nicht nur für die,

die an Schläuchen hängen, gelten soll, die dann diese Schläuche abziehen dürfen, sondern auch für die anderen, die nicht durch das „Schläucheziehen“, wenn Sie mir diese Metapher erlauben, sterben können, reicht es nicht, auf dem Papier zu sagen, jeder habe strafrechtlich geschützt das Recht auf Suizid und das sei nicht verhandelbar. Das ist ein zahnlöser Tiger. Wir alle wissen, dass das Kaufen, das illegale Erwerben von Pistolen, das Sich-vor-den-Zug-Schmeißen, das Ins-Wasser-Gehen unmenschliche Formen der Selbsttötung sind – inhuman. Insofern ist ein Scheinrecht verbrieft. Dritter Punkt: Freiverantwortlichkeit beim Suizid muss sorgfältig festgestellt werden. Das ist ganz wichtig und Ärzte müssen in der Hinsicht vermutlich besser ausgebildet werden, als sie das bisher sind. Durch die Suiziddebatte ist uns das klarer geworden als vorher, aber dieses Problem der genauen Grenzziehungen, die da nötig sind, haben wir bei dem vieltausendfach praktizierten Therapieabbruch. Herr Sahm hat gerade bestätigt, dass das zum Alltag gehört. Ganz genauso ist das kein spezifisches Problem der Suizidhilfe, die ganz selten wäre. Die letzte These fällt sozusagen in mein Fach. Ich bin mit vielen anderen Kollegen der festen Auffassung, dass Suizidhilfe durchaus mit dem ärztlichen Ethos vereinbar ist. Ich halte das für ein rhetorisches Gefecht, das ab dieser Ebene zwischen den Vereinbarkeitsbefürwortern und -gegnern stattfindet. Eines, was auf diesen ethischen Grundkonflikt zurückgeht. Wenn wir hören, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis beschädigt, das Vertrauen, die Vertrauensbasis entzogen würde usw., sind das doch prognostisch ganz spekulative Behauptungen. Warum sollte das Vertrauen erschüttert werden, wenn Patienten freiverantwortlich entscheiden sollen? Das ärztliche Ethos muss natürlich im Dienst von berechtigten Patienteninteressen stehen. Aber deswegen haben doch Patienten auch ein Mitspracherecht als Bürger, als werdende Patienten, ein Mitspracherecht darüber, was Ärzten erlaubt sein soll und was nicht. Natürlich geht ärztliches Tun fast immer auf das Lindern von Krankheit, das Lindern von Schmerzen, das Heilen usw. Aber manchmal geht das eben nicht mehr. Sie können das nicht mehr, die Medizin gibt ihnen diese Mittel nicht und warum sollen sie dann nicht mit ihren Kernkompetenzen, Fürsorge, medizinischem Wissen, Respekt vor der



Selbstbestimmung, Integrität, warum sollen sie dann nicht diese ultima ratio-Hilfe bei ihren Patienten leisten dürfen – besser als viele andere das können? Danke.

Die **Vorsitzende**: Danke sehr, Frau Professor Schöne-Seifert. Jetzt hat Herr Sitte das Wort.

SV Thomas Sitte: Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, ich bin Thomas Sitte, Palliativmediziner und im Ehrenamt bin ich Vorsitzender der Deutschen Palliativstiftung und beruflich im Kinderhospiz Sternenbrücke in Hamburg tätig. Ich habe also durchaus ein breites Spektrum. Ich vertrete meine Haltung ganz dezidiert für die Fraktion auf der linken Seite hier. Unserer Seite wird oft vorgeworfen, wir würden diese Haltung vom Papst oder von der Kirche vorgeschrieben bekommen. Das ist bei mir völlig falsch. Ich hätte mich vor 30 Jahren, als ich als Arzt angefangen habe, sicherlich eher zur Fraktion von Herrn Hintze oder vielleicht sogar zu meiner Namensvetterin, Frau Petra Sitte, die nochmal klarere Positionen vertritt, und die ich auch deswegen gut respektieren kann, hingezogen gefühlt. Aber jetzt, mit einem gehörigen Maß an Erfahrung in der Palliativversorgung von wirklich vielen, vielen Schwerstkranken und Sterbenden, habe ich eine völlig andere Meinung bekommen. Ich glaube, die Beihilfe zum Suizid ist kein Angebot, das wir regelhaft in Deutschland ermöglichen dürfen. Als Ergänzung zu meiner Stellungnahme möchte ich Ihnen an einem praktischen Beispiel illustrieren, wie es in der Wirklichkeit wirklich geht: Ich hatte vor einigen Jahren einen Patienten, der war etwa so alt, wie ich heute bin – 57. Er hatte ein Mundbodenkarzinom, was auch schon hier im Bundestag beschrieben worden ist. Das ist sicherlich sehr unangenehm. Er war schwerstkrank, unter maximaler Therapie, schwer leidend, pflegebedürftig, konnte nicht mehr essen und wurde immer schwächer. Wir haben ihn palliativ zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung überwiesen bekommen. Wir konnten seine Behandlungen deutlich auf das Maß reduzieren, das sinnvoll ist, um die Futility, die gut gemeinte, aber schädliche Überversorgung am Lebensende, zu vermeiden. Er hat wieder Lebensmut geschöpft. Er ist wieder aktiv geworden. Er hat sich selbst versorgt und selbst

sondiert, über die PEG-Sonde ernährt, ist wieder selber unter hochdosierten Opioiden Auto gefahren. Er hatte mir vorher das Versprechen abgerungen, dass wenn es so weit ist, ich ihm beistehen soll. Dann möchte er das nicht mitbekommen. Wenn er dann nicht mehr kann, möchte er in den Tod hineinschlafen. Das, was medizinisch machbar und erlaubt ist und eigentlich sein sollte in Deutschland. Ich kam nach drei Wochen aus dem Urlaub zurück und hatte einen Zettel auf dem Schreibtisch liegen. Da stand drauf, ich soll ihn bzw. die Angehörigen gleich zurückrufen. Er konnte nicht reden. Er konnte nur schreiben. Ich bin hingefahren. Er hat seine Eltern, seine Schwester weggeschickt und hat gesagt, er möchte nur mit mir reden. Er hat mir gesagt: Es ist soweit. Die Sondenkost läuft mir aus der Speiseröhre wieder hoch in die Lunge. Ich muss immer wieder Erstickungsanfälle ertragen. Ich möchte nicht mehr. Wir hätten ihn jetzt über die Vene ernähren können. Er hat ganz klar gesagt: Das will ich nicht. Jeder Mensch hat das Recht, nicht behandelt zu werden, und er hat gesagt: Ich möchte jetzt die Ernährung, die Flüssigkeit einstellen. Wir haben dann mit den Eltern gesprochen, die Schwester, den Hausarzt und den Pflegedienst dazu genommen – sogar den Pfarrer, der eingebunden gewesen ist. Wir haben mit allen Beteiligten in den nächsten ein, zwei Tagen gesprochen und haben beschlossen: Wir lassen ihn jetzt schlafen und haben die Opioide erhöht. Da braucht man kein Natrium-Pentobarbital, was gar nicht zugelassen ist – nur für Tierärzte zum Einschläfern. Für Menschen kann man es gar nicht holen. Wir haben Schmerzmittel über den Schmerzbedarf hinaus erhöht und Schlafmittel dazu gegeben. Er hat geschlafen. Am nächsten Tag haben wir ihn wachwerden lassen, vereinbarungsgemäß, und er hat aufgeschrieben: Wunderbar, ich will weiterschlafen. Er ist einfach weiterschlafend die nächsten sieben oder zehn Tage in den Tod hineingeschlafen und nicht mehr wachgeworden. Das war ein natürliches Sterben, symptomorientiert behandelt und begleitet. Das hätte ich als Arzt ablehnen können, wenn ich es mit mir hätte nicht vereinbaren können. Aber der Patient hat ein Recht drauf, das so gemacht zu bekommen. Das Problem in Deutschland ist, dass ich wegen so einer Begleitung auch schon in die Drohung einer Mordanklage gekommen bin. Das Problem in Deutschland ist: Die Deutschen wissen



es nicht. Deswegen fordern wir mit der Palliativstiftung flächendeckende Aufklärung für das, was geht, das, was man darf und was man auch durchaus als Patient fordern darf. Wir brauchen Aufklärung für das Thema – ähnlich wie die Bundesregierung es für das Thema der Organpatenschaft macht. Wir brauchen eigentlich Millionen von Briefen in jeden Haushalt vor einer Abstimmung im Bundestag. Ich glaube, das wäre ganz, ganz wichtig. Das Ziel von mir persönlich, ich setze mich seit gut zehn Jahren für das Thema intensiv ein, von unserer Stiftung, die es von Anfang an begleitet, ist ganz klar: Wir brauchen eine Änderung der Rechtslage. Wenn alles so bliebe, wie es ist, wie der fünfte Entwurf es will, wäre es für die Medizin eine deutliche Niederlage, weil es den schweizer und den holländischen und den oregoner Verhältnissen Tür und Tor öffnen würde. Meine Damen und Herren Abgeordnete, die weit überwiegende Mehrheit der Spezialisten ist, wie ich auch, dafür, dass man nichts lässt, wie es war, sondern dass man dafür sorgt, dass die Beihilfe zur Selbsttötung ein Verbot bekommt. Wie die Verbotsregelung umzusetzen ist, ist Ihre Aufgabe. Ich plädiere sehr an Sie: Informieren Sie sich sehr, sehr gut über die Möglichkeiten. Informieren Sie auch alle anderen und entscheiden Sie erst dann, wenn Sie informiert sind. Danke schön.

Die **Vorsitzende**: Danke, Herr Sitte. Jetzt hat als letztes in der Runde Herr Dr. Thöns das Wort.

SV Dr. Matthias Thöns: Sehr geehrte Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren, ich bin ambulant tätiger Palliativmediziner, wie Herr Sitte. Ich habe allerdings sicherlich hier im Raum am meisten mit dem Tod zu tun, wenn nicht zufällig ein sehr reger Bestatter anwesend ist. Über die Köpfe meiner Patienten wird quasi am Rednerpult die Entscheidung zur Sterbehilfe gefällt. Lobbyisten, Funktionäre und selbsternannte Experten meinen zu wissen, was am besten für Sterbende ist, nämlich, dass man sie vor ihrem eigenen Willen schützt. Fragt man aber Hausärzte, Krebsärzte und Palliativspezialisten, ergibt sich ein ganz anderes Bild. Nur ein verschwindend kleiner Teil möchte, dass man ein strafrechtliches Verbot ausspricht. Im Gegensatz zu meinem Vorredner: Es gibt fünf Untersuchungen, die komplett anonymisiert erfolgten und auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat gestern Zahlen

veröffentlicht – nur 20 Prozent der Ärzte möchten ein Strafrechtsverbot. Meine Patienten sagen: Ich lasse mir aus Berlin nicht vorschreiben, wie ich zu sterben habe. Ich möchte also die Betroffenen zu Wort kommen lassen. Ich werde die Frau niemals vergessen, die mir unter Tränen von ihrem krebserkrankten Mann schilderte, der ihr sagte: Hole mich hier aus der Klinik raus. Auf dem Weg nach Hause hältst du an der ersten hohen Brücke an und lässt mich aussteigen. Dann fahre weiter. In Bochum ist ein Patient vom Hospizdach in den Tod gesprungen. Krebsstationen müssen in den oberen Etagen ihre Fenster abschließen. Auch bei unseren Patienten stehen die harten Methoden, also Erschießen, Sturz, Bahnunfall, auf den ersten Plätzen. In Deutschland werden jedes Jahr allein 30 Lokführer frühverrentet, weil sie das mitansehen müssen. Ich höre oft von meinen Patienten: Ich kann nicht mehr. Hilf mir weiter oder der liebe Gott hat mich vergessen. Das liegt natürlich, wie mein Vorredner Dr. Sitte sagte, an starken Beschwerden. Wenn ich die lindere, ist der Wunsch, früher zu sterben, meistens weg. Aber allein die Gewissheit meiner Patienten, ich würde weiterhelfen, auch wenn ich die Leiden nicht lindern kann, wirkt Wunder. Einer meiner Patienten ist nach so einem Gespräch erstmal vor wenigen Wochen über die Cranger Kirmes gebracht worden. Bei 400 jährlich von mir betreuten Patienten reicht unsere Palliativmedizin ein einziges Mal nicht aus und starke oder extreme Qualen verbleiben. Ich werde die Patienten dann nicht auf Bahngleis, Strick oder Dachgeschoss verweisen. Wenn auch einige Kollegen behaupten, so etwas gibt es nicht, dann muss man sagen, das stimmt einfach nicht. Wir haben Palliativexperten in Nordrhein-Westfalen befragt. 45 Prozent haben angegeben, die Sterbephase eines Familienmitglieds war qualvoll. So, wie es ist, kann es nicht bleiben. Das ist mehrfach gesagt worden. Zehn von 17 Ärztekammern verbieten die Suizidassistentz. Andere schweigen sich dazu aus. Ohne Ärzte fehlt die medikamentöse Möglichkeit. Wir sind da in einer Zwickmühle. In diesem Raum und vor allen Dingen im Bundestag hören wir immer die gleichen pathetischen Worthülsen und eine Angstmache vom Dambruch. Den Dambruch gibt es bei einer liberalen Rechtslage seit 1857 in Deutschland nicht. In Oregon gibt es den auch



nicht. Die Argumente, die dann immer wieder vorgetragen werden, wurden von den besten Palliativärzten Kanadas verworfen. So hat der Oberste Kanadische Gerichtshof Anfang des Jahres ein Gesetz, wie es Ihnen vorstrebt, als menschenrechtswidrig eingestuft. Ich sage Ihnen aus meiner persönlichen Erfahrung: Nicht sozialverträgliches Frühableben ist das Problem unserer Sterbenden, sondern eine Medizin, die sich nicht begrenzen kann. Da besteht übrigens hier Einigkeit. Jeder zweite Sterbende bekommt eine Überbehandlung, Intensivmedizin rechnet sich einfach zu gut. Natürlich muss der Rechtsstaat Depressive, Liebeskummrige und Einsame schützen. Das tut er auch. Hilfe ich als Arzt hier, werde ich als Totschläger bestraft. Das können die hier versammelten besten Juristen unseres Landes sicherlich bestätigen. Das aktuelle Strafrecht reicht sogar, um diese selbsternannten Sterbehelfer, die wir alle nicht wollen, Herrn Kusch und Herrn Spittler, zu verfolgen. Die Staatsanwaltschaft Hamburg ermittelt gegen die beiden. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist, dass ein Strafgesetz ambulant tätige Palliativmediziner ins Visier der Strafverfolgungsbehörden bringt. Alle meine Patienten haben Unmengen von Morphinum von mir verordnet bekommen. Jeder Vierte wünscht sich den Tod. Was passiert nun, wenn irgendein Angehöriger so ein Gespräch mitbekommt und mich anzeigt? Ich mag nicht verurteilt werden, aber gegen mich wird ermittelt und ich hatte schon das Vergnügen, auf der Titelseite der Bild zu stehen: „Leichnam beschlagnahmt“. Die Polizei hat dann vier Monate ermittelt und eingestellt. Aber das hält nicht jeder durch und ich kenne einen Chefarzt, der hat seinen Beruf wegen so einer Kampagne aufgeben müssen. Entscheiden Sie nicht über die Köpfe meiner Patienten und den Willen Ihrer Wähler. Entscheiden Sie mit Blick auf qualvolles Leid verzweifelter Menschen. Zerstören Sie nicht die ambulante Palliativmedizin und bringen Sie mich bitte nicht vor den Staatsanwalt oder ins Gefängnis, wenn ich meinem Gewissen mehrfach folgen möchte. Danke schön.

Die **Vorsitzende**: Danke, Herr Dr. Thöns. Jetzt beginnen wir, liebe Kolleginnen und Kollegen, mit der Fragerunde. Die gute Nachricht ist, dass wir für die erste Fragerunde, in der es um Recht und Ethik geht, 23 Wortmeldungen haben. Falls zwischendurch noch jemand zu dem Ergebnis

kommt, dass die Frage besser in die zweite Runde passt, bitte ich um einen Hinweis. Diese 23 Fragen bedeuten, dass es einer hohen Disziplin in der Dauer der Fragestellung bedarf. Dies ist nicht die letzte Möglichkeit. Man wird auch im Plenum und in der nächsten Runde noch sprechen können. Wir lassen die Uhr dort oben auf dem Monitor immer mitlaufen, so dass Sie trotz der fehlenden zeitlichen Begrenzung sehen, wie viel von diesem Nachmittag Sie für sich in Anspruch genommen haben. Wir sind ja alle für Transparenz. Wir haben es so sortiert, dass alle einmal drankommen. Deshalb lese ich die ersten vor: Herr Brand, Herr Hintze, Frau Sitte, Herr Sensburg, Frau Keul und dann käme als nächstes Frau Griese. Man sieht: Wir bemühen uns am Anfang Runden zu machen.

Abg. **Michael Brand** (CDU/CSU): Herzlichen Dank an die Sachverständigen. Unsere Bemühungen um eine Regelung des wachsenden Problems der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe gründen sich wesentlich auf die für unser Land befürchteten und in einigen Ländern schon eingetretenen Folgen von Untätigkeit. Wir befürchten eine schleichende Aufweichung von Selbstbestimmung und Autonomie – gerade bei Menschen in einer schwachen Phase. Ich möchte daher an die beiden Sachverständigen Professor Huber und Professor Augsburg eine Frage richten: Welche negativen gesellschaftlichen Folgen befürchten Sie, wenn geschäftsmäßige Suizidhilfeangebote weiter bestehen bleiben oder sich weiter ausdehnen?

Die **Vorsitzende**: Danke, Herr Hintze.

Abg. **Peter Hintze** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Professor Hilgendorf und Professor Merkel. Es geht mir darum, welche rechtlichen Folgen eine von mir für falsch gehaltene Strafrechtsverschärfung in Bezug auf den Entwurf Brand/Griese für Ärzte hat. Der Schlüsselbegriff – Herr Brand hat es eben selbst nochmal freundlicher Weise gesagt – ist die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe. Die Wiederholungsabsicht eines Arztes, der eine Suizidbeihilfe leistet, wird unter Strafe gestellt. Herr Thöns hat dazu auch schon gesprochen. Ich möchte gerne von den beiden Strafrechtslehrern wissen, was das in der Praxis bedeutet. Dass ich die Sache selbst für falsch halte, ist bekannt. Das ist nicht das Thema. Vielmehr geht es darum, was das für das Verhältnis der Ärzte, die Menschen



am Lebensende helfen, zur Staatsanwaltschaft bedeutet, wenn das zum ersten Mal seit 1871 zum Straftatbestand würde. Es geht um ein Verbot der Suizidbeihilfe, wenn sie geschäftsmäßig erfolgt, das heißt auf Wiederholung angelegt ist.

Die **Vorsitzende**: Danke. Frau Sitte, Herr Sensburg, Frau Keul.

Abg. **Dr. Petra Sitte** (DIE LINKE.): Ich kann direkt daran anschließen. Ich will das auch nochmal auf unseren Gesetzentwurf beziehen. Meine erste Frage richtet sich an Herrn Merkel, meine zweite an Professor Hilgendorf. Die erste Frage an Herrn Merkel: Wie ließe sich für die Ärzteschaft ein Verbot gewerblicher Suizidassistenz aufgrund ihrer Honorare klarer abgrenzen? Wie kann trotz eines strafbewehrten Verbots der gewerblichen Suizidbeihilfe sichergestellt werden, dass Ärzte, die in mehreren Einzelfällen Beihilfe zum Suizid leisten, nicht gewerbsmäßig nach § 4 unseres Gesetzentwurf handeln, wo gewerbsmäßige Hilfe zur Selbsttötung definiert ist? Die zweite Frage an Professor Hilgendorf: Der Gesetzentwurf der Gruppe Hintze/Reimann schafft eine Erlaubnis speziell für Ärztinnen und Ärzte. Er erlaubt etwas, was derzeit ohnehin erlaubt ist. Durch die Einschränkung aufgrund der Bezugnahme zu der unmittelbar zum Tode führenden Krankheit dürfen diese Ärzte plötzlich weniger als alle anderen, als jede Privatperson oder aktuell noch jede Organisation. Ist das verfassungsrechtlich nach Art. 12 GG zulässig, oder wie sehen Sie das?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Sensburg.

Abg. **Dr. Patrick Sensburg** (CDU/CSU): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe eine erste Frage an Herrn Dr. Sahm. Mir ist in keinem der Gesetzentwürfe aufgefallen, dass es hier wirklich um die Frage von Krankheit, Leid oder von der letzten Lebensphase geht. Das ist in keinem der Entwürfe beschrieben oder als Tatbestand festgestellt. Es geht nicht um die von Frau Schöne-Seifert beschriebenen Bilanzsuizide, sondern es geht um die Selbsttötung grundsätzlich. Professor Rissing-van Saan hat eben dargestellt, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle die Suizidforschung sagt, dass sie nicht eigenverantwortlich sind, wenn ich Sie richtig verstanden habe. Aber es geht doch um alle Fälle, oder sehen Sie in den Gesetzentwürfen irgendwo einen Tatbestand, der sagt, es geht um Leid,

Krankheit oder die letzte Lebensphase? Das habe ich in keinem der Entwürfe feststellen können. Die zweite Frage geht an Professor Hillgruber. Ich würde gerne noch einmal von Ihnen erfahren, wie dieser Abwägungsprozess verläuft. Abwägung auf der einen Seite zwischen der Handlungs- und Willensfreiheit und auf der anderen Seite zwischen der Menschenwürde und dem Lebensschutz. Wenn ich die Gesetzentwürfe richtig sehe, dann findet diese Abwägung einmalig zugunsten der Handlungsfreiheit statt. Das wird jetzt ins Gesetz gegossen. Es wird eben keine Einzelfallbetrachtung mehr vorgenommen oder es wird überhaupt nicht mehr abgewogen, was denn von beiden stärker wiegt. Ich glaube, man muss hier aber dem Lebensschutz doch in der Abwägung auch einen Raum verleihen. Dazu hätte ich gerne noch einmal Ausführungen. Danke schön.

Die **Vorsitzende**: Frau Keul, Frau Griese, Herr Lauterbach, Herr Gehring.

Abg. **Katja Keul** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sehr geehrte Damen und Herren, auch von meiner Seite vielen Dank für Ihre Stellungnahmen. Mir drängt sich zunehmend auf, dass teilweise die Ziele, die geäußert werden, nicht immer zu den Tatbeständen in den Gesetzen passen. Deswegen möchte ich den Blick nochmal auf die Auswirkung des § 217 StGB, wie ihn die Abgeordneten Brand und Griese vorschlagen, für das ärztliche Personal richten – ähnlich wie Herr Hintze. Die Fragen gehen an Herrn Professor Hilgendorf und Herrn Professor Merkel: Was bedeutet dieser Tatbestand in Zukunft für das ergebnisoffene Beratungsgespräch, das Pfleger oder Ärzte im Zuge ihres Verhältnisses mit ihrem Patienten führen? Was bedeutet es im Rahmen des Legalitätsprinzips, dass die Staatsanwaltschaft verpflichtet ist, zu ermitteln, wenn sich ein Sterbewilliger an einen Pfleger oder einen Arzt wendet, um das Gespräch zu suchen? Wird ihnen dieser Weg in Zukunft offen bleiben, wenn der Gesetzentwurf so in Kraft tritt? Wird es nicht vielmehr so sein, dass der Übereilungsschutz, der für dieses Gesetz ins Feld geführt worden ist, in sein Gegenteil verkehrt wird, wenn dieses Beratungsgespräch möglicherweise aufgrund strafrechtlicher Drohungen gar nicht mehr möglich wird? Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Frau Griese.



Abg. **Kerstin Griese** (SPD): Auch von mir einen herzlichen Dank für Ihre hilfreichen Stellungnahmen und für Ihre Beteiligung an der breiten gesellschaftlichen Debatte zu diesem Thema, die fast noch wichtiger ist als das, was wir hier in diesem Raum diskutieren. Ich habe zum gleichen Themenkomplex eine rechtliche Frage an Frau Professor Dr. Rissing-van Saan: In der Diskussion um die vorliegenden Gesetzentwürfe wird unserem Entwurf – heute auch vom Sachverständigen Hilgendorf – vorgeworfen, er würde die Tätigkeit von Palliativmedizinerinnen behindern. Herr Hilgendorf hat verschiedene Beispiele aufgezählt, die angeblich nach unserem Gesetzentwurf strafbar wären. Ich teile diese Einschätzung nicht, frage Sie aber explizit, wie Sie das sehen. Sie waren auch als Bundesrichterin 2010 an einem wichtigen und wegweisenden Urteil dazu beteiligt und haben in Ihrer Stellungnahme auf Seite 10 und 11 dazu auch Stellung genommen. Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Professor Dr. Huber. Ich möchte Sie bitten, nochmal auf das einzugehen, was Sie in Ihrer Stellungnahme unter dem fünften Punkt beschrieben haben: Es geht hier rechtlich und ethisch um den Unterschied zwischen einem Handeln, das die Suizidbeihilfe zu einem Geschäftsfeld macht und dem, was ärztliches Handeln in individueller, ethischer Entscheidung gegenüber einem Patienten auch aufgrund der vorangegangenen Begleitung ausmacht und welches heute schon viele Möglichkeiten hat. Dieser Unterschied ist, glaube ich, ethisch und rechtlich wichtig zur Beurteilung der Gesetzentwürfe. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Jetzt lese ich nochmal ein paar weitere Namen vor. Jetzt sind Herr Lauterbach, Herr Gehring, Herr Hüppe, Frau Högl und Frau Reimann an der Reihe.

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Auch ich danke für die ausgesprochen interessanten Ausführungen von Ihnen. Meine Frage an Herrn Hilgendorf und Frau Schöne-Seifert: Wir haben etwa 10.000 Suizidfälle pro Jahr und wir gehen von ungefähr 100.000 Suizidversuchen aus. Dazu kommen die sogenannten stillen Suizide, die nicht erfasst werden. Das sind die Fälle, wo wir nie wissen, wie viele es gibt: die Dunkelzone. Daher eint uns hier der Wunsch, Suizidversuche zu vermeiden. Es gibt zum einen die Einschätzung: Wenn jetzt so ein liberales Gesetz

kommt, dann gibt es noch mehr davon. Diese Einschätzung teile ich nicht. Aber ich glaube, es ist nicht kontrovers zu sagen, wenn Ärzte Suizidgeneigten Alternativen anbieten könnten, wenn sie über den Suizidgedanken mit ihnen sprechen könnten, dann wären viele Suizide schlicht vermeidbar. Es sind zum Beispiel sehr viele depressive Menschen suizidgeneigt, wo ich das als Arzt dann erkenne. Die Depression kann aber überwunden werden; so weiß jeder Arzt. Dann gelingt dies einem, den Suizid abzuwenden. Das ist ein sehr wichtiges Anliegen. Dahin zielt meine Frage: Ist nicht sogar zu befürchten, dass es durch den Antrag Brand/Griese nachher nicht noch mehr Suizidfälle gibt; sogar mehr stille Suizide, weil doch zumindest zu befürchten ist, dass sich dann Ärzte aus der Suizidprävention stärker zurückziehen? Wenn ich Sie, Herr Hilgendorf, richtig verstanden habe, muss ich doch mit Ermittlungen rechnen. Wir haben jetzt noch gar nicht angesprochen, dass mir die Kammer dann im Nacken sitzt. Ich bin selbst in der Kammer Nordrhein gelistet, wo es eine sehr strenge Regelung gibt. Ich müsste um die Approbation fürchten. Die brauche ich im Bundestag nicht unmittelbar. Aber nichtsdestotrotz kann es eine Bedrohung für mich sein. Ist es nicht so? Wenn die Grauzone dort so ist, wie Sie es beschrieben haben, würde mich auch Ihre Einschätzung als Ärztin interessieren. Besteht die Gefahr, dass ich mich dann zurückziehe, dass Ärzte gar nicht mehr über Suizidgedanken mit einem Patienten sprechen? Besteht sie gerade, wenn Sie oft mit solchen Patienten in Kontakt stehen, weil Sie einfach Angst haben, diese Hilfe zu leisten, um nicht Ermittlungen ausgesetzt zu sein?

Die **Vorsitzende**: Herr Gehring.

Abg. **Kai Gehring** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Professor Merkel zu den Verfassungswidrigkeitsbedenken des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages, die wir so nicht teilen. Bilden wir einmal den Umkehrschluss: Der Bundesgesetzgeber erlaubt derzeit und seit 140 Jahren die Hilfe zum freiverantwortlichen Suizid. Alles, was nicht verboten ist, ist in einem freiheitlichen und säkularen Staat wie dem unseren, erlaubt. Die Hilfe zu einer nicht verbotenen Haupttat ist, solange der Suizid freiverantwortlich ist, ebenfalls



straflos. Wie kann es sein, dass Berufsverbände, ermächtigt durch die Landesgesetzgeber, Regelungen erlassen dürfen, die stärker in die Freiheit der Ärztinnen und Ärzte eingreifen, als es ein Strafverfahren täte, und mit dem Entzug der Approbation drohen. Hier wird aus unserer Sicht der Wille des Bundesgesetzgebers ad absurdum geführt. Wenn Gesetzentwürfe, wie von den Gruppen Hintze/Reimann und Künast/Sitte und mir, die Straffreiheit ausdrücklich beibehalten wollen, muss dann nicht zwingend eine Regelung entlassen werden, die entgegenstehende berufsständische Regelungen untersagt, weil der Zweck des Gesetzentwurfs unterlaufen würde? Lebenspraktisch zusammengefasst: Darf bei einer der existenziellsten aller Fragen die Postleitzahl darüber entscheiden, was für Sterbewillige gilt? Die zweite Frage richtet sich an Professor Hilgendorf. Sie schreiben: Eine Verringerung der Regelungsintensität könnte die verfassungsrechtlichen Bedenken beim Entwurf Hintze/Reimann definitiv ausräumen. Können Sie uns dann noch sachdienliche Hinweise geben, wie das aussehen kann?

Die **Vorsitzende**: Jetzt Herr Hüppe, Frau Högl, Frau Reimann, Frau Scharfenberg.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen. Eine Frage an Herrn Professor Hillgruber und eine Frage an Herrn Dr. Sahn. Zunächst an Herrn Dr. Sahn: Gerade wurde nochmal von Herrn Lauterbach unter anderem gesagt, dass ein Gesetz in Oregon, was uns hier immer vorbildhaft dargestellt wird, möglicherweise Selbsttötung verhindern helfen würde. Das haben auch die Autoren eines Mustergesetzentwurfes in der Fachzeitschrift „The Lancet“ publiziert. Dort wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass ein Recht auf assistierten Suizid sich günstig auswirken würde. Halten Sie diese Schlussfolgerung für berechtigt, insbesondere vor dem Hintergrund dessen, was Sie zur Suizidrate in Oregon gesagt haben? Oder entsteht nicht eher ein „Werther-Effekt“, den wir auch in Deutschland bei prominenten Selbsttötungen erleben? Die Frage an Herrn Hillgruber: Es gibt spezialisierte Ärzte, die bundesweit Suizidassistenz beim Menschen leisten. Zum Beispiel Herr Arnold, der mit Kaffeemühlen und Gas quer durch die Bundesrepublik fährt und weit mehr als hundert Patienten bei der Selbsttötung assistiert hat. Es

gab auch erhebliche Kritik, weil er überhaupt keine psychiatrische Ausbildung hat. Wo sehen Sie denn das Verbot solcher Handlungsweisen in dem Gesetzentwurf Hintze/Reimann? Wäre es, wenn dieser Entwurf durchkäme, weiterhin erlaubt, diese schon massenhafte Beihilfe zu leisten?

Die **Vorsitzende**: Jetzt haben Frau Högl, Frau Reimann, Frau Scharfenberg, dann wieder Herr Hakverdi das Wort. Bitte.

Abg. **Dr. Eva Högl** (SPD): Dankeschön, liebe Frau Vorsitzende. Meine Damen, meine Herren, auch von mir ein herzliches Dankeschön für Ihre Ausführungen. Ich habe zwei Fragen. Ich beginne mit der an Herrn Professor Ausberg. Ich möchte nochmal nach der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes fragen. Sie verneinen diese Gesetzkompetenz ausdrücklich für den Gesetzentwurf der Gruppe Hintze/Reimann. Ich teile diese Auffassung und würde Sie bitten, nochmal zu erörtern, weshalb Sie keine Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers sehen. Meine zweite Frage richtet sich an Frau Professor Dr. Rissing-van Saan. Uns liegen Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages vor. In einem dieser Gutachten wird insbesondere kritisiert, dass der Begriff der Geschäftsmäßigkeit, den wir in unserem Gesetzentwurf verwenden, nicht dem Bestimmtheitsgebot des Grundgesetzes entspreche. Deswegen würde ich Sie gerne bitten, nochmal zu erläutern, ob Sie diese Auffassung teilen, inwiefern das nicht zutrifft oder was gegebenenfalls daraus folgt. Herzlichen Dank.

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Reimann, bitte.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Danke, Frau Vorsitzende. Ich habe eine Frage an Professor Schöne-Seifert. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass Sie die Einordnung des Antrags und Gesetzentwurfs von Brand/Griese als Weg der Mitte für erstaunlich und befremdlich halten. Wenn Sie uns das erläutern könnten, wäre ich Ihnen dankbar.

Die **Vorsitzende**: Jetzt kommt Frau Scharfenberg, Herr Hakverdi, Frau Schröder, Frau Vogler.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Die Debatte um die Sterbebegleitung wird sehr breit in unserer Gesellschaft geführt. Deswegen hätte ich



an Herrn Huber und an Herrn Schockenhoff nochmal eine ganz einfache Frage. Welche Folgen würde die Akzeptanz der organisierten Suizidbeihilfe auf unsere Gesellschaft haben?

Abg. **Metin Hakverdi** (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Merkel und Herrn Sahm. Ich möchte einfach nur die Kategorien richtig verstehen. Der assistierte Suizid bei Therapieabbruch scheint nicht besonders kritikwürdig zu sein. Aus Ihrer Sicht: Was ist genau der Unterschied zu dem Suizid, wenn er denn autonom bestimmt ist? Es sind verschiedene Begriffe benutzt worden: Frei, autonom, selbstbestimmt. Wenn das vorliegt: Wo ist der Unterschied zur aktiven Hilfe? Das habe ich in Ihren beiden Positionen immer noch nicht verstanden. Dann die Frage an Herrn Huber: Geht die Differenzierung von diesen drei Kategorien, wer verantwortlich sei, die Probleme zu lösen – Gesellschaft, Professionalität und Politik – nicht von einem Menschenbild aus, das vielleicht der Wirklichkeit bei fast 900.000 Sterbenden im Jahr nicht gerecht wird? Dass es ein paar Menschen gibt, die ein anderes Selbstverständnis haben als andere und deswegen diese Aufteilung im Einzelfall überhaupt nicht funktioniert?

Die **Vorsitzende**: Das waren schon drei Fragen. Frau Schröder, Frau Vogler, Frau Barley.

Abg. **Dr. Christina Schröder** (Wiesbaden) (CDU/CSU): Herzlichen Dank. Meine erste Frage richtet sich an Herrn Professor Hilgendorf. Was uns als Gruppe so umtreibt ist die Frage, ob das, was die Gruppe Brand/Griese als geschäftsmäßig vorschlägt, nicht auch regelmäßig ärztliches Handeln trifft. Wenn man schaut, wie in dem Gesetzentwurf der Gruppe Brand/Griese auf Seite 21 geschäftsmäßig definiert ist, kann man lesen: „Grundsätzlich reicht hierfür ein erst- und einmaliges Angebot nicht. Anders verhält es sich aber, wenn das erstmalige Angebot den Beginn einer auf Fortsetzung angelegten Tätigkeit darstellt.“ Da frage ich mich jetzt: Was bedeutet das denn in der Praxis? Heißt das nicht, dass jedes Mal dann, wenn wir einen ärztlich assistierten Suizid haben, durch die Staatsanwaltschaft überprüft werden muss, ob das der Beginn einer auf Fortsetzung angelegten Tätigkeit ist, und dass zumindest dann die Staatsanwaltschaft ihres Amtes walten muss? Meine zweite Frage geht an Herrn Professor Merkel: Wir haben in vielen Debatten dieser Art – schauen Sie sich die

Stammzellforschung, schauen Sie sich die PID an – das Argument, dass es einen sich verselbständigenden Prozess gibt. Dass es einen Druck gibt, ein Recht, das der Gesetzgeber schafft, auch tatsächlich umzusetzen. Bei der PID habe ich jetzt gerade gestern gelesen: 46 Fälle sind es – also sehr wenige. Mich würde Folgendes interessieren: Die Patientenverfügung müsste doch eigentlich auch Druck ausüben: Durch Angehörige, durch gesellschaftliche Erwartung in dem Sinne, sie so abzufassen, dass ein schnelles Sterben geschieht. Haben Sie irgendwelche Hinweise dahingehend, dass das mit der Patientenverfügung in der Vergangenheit so war?

Die **Vorsitzende**: Frau Vogler.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage richtet sich an den Sachverständigen Professor Augsberg. Ich kann an das anschließen, was viele schon vorher gefragt haben. Offensichtlich scheint der Begriff der Geschäftsmäßigkeit in dem von mir miteingebrachten Gesetzentwurf für Verwirrung zu sorgen; insbesondere bei einigen Juristinnen und Juristen. Deswegen würde ich Sie einfach nochmal bitten, das Tatbestandsmerkmal der Geschäftsmäßigkeit zu erläutern und uns zu erklären, wie es bereits rechtlich eingeführt ist und wie es in der relevanten rechtswissenschaftlichen Literatur verstanden wird. Meine zweite Frage richtet sich an Professor Huber: Welche Anhaltspunkte sehen Sie dafür, dass es eine gewisse Kommerzialisierung der Sterbehilfe gibt? Insbesondere interessiert mich Ihr Ausdruck einer „Ökonomie der Incentives“. Das heißt also, dass eine Kommerzialisierung oder geschäftsmäßige Durchführung der Sterbehilfe die letztliche Selbstbestimmung und die Autonomie der potentiellen Suizidenten gefährden könnte. Sind Sie auch der Auffassung, wenn es nicht unmittelbar um rein wirtschaftliche Zwecke geht? Deswegen fände ich es gut, wenn Sie diesen Begriff der „Ökonomie der Incentives“ nochmal etwas näher in dem Zusammenhang erklären würden.

Der **Vorsitzende**: Frau Barley, Herr Frieser, Frau Wawzyniak.

Abg. **Dr. Katarina Barley** (SPD): Herzlichen Dank. Ich habe zwei Fragen an Herrn Hilgendorf. In Ihrer schriftlichen Stellungnahme haben Sie zum



Entwurf Hintze/Reimann geschrieben, dass es entgegen der Begründung des Gesetzentwurfs nicht darum gehen könne, Rechtssicherheit für Ärzte und Patienten herzustellen, weil aufgrund des eindeutigen und unmissverständlichen Verbots ärztlicher Suizidassistenten nach dem Kammerrecht von zehn Ärztekammern keine zu beseitigende Rechtsunsicherheit bestehe. Einmal davon abgesehen, dass sieben andere Ärztekammern das anders umgesetzt haben, würde mich vor dem Hintergrund des Beschlusses der Bundesärztekammer interessieren, was Sie von dem Argument halten, dass die Kompetenz der Ärztekammern zum Erlass solcher Regelungen durchaus zweifelhaft sein kann. Wenn man sieht, um welche Rechtsgüter es geht, dass wir hier Gewissensentscheidungen treffen, dass wir Orientierungsdebatten führen, Anhörungen machen und dass durch diese Entscheidungen auch stark in die Rechte Dritter, sprich der Patienten, eingegriffen wird, sehen Sie überhaupt eine Kompetenz der Ärztekammern? Das Zweite ist auch ein Zitat von derselben Seite: Nämlich dass es dem Bund kompetenzrechtlich verwehrt sei, durch eine in das BGB implantierte Vorschrift an der Leine zivilrechtlicher Privatautonomie ärztliche Suizidassistenten, abweichend vom einschlägigen Kammerrecht, gesetzlich zu gestalten. Zum einschlägigen Kammerrecht habe ich schon etwas gesagt. Jetzt zu diesem Zivilrecht an der Leine: Wenn wir die Regelungen über den Behandlungsvertrag im BGB betrachten, haben wir im § 630a BGB eine Ausgestaltung des Behandlungsvertrages und in den Fortfolgenden dann sehr ausführliche ärztliche Verpflichtungen. Hätten Sie bei diesen Regelungen der §§ 630a ff. BGB auch verfassungsrechtliche Bedenken?

Die **Vorsitzende**: Herr Frieser, Frau Wawzyniak und dann Herr Dr. Terpe und Herr Dr. Franke.

Abg. **Michael Frieser** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Erste Frage an Professor Schockenhoff: Sie hatten in den einführenden Worten kurz die Frage der Selbstbestimmung gestreift. Es wird zu einer wirklichen Demarkationslinie unserer Zeit – die Kernbestimmung des Zeitgeistes. Alles richtet sich am Selbstbestimmungsrecht aus. Manche räumen der Selbstbestimmung einen höheren Stellenwert als dem höchsten Rechtsgut unseres Grundgesetzes, nämlich dem Leben und seinem Schutz ein. Ich

stelle mir die Frage: Wie selbstbestimmt ist auch das Ende des Lebens, wenn ich es trotzdem von einer Zustimmung, von einer Einschätzung, von einer Abwägung eines Dritten abhängig machen muss? Um die Frage kurz zu erläutern: Manche Gesetzentwürfe schicken sich an, bestimmte Voraussetzungen zu formulieren. Inwieweit öffnet man das Recht für einen assistierten ärztlichen Suizid? Die Frage ist aus ethischen Gründen schon zu stellen: Wird dadurch dieses Selbstbestimmungsrecht nicht ganz besonders definiert oder eingeschränkt? Anders formuliert heißt doch die entscheidende Frage: Sie kommen zum Ergebnis, das Selbstbestimmungsrecht ist durch die Öffnung eher geschwächt, denn gestärkt. Ich würde Sie bitten, das nochmal kurz zu wiederholen. Meine zweite Frage geht an Herrn Professor Dr. Augsberg: Wir haben auch Gesetzentwürfe, die versuchen auf zivilrechtliche Art und Weise einen Katalog der Einschränkung, einen Katalog der Abwägung zu formulieren. Ich erinnere an den ersten Teil meiner Frage an Professor Schockenhoff. Zu glauben, man kann zivilrechtlich einen Katalog formulieren, der genau sagt, wer, zu welcher Zeit, unter welchen Umständen in der Lage wäre, ein solches ärztlich assistiertes Suizidangebot anzunehmen – halten Sie das aus verfassungsrechtlicher Erwägung für möglich, das auf diesen Kreis einzuschränken? Wie lange würde es nach Ihrer Einschätzung dauern, bis sich jemand, der nicht diese Voraussetzungen erfüllen könnte, in ein solches Recht auf Suizid und vor allem in die organisierte Beihilfe dazu hineinklagt?

Die **Vorsitzende**: Frau Wawzyniak, Herr Dr. Terpe.

Abg. **Halina Wawzyniak** (DIE LINKE.): Ich möchte zunächst Frau Schöne-Seifert in der Auffassung zustimmen: Der freiverantwortliche Suizid ist kein Unglücksfall. Ich glaube, es geht vielmehr darum, wie man die Freiverantwortlichkeit sichern kann. Ich hätte jetzt eine Frage an Herrn Merkel und eine Frage an Herrn Thöns. Herr Merkel, Sie haben das Beispiel mit der Apothekerin gebracht, die Morphin weitergibt. Ich würde Sie gern fragen: Der Gesetzentwurf Brand/Griese spricht davon, dass, wer in der Absicht die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig usw. Absicht ist definiert als „Wissen und Wollen“. Jetzt würde ich Sie fragen, ob in Ihrem Beispiel



eine Absicht gegeben ist, wenn die Apothekerin ein Medikament weitergibt, um die Selbsttötung mit Wissen und Wollen zu fördern. Ich würde sagen: Nein, es ist überhaupt nicht Absicht gegeben. Deswegen wäre aber der Gesetzentwurf Brand/Griese in Ihrem Beispiel nicht einschlägig. Herrn Thöns will ich fragen: Sie haben gesagt, als Palliativmediziner verschreiben Sie Morphium und geben Morphium weiter. Würden Sie mir zustimmen, dass Sie das nicht in der Absicht machen, also mit Wissen und Wollen, die Selbsttötung eines anderen geschäftsmäßig zu fördern, sondern dass Sie möglicherweise mit *dolus eventualis* handeln, also das billigend in Kauf nehmen. Wenn dem nämlich so wäre, wie von mir beschrieben, machen Sie das nicht in der Absicht, also nicht mit Wissen und Wollen. Dann wäre der Gesetzentwurf Brand/Griese in Ihrem Fall nicht einschlägig.

Die **Vorsitzende**: Jetzt Herr Dr. Terpe, Herr Dr. Franke, Herr Beyer.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich möchte zunächst eine Frage an Herrn Augsberg zu der Thematik stellen, dass immer wieder in den Stellungnahmen von Herdegen und Thöns behauptet wird, nach unserem Gesetzentwurf mache sich ein Arzt bereits strafbar, wenn er mehr als einmal im Leben Hilfe beim Suizid leistet. Trifft das nach Ihrer Meinung zu und falls nicht, warum nicht? Eine zweite Frage würde ich nochmal an Herrn Sahn zu einer ähnlichen Thematik stellen: Wie bewerten Sie die beschriebenen Fallkonstellationen vom Sachverständigen Hilgendorf, bei denen Ärzte sich angeblich strafbar machen, wenn sie Patienten an eine selbstregulierende Morphinpumpe anschließen oder ein Schmerzmittel das lebensverkürzend wirken kann, überlassen? Ist die Schlussfolgerung, die der Sachverständige macht, gerechtfertigt – insbesondere auch vor dem Hintergrund, ob der Palliativmediziner wirklich derjenige ist, der in Absicht beim Suizid hilft?

Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Ich habe zwei Fragen. Eine Frage an Dr. Thöns und eine Frage an Professor Hilgendorf. Herr Thöns, an Sie als Praktiker eine Frage. Würde es dazu führen, wenn wir das Strafrecht bei der Sterbehilfe verschärfen, dass Menschen mit schweren Erkrankungen häufiger Suizid begehen, weil vielleicht Ärzte ihre

Therapieoptionen nicht ausschöpfen? Was ist Ihre Einschätzung? Ich habe gelesen, wie Sie sich schriftlich eingelassen haben. Mich würde interessieren, wie Ihre praktische Einschätzung ist. Erste Frage. Zweite Frage: Herr Professor Hilgendorf, Sie haben gesagt, das Strafrecht sei das falsche Mittel. Jetzt gibt es einen Gesetzentwurf, der das Landesrecht mit dem BGB überschreibt. Frage – auch als Vorsitzender des Gesundheitsausschusses: Wäre es nicht viel einfacher, wenn die organisierte Ärzteschaft, wenn wir in Landesärztekammern keine Regelungen oder offene Regelungen, zum Beispiel eine Sollvorschrift im Landesrecht, hätten? Wäre dann eine gesetzliche Regelung nicht entbehrlich?

Abg. **Peter Beyer** (CDU/CSU): Ganz herzlichen Dank für die Expertisen und die Stellungnahmen. Ich habe zwei Fragen an Professor Hillgruber. Die eine bezieht sich auf die Rechtssystematik. Vielleicht könnten Sie uns etwas mehr im Detail die Akzessorietät von Haupttat und Hilfeleistung erklären – insbesondere, weil die Haupttat hier nicht unter Strafe gestellt ist. In der Rechtssystematik ist es im Allgemeinen so, dass die Hilfestellung dann auch straffrei bleibt. Das zum einen. Zweitens würde ich darum bitten, noch einmal genau die Abstufung zwischen gewerbsmäßiger Suizidassistenz und geschäftsmäßiger Suizidassistenz bei den Gesetzesvorlagen zu definieren und zu erläutern – insbesondere unter Berücksichtigung der Bestimmtheit und der Bestimmbarkeit. Herzlichen Dank.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Brunner.

Abg. **Dr. Karl-Heinz Brunner** (SPD): Frau Vorsitzende, meine Fragestellung richtet sich zum einen an Professor Hilgendorf und zum zweiten an Dr. Thöns in zwei unterschiedlichen Schattierungen: Einmal rechtlich und zum anderen medizinisch. Sie begründet sich zum einen daraus, dass wir alle miteinander sicherlich einig sind – mit Ausnahme des Entwurfes Sensburg –, dass wir aus der Menschenwürde, aus dem Selbstbestimmungsrecht der Menschen und nicht zuletzt aus Art. 1 und 2 GG auch das Ende des eigenen Lebens in die eigene Hand geben wollen – und zwar als Selbsttötung bisher strafrechtlich mit keiner Einschränkung. Wir wollen nicht sagen: Eine Selbsttötung durch Werfen vor den Zug ist erlaubt, eine Selbsttötung



durch Aufnahme einer Giftkapsel ist nicht erlaubt. Eine Selbsttötung durch langes Leiden ist erlaubt, eine Selbsttötung durch Verkürzung des Leidens ist nicht erlaubt. Selbsttötung ist generell erlaubt und Ausdrucks des Respekts und der Integrität der Menschen, weshalb ich eine Neukriminalisierung für ausgesprochen schwierig erachte. Gerade Herr Sitte hat in seinen Ausführungen eine Frage aufgeworfen, die mir schon lange vorschwebt. Ich habe nicht den richtigen Aufhänger dazu gehabt. Nämlich die Frage: Wo ist die Grenze zwischen der erlaubten Selbsttötung und der nichterlaubten Selbsttötung, die wohl der Entwurf Brand/Griese unter Strafe stellen will? Deshalb die Frage an den Juristen: Wo ist die Abgrenzung zwischen der erlaubten Selbsttötung, die Herr Sitte mit Erhöhung der Sedierung, Einschlafen lassen, Ausleben lassen etc. mit freiem Willen beschrieben hat und die Grenze dessen, wo jemand sagt: Ich möchte diesen Begriff der Selbsttötung in diesem Bereich etwas verkürzen? Auch ethisch und medizinisch die Frage: Wo ist die Grenze zwischen der Verkürzung des Lebens und der natürlichen Beendigung des Lebens? Ich möchte nicht und sage dies auch hier ganz deutlich, dass wir durch eine Strafbarstellung der Selbsttötung nunmehr eine eigene Definition dafür im Gesetz finden, welche Selbsttötung eine moralisch, ethisch, gesellschaftliche oder gesetzlich erlaubte Selbsttötung und welche eine nichterlaubte Selbsttötung ist. Bisher sind wir, glaube ich, damit sehr gut gefahren, jegliche Form der Selbsttötung nicht unter Strafe zu stellen. Mir wäre am liebsten, wir würden dazu keine Regelung finden.

Die **Vorsitzende**: Jetzt sage ich einmal zur Information zu Herrn Beck, weil er gerade neu in den Raum gekommen ist: Wir hatten die Runde jetzt schon zugemacht und das würde ich auch so lassen. Wir nehmen Herrn Beck in die nächste Runde. Ich hatte mich selber auf die Liste gesetzt. Ich habe zunächst selbst zwei Fragen: Eine an Herrn Merkel, eine an Herrn Hilgendorf. Herr Merkel, es wurde viel darüber geredet, welche Sorgen man hat, welche Gefahren von unterschiedlichen Sachverständigen über die weitere Entwicklung gesehen werden. Ich habe die nicht alle ganz verstanden, weil ich sie ein bisschen apodiktisch fand. Ich bin der Meinung, dass sie zum Teil keine Grundlage hatten, sondern einfach Annahmen waren. Es gab für mich wenige

Tatsachen dafür, warum 2015 eine Gefahr gegeben ist, die seit 1871 nicht entstanden ist. Ich frage deshalb nochmal: Was ist eigentlich der Zweck des Strafrechts oder woran hat sich der Gesetzgeber zu halten? Was ist eigentlich Maßstab für den Gesetzgeber, wenn das Strafgesetzbuch geändert wird? An welchen Rechtsgütern, zum Beispiel im Sinne des Grundgesetzes, hat man sich zu orientieren und welchen Zweck soll das Strafgesetzbuch eigentlich in einem pluralistischen Land erfüllen? Die zweite Frage geht an Herrn Professor Hilgendorf. Es ist hier viel gesagt worden über die Frage, ob man Kriterien in Regeln einbringen darf, wenn ein Behandlungsabbruch vorliegt. Deshalb würde ich von Ihnen gerne nochmal eine Erörterung dazu hören in Bezug auf den Entwurf Hintze/Reimann, was Sie rechtlich zur Frage der Zulässigkeit von Kriterien meinen. Wir haben die Kriterien bei der Patientenverfügung. Wir haben aber auch, das ist noch gar nicht gesagt worden, Kriterien zur Feststellung des Hirntodes bei der Organspende. Überall wird etwas festgelegt, Kriterien und Verfahren. Diese Kriterien sind zum Beispiel bei der Feststellung des Hirntodes auch nicht unumstritten. Ich glaube die Frage befindet sich zum Teil in der Weiterentwicklung. Diese zweite Frage ging an Herrn Professor Hilgendorf. In diesem Augenblick betritt den Saal Herr Professor Herdegen. Herzlich willkommen. Wir machen jetzt zunächst die Antwortrunde und dann kommen Sie für Ihr Statement dran. Dann folgt eine nächste Fragerunde. Vielleicht können Sie in Ihrem Statement dann auch schon auf andere eingehen, weil Sie mitbekommen, was uns hier alles bewegt hat. Bitte, Herr Dr. Thöns, ohne Zeitbegrenzung. Trotzdem zeigt Ihnen die Uhr, wie lange Sie schon sprechen.

Herr Dr. Thöns hat drei Fragen von Frau Wawzyniak, Herrn Dr. Franke und Herrn Dr. Brunner.

SV Dr. Matthias Thöns: Die Frage von Frau Wawzyniak, ob ich Morphin mit Wissen und Wollen zur Selbsttötung verschreibe: Selbstverständlich nicht! Ich tue das, um Beschwerden der Patienten zu lindern, da sind wir uns völlig einig. Und insofern glaube ich auch nicht, dass das Gesetz, was Sie vorhaben, mich in den Knast bringen wird, wenn ich meine normale palliativmedizinische Arbeit mache. Aber gegen



mich hat die Kriminalpolizei bereits siebenmal ermittelt. Die Polizei kommt dann ins Haus, die kommen so oft, dass ich den Hauptkommissar Wefelscheid mittlerweile duze und wir gute Freunde geworden sind. Und ich habe einfach keine Lust darauf, dass jetzt ein neues Gesetz kommt und tatsächlich noch weiter gegen mich ermittelt wird in Dingen, die einfach ganz normal meine Tätigkeit sind. Ich glaube nicht, dass das nötig ist.

Herr Franke, ich habe Ihre Frage dahingehend verstanden, ob der Suizid häufiger wird, wenn Ärzten dies erlaubt wäre. Das möchte ich ganz klar mit Nein beantworten. Ich habe jetzt den einen oder anderen Fernsehbeitrag gemacht zum Suizid und bin insofern in meinem kleinen Sprengel bekannt dafür, dass ich da eine liberale Einstellung habe. Ich bin aber seitdem nicht einmal in die Schwulität gekommen, einem Patienten beim Suizid zu helfen. Insofern glaube ich nicht, dass da jetzt ein Markt entsteht, nur weil die Patienten wissen, ich bin da liberal. Ich weiß aber, dass meine Patienten es in ausweglosen Situationen als erhebliche Entlastung empfinden, dass ich dann helfen würde. Und die letzte Frage bezieht sich auf die Unterscheidung zwischen Suizid und palliativer Sedierung. Das ist ein klarer Unterschied. Bei der palliativen Sedierung ist das Ziel von Palliativmedizinern, ansonsten nichtbehandelbare Beschwerden zu lindern. Der Klassiker ist die schwere Atemnot. Wir geben dann solange Morphium, bis der Patient die Atemnot nicht verspürt, auch unter Inkaufnahme, dass er dann schläft. Das nennt man eben palliative Sedierung, wahrscheinlich verkürzt es das Leben aber nicht. Der Grenzbereich ist viel klarer bei solchen Aktionen wie dem Abstellen eines Beatmungsgerätes. Im Einvernehmen mit dem Patientenwillen ist das völlig legal. Einem Einwilligungsfähigen, der mir sagt, stelle es aus, dem stelle ich es aus, natürlich unter Vollnarkose, sonst erstickt er. Und das darf ich. Aber ein Patient, der das Pech hat, nicht an der Beatmung zu hängen, der darf solche Entscheidungen nicht treffen. Damit habe ich ein Problem.

Die **Vorsitzende**: Das war eine vorbildhafte schnelle Beantwortung. An Herrn Sitte ging in der Runde keine Frage. An Frau Schöne-Seifert gingen Fragen von Herrn Lauterbach und Frau Reimann.

SVe **Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert**: Zunächst zu Herrn Lauterbach, die Frage nach der suizidpräventiven Wirkung. Sie haben diese Frage an mich als Medizinerin gestellt und ich möchte nur zur Klärung, damit man mir keine falschen Hüte zuschreibt, sagen, dass ich nicht mehr praktizierende Medizinerin bin, sondern diese Dinge aus der theoretischen Perspektive betrachte. Ich möchte mir keine fremden Federn aufsetzen. Nach allem, was ich darüber lese, höre und weiß, muss man ...

(Zwischenruf von Abg. Hubert Hüppe)

Nein, vom Lesen und von Zahlen und von Studien, Herr Hüppe, die es dazu gibt. Mehr haben wir alle nicht, denn wenn wir uns auf Einzelfallerfahrungen verlassen, dann wären wir in der Medizin am Ende. Ich möchte dazu sagen, dass man natürlich an dieser Stelle strikt nochmal unterscheiden muss zwischen den Patienten, die aufgrund von unheilbaren, schweren Erkrankungen zu der Bilanz – ist gleich Freiverantwortlichkeit, Stabilität, Wohlinformiertheit – kommen, nicht mehr weiterleben zu wollen, und den ganz anderen Fällen, zu denen auch in Oregon natürlich die allermeisten gehören, die nicht aufgrund und als Reaktion auf unheilbare Krankheit zu diesem Suizidwunsch kommen. Deswegen, lieber Herr Sahm, ist auch die Feststellung, dass in Oregon eine so hohe Suizidrate besteht, überhaupt kein Hinweis darauf, dass im Rahmen dieser ganz kleinen Gruppe Schwerstkranker die präventive Wirkung nicht zieht. Das würde Äpfel mit Birnen verwechseln, denke ich. Nach allem, was man jedenfalls aus den Ländern weiß, in denen ärztliche Suizidhilfe seit Jahren erlaubt ist und dokumentiert wird, gibt es eine relativ große Zahl von Patienten, die die Kriterien erfüllen, aber dann doch davon keinen Gebrauch machen, weil sie das Zutrauen darin haben, auch im letzten Moment noch die Hilfe zu bekommen. Und dieses antizipatorische Argument ist von größter Wichtigkeit. Das sind die Millionen Wähler in diesem Land, die sagen, wir wollen die Option haben, wir wollen für den Notfall diese Gewissheit haben. Die allerwenigsten kommen am Ende wirklich in diese Situationen, aber mit dem Rezept in der Tasche, wenn ich das so sagen darf, lebt es sich eben sicherer und besser bis zum Schluss. Und wir müssen uns doch nichts



vormachen, fast alle, die hier sitzen, so sie denn einen Suizid – das Leben von eigener Hand nehmen – als letzte ultima ratio für sich für möglich halten, können darauf vertrauen, dass sie aufgrund guter Beziehungen irgendwie jemanden finden würden, der ihnen hilft. Das ist aber nicht für alle Patienten so. Und im Übrigen, wenn immer der Einwand kommt, Oregon als ein winziger, kleiner, marginaler Staat solle hier nicht zum Modell genommen werden: Sie wissen wahrscheinlich, dass in der letzten Woche Kalifornien nachgezogen ist, und das ist nun wirklich ein sehr bevölkerungsreicher Staat. Und ich verweise auch noch auf Kanada, wo der Supreme Court die Ärzte bis 2016 verpflichtet, ihrer verfassungsrechtlichen Verpflichtung zur Organisation von ärztlicher Suizidhilfe nachzukommen.

Die zweite Frage, Frau Reimann, der Weg der Mitte, der Entwurf Brand/Griese wird so wahrgenommen, und ich will sagen, auch angepriesen. Ich glaube, dass hinter dieser Einschätzung bei manchen von Ihnen, die diesen Entwurf für den besten Weg halten, ein Missverständnis oder mehrere Missverständnisse darüber vorliegen, wohin das führen würde. Man kann natürlich die Mitte immer da ansetzen, wo man möchte, und dann von da aus Verbesserungen und Verschlimmerungen prognostizieren oder definieren, aber ein vernünftiger Vorschlag ist zu sagen, wir nehmen jetzt die augenblickliche Regelungspraxis, wie wir sie haben, sozusagen als die Mitte mit all ihren Vor- und Nachteilen und manche wollen das liberalisieren und manche wollen das verschärfen. Und klarer Weise geht der Entwurf Brand/Griese dann doch faktisch dahin, die subjektive Rechtssicherheit der ärztlichen Suizidhelfer, der potentiellen, zu schwächen. Sehen Sie diese ganzen Diskussionen, die wir über die Abgrenzungsprobleme haben. Und faktisch wird natürlich auch die standesethische Abstrafung jedes Suizids und damit jeder Suizidhilfe unterstützt. Deswegen denke ich nicht, dass das ein Weg der Mitte ist, auch wenn er so auf den ersten Blick gelesen werden kann, wenn man sich nicht mit den Implikationen beschäftigt, dass die Grenze zwischen dem von fast allen nominell gewollten Einzelfallschutz und der Abwehr der Normalfallentwicklung irgendwie an der richtigen Stelle gesetzt würde. Das scheint mir aber eben

faktisch nicht der Fall zu sein.

Die **Vorsitzende**: Danke. Dann hat jetzt Herr Schockenhoff zwei Fragen von Frau Scharfenberg und Herrn Friese.

SV Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff: Die erste Frage war darauf gerichtet, welche Veränderungen der Gesellschaft zu erwarten wären, wenn die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe oder das Angebot von Ärzten über längere Zeit hinweg diese Praxis bestimmen würde. Zunächst muss man sehen, dass individuelle Entscheidungen immer auch durch gesellschaftliche Wahrnehmungsmuster und Erwartungshaltungen mitgeprägt sind. Das kann man nicht so klar trennen, dass man sagt, eine völlig autonome Entscheidung über den Wert der eigenen Existenz ist das eine und gesellschaftliche Trends sollen davon ausgeschlossen bleiben, sondern der Wert, den ein Mensch, auch ein Schwerkranker, seinem Leben zuspricht, ist immer auch eine Reaktion auf die Resonanz, die Wertschätzung, die er von anderen noch erfährt. Und wenn das nicht mehr der Fall ist, oder wenn er nur in seiner Wahrnehmung zu dem Ergebnis kommt, ich bin den anderen nur noch eine Belastung, dann ist das eben für ihn eine ganz schwerwiegende Veränderung der Bedingungen, unter denen er leben kann. Er gerät jetzt in den Druck, sein Weiterleben rechtfertigen zu müssen, vor sich selber, weil er immer die Frage im Kopf hat: Ist nicht längst der Zeitpunkt gekommen, wo alle anderen um mich herum, mein Arzt, die Krankenschwestern, die Pflegekräfte, meine Angehörigen, die ganze Versicherungsgemeinschaft, an sich der Auffassung sind, jetzt wäre es doch vernünftig, diese aufwendige, langwierige Zeit, in der ich schwerwiegende Pflege brauche und die Zeit anderer in Anspruch nehme, Ressourcen vernichte, auch einmal abzukürzen? Es gibt eine wichtige Zahl, die in diesem Zusammenhang auch einschlägig ist. Es ist bekannt, dass 70 Prozent, manche sagen 80 Prozent, der Behandlungskosten, die ein Mensch im Laufe seines Lebens produziert, im letzten Lebensjahr anfallen. Und das wird häufig mit dem Unterton gesagt, das ist doch wohl wenig effizient eingesetzt, das könnte man doch auch sparen. Und in diesem Kontext, diesem gesellschaftlichen Kontext müssen wir auch die Frage der Suizidbeihilfe sehen. Wir dürfen nicht sagen, wir diskutieren einmal die Frage



Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und dann diskutieren wir völlig losgelöst davon Suizidbeihilfe, sondern die Sorge, dass das zu einem leichter verfügbaren Ventil für die Lösung der anderen Probleme würde, ist nicht unbegründet. Es ist auch nicht so, dass das einfach eine Zunahme an Selbstbestimmungsmöglichkeiten wäre, dass man halt freier ist, wenn man noch eine Option hätte, sondern allein das Wissen um diese zusätzliche Option, dass dieser Ausweg offen steht, verändert für alle die Entscheidungsbasis. Es würde also erstens eine Entsolidarisierung mit Sterbenden bedeuten, und zweitens würde sich auch die Berufsausübung der Ärzte verändern. Ein Gewissensvorbehalt, dass sie sich weigern dürfen, würde ihnen nur vorübergehend wirklich Entlastung verschaffen. Wenn das als eine in der Gesellschaft akzeptierte medizinische Dienstleistung, sogar als eine humane Bereitschaft, Patienten in schwierigsten Situationen zu helfen gilt, dann geraten Ärzte unter Druck und können sich dem nicht auf Dauer entziehen. Auch der ärztliche Beruf würde sich verändern. Und das sind nicht einfach nur Befürchtungen, sondern wir haben aus anderen Ländern tatsächlich Zahlenmaterial. Interpretieren von Zahlen ist immer schwierig, aber die Aussage, es gibt keine Evidenz, im Gegenteil, Beispiele wie Oregon oder die Schweiz, beweisen, dass sich nichts verändert, die stimmen eben nicht. Oregon ist zwar ein kleines Land und die absoluten Zahlen der durch ärztliche Suizidbeihilfe ums Leben gekommenen Menschen sind in der Tat gering, aber auch diese absoluten Zahlen steigern sich, zwischen 1998 und 2014 auf das Siebenfache. Und in der Schweiz hat sich innerhalb von vier Jahren, von 2009 bis 2013, eine Steigerung um 60 Prozent allein der im strikten Sinn durch ärztliche Begleitung ereigneten Suizidfälle ergeben. Und wenn man das hochrechnet auf Deutschland – wir haben 865.000 Sterbefälle im Jahr –, haben wir immerhin eine Zahl von 6.500, die würde sich daraus errechnen. Doppelt so viel wie die Verkehrstotenzahlen, nur einmal, um die Dimension etwas anzudeuten.

Die zweite Frage war: Kann man von Selbstbestimmung reden oder inwiefern ist das möglich, wenn sie in Abhängigkeit von der Mitwirkung oder der Entscheidung Dritter steht? Der Begriff der Selbstbestimmung im Zusammenhang mit

Suizidwünschen ist ohnehin außerordentlich schwierig. Den Begriff „freiverantwortlicher Suizid“, oder wie es in den Schweizer Richtlinien heißt, „vollkommen wohlüberlegter Suizid“, halte ich für außerordentlich problematisch und weltfremd, er ist abstrakt. Das ist eine Rechtsfiktion, eine philosophische Konstruktion, aber unter Beachtung der Lebensrealität, gerade auch am Ende des Lebens, ist das ein sehr, sehr schwieriger Begriff. Keineswegs kann man einfach zwei idealtypische Unterscheidungen vornehmen und sagen, immer dann, wenn ein Sterbewunsch im Kontext einer unheilbaren Krankheit auftaucht, ziehen wir den Rückschluss, dass er frei erwogen ist und autonom und ansonsten ist er depressiv und fragil. Wir haben viele Untersuchungen, auch über die Sterbewünsche von Schwerstkranken und unheilbar Kranken, und das Überraschende ist, dass solche Sterbewünsche keineswegs das stabile Ende eines Überlegungsprozesses darstellen, das dann nicht mehr in Frage gestellt wird....

Die **Vorsitzende**: Denken Sie ein bisschen an die Zeit?

SV **Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff**: ..., sondern sie sind höchst fragil, sie sind ambivalent. Das merkt man zum Beispiel daran, dass ein Sterbewunsch durchaus auch mit einem Lebenswillen korrelieren kann, das kann zugleich bestehen, das sind nicht zwei Eckpunkte auf einem Kontinuum, also allmählich nimmt der Lebenswille ab und am Schluss steht ein stark ausgebildeter Sterbewunsch, sondern das sind höchst fragile und klärungsabhängige Dinge. Und dass man das so einfach unterscheiden kann in zwei Typen von Sterbewünschen, das glaube ich nicht, da haben wir auch aus der ärztlichen Praxis Belege, dass das nicht möglich ist. Und gerade auch die häufig zitierte Erwartung, dieses antizipatorische Vorwegnehmen, das gibt es auch in Studien aus Amerika: Von fünf Menschen, die sagen, in einer solchen antizipierten Situation, dass ich schwerstpflegeabhängig bin, möchte ich nicht mehr weiterleben, da bitte ich dann um Suizid, nehmen das dann am Schluss tatsächlich nur noch 20 Prozent in Anspruch. Das zeigt gerade, wie wenig abgewogen und endgültig Sterbewünsche am Anfang sind...

Die **Vorsitzende**: Denken Sie an die Zeit!



SV Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff: Das ist eine lange Geschichte, die sich häufig auch wieder auflösen wird. Und von daher komme ich zu dem Ergebnis: Das Mindeste, dass man im Blick auf Suizidwünsche im Zusammenhang mit schwerer Erkrankung sagen muss, ist, dass das ein Ausdruck ist, wo Selbstbestimmung und Fremdbestimmung voneinander abhängen und ineinander übergehen. Das ist also keineswegs eine unbeeinflusste, reine Autonomie, sondern steht in Abhängigkeit von den Signalen, die man erwartet. Und wenn ich auf ein gesellschaftliches Umfeld treffe, das mir das leicht macht, dann wird sich das durchsetzen, und wenn aber klar ist, dass die Gesellschaft diesen Weg nicht als Regelweg akzeptiert, dann wird es den aufwendigeren und besseren Weg geben.

Die **Vorsitzende:** So ist es, wenn man die Theologische Fakultät einlädt.

(Allgemeine Heiterkeit)

Die **Vorsitzende:** Das war nicht gemein, aber ich hatte das Gefühl, Sie hören mich gar nicht. Jetzt kommt Herr Dr. Sahn mit vier Fragen von Herrn Dr. Sensburg, Herrn Hüppe, Herrn Hakverdi und Herrn Dr. Terpe.

SV Dr. Stephan Sahn: Die beantworte ich gerne, die schließen natürlich auch etwas an das an, was die Vorredner gesagt haben. Herr Dr. Sensburg, Sie haben gefragt nach Krankheit und Leid. Ich habe bewusst versucht, in meiner Stellungnahme Fallgeschichten zu vermeiden, weil ich dieses Thema vom Boulevard reißen will. Ich bin selbst Palliativmediziner in einer Stadt, die mehr Menschen mit Migrationshintergrund als Einwohner hat, als diese Stadt Berlin, und wir haben ein Hospiz gebaut und da springt keiner vom Dach. Ich könnte Ihnen genau andere Fallgeschichten erzählen, die Sie genauso beeindruckt werden. Wir sollten schauen, was denn wirklich empirisch bekannt ist. Einmal ist es bemerkenswert, dass in den ...

(Zwischenruf: „...Gesetzestexten...“)

SV Dr. Stephan Sahn: ...In den Gesetzestexten steht nichts von Leid drin. Es wird aber damit geworben in der Öffentlichkeit, dass es sich auf wenige Fälle am Lebensende bezieht, wir haben das auch in den Beiträgen hier gehört, das steht aber nicht drin. In den Gesetzentwürfen steht

nämlich drin, jemand mit einer tödlichen, nicht unumkehrbaren Erkrankung soll Suizidhilfe durch Ärzte berechtigt anfragen können. Ärzte sollen verpflichtet werden, die zu geben. Ich betreue viele tumorkranke Patienten, die sind alle ...

Die **Vorsitzende:** Es gibt keinen Entwurf, der sagt, die Ärzte sind verpflichtet, Herr Dr. Sahn.

SV Dr. Stephan Sahn:... unumkehrbar krank, das steht so im Gesetzentwurf nicht drin, die sind unumkehrbar krank, rudern gegen den Krebs, treiben Sport. Und denen offerieren wir in der Phase der Anpassungsstörung, die jeder Krebspatient erlebt, und das weiß jeder Student, die hält auch manchmal mehrere Wochen an, manchmal auch Monate, dann offerieren wir Suizidhilfe, das ist das, was ich mit Gefahrenabwehr gemeint habe. Und Sie haben das Wort, Herr Dr. Sensburg, Dammbreach genannt. Das lässt mich eine Frage beantworten, die an anderer Stelle auch noch gestellt wurde: Wir wissen aus dem Zusammenhang der Patientenverfügung, dass Patienten den Druck erleben. Wir haben das in einer wissenschaftlichen Untersuchung empirisch festgestellt, die gerade in der Publikation ist, die mehr Befragte als Antworter hat als die Pisa-studien, die Daten aus dem Rhein-Main-Gebiet sind deutlich valide. Und dort werden Sie feststellen, dass 50 Prozent der Betroffenen meinen, eine Patientenverfügung könnte missbraucht werden. Deswegen ist das genau das, was Menschen fürchten. Deswegen brauchen wir institutionelle Sicherheit, was den Vertrauensschutz der Ärzteschaft angeht. Dann wird behauptet, dass es eine Vertrauenssituation zu Ärzten schafft. Die Palliativmediziner sind gar nicht diejenigen, die das mit dem Suizidwunsch erleben, weil der Wunsch dadurch verschwindet. Das sagt die Mehrheit. Deswegen wundert es mich auch nicht, dass die Patienten eben gar nicht danach fragen. Das ist genau das Wesen der Palliativmedizin, dass sie diese Patientengruppe nicht sieht. Wir haben dann gehört, dass es einen gesellschaftlichen Trend zu Tötungshandlungen vermeiden könnte, wie das suggeriert in einem Brief an ein renommiertes Wissenschaftsjournal wird. Ich bitte Sie, Herr Abgeordneter Hüppe hat danach gefragt, zu beachten: Das war ein Letter to the Editor. Und wenn Sie bis zum Ende lesen, steht da drin, dass es eine Hypothese sei, der man



nachgehen sollte. Das ist kein wissenschaftlich gesicherter Befund, sondern der Dammbbruch zeigt sich darin, dass in den Niederlanden die Rate der assistierten Selbsttötung um 400 bis 500 Prozent gestiegen ist gegenüber der anderen Tötungsverhandlung auf Verlangen, dass sie in Belgien jetzt noch konstant geblieben ist, dass sie in der Schweiz um 400 bis 500 Prozent gestiegen ist, und zwar als Exzess über dem Bodensatz der sonstigen Suizidalität, die wir auch haben. Das sind die Fälle, die sich angeblich alle auf die Gleise werfen. Das heißt: Mit ärztlicher Suizidassistenten vermeiden Sie keinen Fall dieser gewalttätigen Suizide. Das ist sehr traurig. Insbesondere beweist Oregon, welches diese sehr hohe Suizidzahl hat, die die Menschen nicht den komplizierten Weg gehen, den Arzt fragen, sondern das Vorhandensein von Mitteln nutzen, die den Suizid erlauben. Das ist ein unabhängiger Risikofaktor. Das ist in der Suizidforschung bewiesen. Das sollte man wissen.

Der Abgeordnete Hakverdi hatte gefragt, ob es denn dann einen Unterschied mache, wenn man schon den Suizid begleiten sollte als Achtung der autonomen Entscheidung, wo der Unterschied zur Tötung auf Verlangen besteht. In der Tat, da besteht dann kein wesentlicher Unterschied mehr, wenn wir die Achtung der Selbstbestimmung zum alleinigen Kriterium erheben.

Herr Dr. Terpe, Sie hatten nach den Fallkonstellationen gefragt. Das ist nun etwas, was meine Studenten, ich unterrichte auch Theorie der Medizin, natürlich lernen: Wir sind als Ärzte immer in einem technischen Sinne Verstoßer gegen Rechtsvorschriften, auch manchmal gegen Tötungsdelikte. Da sind wir gerechtfertigt, indem wir einen Korridor ärztlicher Kunst einhalten und ich sagte Ihnen schon, wie viel Nebenwirkung normale ärztliche Handlungen zeigen, auch tödliche Nebenwirkungen. Auch der Rezeptblock, das sage ich ohne Zynismus. Wir mögen das nicht, wir wissen aber, dass es so ist. Und deswegen gibt es diesen Korridor ärztlicher Kunst, der auch die Geschäftsmäßigkeit erlaubt, eben die kunstfehlerhafte Verschreibung von Mitteln, der zu unterscheiden ist von anderen. Das ist sehr leicht möglich. Da hat unser Land auch eine große Rechtstradition und da vertrauen wir Ärzte drauf und deswegen gibt es auch keine Rechtsunsicherheit.

Die **Vorsitzende**: Danke. Dann folgt jetzt Frau Rissing-van Saan mit Fragen von Frau Griese und Frau Dr. Högl.

SVe **Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan**: Vielen Dank. Die Frage von Frau Griese ging dahin, ob durch den Vorschlag der Abgeordneten Brand, Griese und der weiteren Abgeordneten die Gefährdung für Ärzte und Pflegepersonal gesteigert wird. Das, was ich bisher hier an Wortbeiträgen gehört habe, veranlasst mich aus diesem Grunde noch einmal darauf hinzuweisen, dass man sehr sorgfältig unterscheiden soll zwischen Selbsttötung, Suizid, Behandlungsabbruch und indirekter Sterbehilfe und natürlich Tötung auf Verlangen. Wenn ich dem Wunsch eines kranken Menschen, der nicht mehr die fünfte Chemotherapie will, nachkomme, mit der Folge, dass er dann an seiner Krebserkrankung stirbt, dann stirbt er nicht aufgrund des Unterlassens durch den Arzt, denn er darf ihn nicht mehr behandeln, sondern er stirbt an seiner Krankheit. Bei demselben Patienten, der zu seinem Arzt sagt: „Ich will das alles nicht mehr, ich möchte, dass Sie mir jetzt eine Spritze mit einem tödlich wirkenden Medikament geben“, wäre das Tötung auf Verlangen. Absichtliches Verkürzen der Lebenszeit ist etwas anderes, als die Krankheit nicht mehr kurativ zu behandeln. Selbsttötung setzt voraus, dass der Patient selber noch Hand an sich legen kann oder zumindest die Herrschaft über das Geschehen noch in der Hand hat. Wenn der Arzt ihm das Glas mit der aufgelösten tödlich wirkenden Medizin hinstellt und er selber daraus trinkt, dann verkürzt er bewusst seine Lebenszeit, die aufgrund der Krankheit vielleicht noch drei oder vier oder sechs Wochen oder sechs Monate länger gedauert hätte. Er wäre sowieso gestorben, aber er verkürzt seine Lebenszeit. Und nur um diesen Suizid geht es in diesem Entwurf Brand/Griese. Schauen Sie einmal in den Gesetzestext: Das ist einfach unvermeidbar. Es muss nicht hier irgendetwas fantasiert werden von Beihilfe mit doppeltem Gehilfenvorsatz, sondern der § 217e schreibt in Abs. 1 „...Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern...“, also die Förderungsabsicht eines Suizides, „...diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt oder verschafft...“. Da geht es um den bedingte Vorsatz, zumindest was die Förderung des



Suizides betrifft, also nicht nur das Fördern irgendeiner Handlung durch Zurverfügungstellung von Medikamenten, sondern die Förderung des Suizides. Das ist zielgerichtet. Absicht ist eine zielgerichtete subjektive Einstellung zu dem, was geschieht. Und wenn in der Begründung steht, „...die Absicht des Täters muss sich im Übrigen lediglich auf die Förderung der Selbsttötung beziehen...“, so ist das absolut korrekt und geht konform mit dem Gesetzestext. Wenn dann hinten steht, bedingter Vorsatz reicht, soweit es um die Selbsttötung, also um den Erfolg der Selbsttötung geht, dass der Arzt oder derjenige, der dem Patienten das zur Verfügung stellt, damit rechnet, dass er tatsächlich auch eine Selbsttötung begeht, wenn er es nicht tut, schadet das nichts. Es geht um die Absicht. Das muss man im Hinterkopf behalten bzw. genau betrachten, wenn es um die verschiedenen Fallbeispiele geht. Wenn ich also einen Arzt habe, der Morphin verschreibt bzw. zur Verfügung stellt, um das Leiden des Patienten zu lindern, ist das keine Förderung des Suizid, sondern eine heilende oder leidenslindernde Handlung. Das müssten Sie bitte sehr sorgfältig unterscheiden. Und es wird auch immer wieder das Schreckgespenst der verfolgungswütigen Staatsanwaltschaft an die Wand gemalt. Es gibt auch für das Einschreiten der Staatsanwaltschaft gesetzliche Regeln, § 152 StPO. Danach sind zureichende tatsächliche Anhaltspunkte erforderlich, um überhaupt mal die Staatsanwaltschaft zu der Überlegung zu veranlassen, ob es hier um eine Straftat geht. Und die Staatsanwaltschaft ist verpflichtet, die sowohl objektive als auch subjektive Seite einer möglichen Straftat durchzuprüfen, ehe sie überhaupt ein Ermittlungsverfahren einleitet. Von daher sehe ich jedenfalls keine größere Gefahr, als sie heute schon existiert, wie Herr Thöns geschildert hat, nämlich weil er als ambulant tätiger Palliativmediziner mit den verzweifelt Angehörigen zu tun hat, die nicht wissen, wie sie mit dem schwerkranken Menschen, der nun nach Luft ringt und nicht mehr weiß, ob er leben oder sterben soll, wie sie mit diesem Verwandten umgehen müssen, und die dann möglicherweise die Polizei rufen oder den Notarzt, der nicht weiß, um wen es sich handelt. Das sind all die Fälle in der konkreten Realität, die aber mit dieser Konstellation überhaupt nichts zu tun haben. Ich sehe keine zusätzlichen Probleme, die es nicht

heute schon gibt, für Ärzte oder Pflegepersonal auf der Grundlage dieses Gesetzesvorschlages.

Die zweite Frage von Frau Dr. Högl bezog sich auf die Geschäftsmäßigkeit. Was ist Geschäftsmäßigkeit? Ist das unbestimmt und gefährdet den Bestand aus verfassungsrechtlicher Sicht einer solchen gesetzlichen Regelung? Ich sage ganz klar Nein. Das Strafrecht kennt vielfach unbestimmte Rechtsbegriffe, vor allen Dingen auch im Nebenstrafrecht. Und es ist feststehende verfassungsgerichtliche Rechtsprechung, dass das Strafrecht durchaus solche unbestimmten Rechtsbegriffe verwenden kann, die noch der Auslegung und der Anwendung, der Konkretisierung durch die Gerichte bedürfen. Aber um einen solchen unbestimmten Rechtsbegriff handelt es sich bei der Geschäftsmäßigkeit ja gar nicht. Es ist durchaus schon seit Reichsgerichtszeiten ein geläufiger Begriff. Und wenn man ihn auf die hier vorliegende Konstellation bezieht, dann könnte man vielleicht sagen: „Geschäftsmäßig handelt im Sinne des Abs. 1, wer eine auf Dauer oder Wiederholung angelegte Tätigkeit zur Förderung einer Selbsttötung durchführt“. Das könnte man ohne Weiteres im Gesetz selber definieren. Fazit: Geschäftsmäßigkeit ist ein bekannter Begriff, Unbestimmtheitsprobleme sehe ich nicht und im Übrigen sehe ich auch keine gesteigerte Strafverfolgungsgefährdung von Palliativ- oder in Hospizen tätigen Ärzten, wenn sie allein heilend und lindernd tätig werden.

Die Vorsitzende: Danke. Ich bitte einfach nochmal untereinander zu berücksichtigen: Wir haben Juristinnen, Juristen und Mediziner und Medizinerinnen eingeladen. Dass dann Mediziner nicht immer die richtigen Begriffe benutzen, also etwa „Ermittlungsverfahren“ oder „Prüfvorgang“ der Staatsanwaltschaft, wenn sie meinen, der Staatsanwalt wird aktiv, bitte ich nachzusehen. Jetzt hat Herr Professor Merkel das Wort mit einer großen Reihe Fragen, die sich vielleicht auch überschneiden, von Herrn Hintze, Frau Sitte, Frau Keul, Herrn Gehring, Herrn Hakverdi, Frau Schröder, Frau Wawzyniak und von mir.

SV Prof. Dr. Reinhard Merkel: Ich gebe mir Mühe. Ich erlaube mir jetzt, mit der Frage von Frau Abgeordnete Wawzyniak, anzufangen, weil die an etwas anknüpft, was Frau Rissing-van Saan eben gesagt hat, nämlich an die Frage: Was ist mit



diesem Absichtsmerkmal, das den Entwurf Brand/Griese kennzeichnet, mein Apothekerbeispiel werde doch gar nicht erfasst davon. Das hat Frau Rissing-van Saan, bei aller Wertschätzung, die wir nach längerer gemeinsamer Arbeit füreinander haben, ein wenig verwischt – Sie müssen mal in die Begründung des Entwurfs schauen, wo genau differenziert wird: Absicht muss nur vorliegen im Hinblick auf die fördernde Handlung. Keiner Absicht bedarf es im Hinblick auf den Suizidversuch, auf den Erfolg, dafür bedarf es, steht ausdrücklich drin, nur des *dolus eventualis*, nur des Eventualvorsatzes. Das ist zwar, das will ich gerne zugeben, in dem Gesetzentwurf selber unglücklich formuliert. Da steht nämlich, „...wer in der Absicht die Selbsttötung eines anderen fördert...“ Sie wollen eigentlich sagen: „Wer absichtlich die Selbsttötung eines anderen fördert“ – das wollen Sie sagen, dass sich die Absicht nur auf die Förderhandlung, nicht aber auf die Selbsttötung bezieht. Das steht in Ihrer Begründung. Jeder Ausleger eines Gesetzes zieht und muss die Begründung heranziehen, die der Gesetzgeber selber dafür gibt. Das heißt, das hohe Risiko besteht, dass meine Apothekerin in diesem Beispiel sich strafbar macht. Jetzt lassen Sie mich die anderen Dinge knapp beantworten. Aber das dürfen Sie mir glauben, dass ich mit diesen Dingen von Berufs wegen seit langen Jahren umgehe. Das dürfen Sie mir einfach glauben. Herr Hintze hat gefragt,

(Zwischenruf SVe Prof. Dr. Rissing-van Saan: Ich auch, Herr Merkel.)

SV Prof. Dr. Reinhard Merkel: Ja, Sie haben es schön elegant umschiffert, Frau Rissing-van Saan, da streiten wir uns nachher drüber.

Herr Hintze hat gefragt, welche rechtlichen Folgen für die Ärzte drohen. Im Alltag drohe eine Strafführung gegen die geschäftsmäßige Hilfe zum Suizid, die würde die Ärzte erfassen. Das ist wohl auch so gewollt und gemeint. Das wäre ein permanentes Damoklesschwert. Jetzt ziehe ich die Frage von Frau Keul mit heran, die sagt, was würde das etwa für das Beratungsgespräch bedeuten, wenn ein potentiell Suizidwilliger zum Arzt kommt und sagt: „Herr Doktor, helfen Sie mir“ und gegebenenfalls „...helfen Sie mir zum Suizid“. Wenn er damit rechnen muss, dass unter dem Gesichtspunkt des Legalitätsprinzips die

Staatsanwaltschaft verpflichtet ist, bei jedem hinreichenden Verdacht für diese Straftat nach § 217 StGB zu ermitteln, dann wird er irgendwann und werden alle, die solche Beratungsgespräche führen, zu ihrer eigenen Sicherheit dazu übergehen, zu sagen: „Lieber Herr Sowieso, liebe Frau Sowieso, ich helfe Ihnen gerne, aber das muss ich Ihnen sagen, wenn sie mir jetzt mit der Frage kommen: Helfen Sie mir gegebenenfalls auch am Ende zum Suizid? – Auf keinen Fall. Damit kriegt der Patient die Tür gewiesen mit diesem Anliegen. Das heißt, dass der Arzt ein erstes Gespräch führt, in dem er klarstellt: Suizidhilfe gibt es nicht, das ist strafbar für mich. Und dass der Patient, der sich aber durch das erste Gespräch von seinem Suizidwunsch nicht abbringen lässt, hinterher dann doch die Option nimmt, sich wie Wolfgang Herrndorf eine Kugel in den Kopf zu schießen, wie Fritz Raddatz in die Schweiz zu fahren oder vor die U-Bahn zu springen. Das ist ein permanentes, bedrohliches Damoklesschwert. Wir sollten das nicht tun, wir sollten es deswegen nicht, weil die Ärzte eingebunden werden sollten in die Suizidprävention, die mit der Beratung in einem solchen Gespräch verbunden wäre. Und das führt mich zu der Frage von Frau Dr. Sitte: Wie kann die Strafführung gegen gewerbsmäßige Suizidhilfe, die in ihrem Entwurf steht, so verstanden und ausgelegt werden, dass sie die Ärzte nicht erfasst, die regelmäßig Gebühren kriegen für das, was sie tun? Das ist eine genuin ärztliche Tätigkeit erstens und primär Suizidprävention. Hier kommt einer zum Arzt und sagt, Herr Doktor, ich will sterben, helfen Sie mir zum Tod. Und der Arzt sagt zu ihm, setzen Sie sich, lassen uns erstmal reden. Das ist das erste genuin Ärztliche, was er tut, was jemand, der dem Berufstypus eines Suizidhelfers unterfällt, erst einmal nicht tut, weil er schon gar nicht kompetent dafür ist. Im extremen Ausnahmefall am Ende, wenn alle suizidpräventiven Versuche des Arztes nichts nützen, hat er zweitens die genuin ärztliche Aufgabe, eine humane Form der Selbsttötung zu gewährleisten, dem Patienten zu helfen, wie das in der Schweiz bei Exit und Dignitas geschieht, und nicht zu sagen, nun sind wir am Ende. Sie wollen sich doch nicht abbringen lassen, Wiedersehen, jetzt gehen Sie nach Hause. Dann ist klar, was viele dieser Patienten tun werden. Deswegen entspricht



es nicht dem Bild der ärztlichen Hilfe, die eine genuin medizinische ist, und die am Ende gegebenenfalls die Hilfe zum Suizid einschließen muss. Stellen Sie sich mal vor, zur Illustration, Ärzte amputieren gelegentlich Gliedmaßen. Das tun sie aus medizinischen Gründen. Stellen Sie sich mal vor, es gäbe eine private Gesellschaft, die sagt: Es gibt ja diesen Defekt von Leuten, die sich gesunde Gliedmaßen amputieren lassen wollen. BIID heißt das abgekürzt, so eine Organisation würde sich bilden. Das wäre der Berufstypus der Arm- und Beinamputierer. Ein Arzt, der ein Arm oder ein Bein amputieren muss, unterfällt diesem Berufstypus nicht, deswegen auch nicht der hier verbotenen Gewerbsmäßigkeit. Im Übrigen kann man das mit einem angehängten Satz klarstellen, „Ärzte sind davon nicht erfasst.“, dann wäre das Problem ohnehin behoben.

Herr Gehring hat mich gefragt, wie das mit den Bedenken des Wissenschaftlichen Dienstes ist, ob der Wille des Gesetzgebers, der in einem solchen Gesetz zum Ausdruck käme, tatsächlich der Konterkariierung durch die Landesgesetzgeber preisgegeben werden dürfte, gar nicht zu reden von der verfassungswidrigen Konterkariierung durch die Ärzteverbände. Das ist wohl eindeutig verfassungswidrig, wie das Verwaltungsgericht Berlin mit Recht festgestellt hat. Aber, und Sie haben völlig Recht, Herr Gehring, auch der Landesgesetzgeber darf nicht sagen: So, du willst das, und ich unterlaufe den erkennbaren Zweck deines Gesetzes. Für das Unterlaufen habe ich die Landeskompetenz. Wenn das kein Annex-zusammenhang, kein Sachzusammenhang ist, der primär der Sicherung des Gesetzeszwecks dienen soll, dann weiß ich nicht, was ein Sachzusammenhang sein soll.

Frau Schröder hat mich gefragt, ob, wenn der viel beschworene Druck, der ausgeübt würde, tatsächlich eine reale empirische Gefahr wäre, der nicht längst auch die Patientenverfügung erfassen müsste. Ich kann nur sagen: So ist das. Das müsste längst zu beobachten sein, dass tückische erbillige Angehörige sagen: So, jetzt mal eine Patientenverfügung, Oma. Die muss ja keine Patientenverfügung haben, sie kann ja die weitere Behandlung untersagen oder den Sterbenden, Schwerstkranken unter Druck setzen, sich die weitere Behandlung zu verbitten. Ich möchte wissen, welches innere Menschenbild die Leute,

die das massenhaft befürchten, eigentlich mit sich tragen, alle anderen, außer man selber, lauerten eigentlich auf die Gelegenheit, die älteren Verwandten irgendwie aus dem Leben mitzubefördern. Es gibt empirisch nicht den geringsten Beleg dafür. Das muss ein Strafgesetzgeber heranziehen, dass es diese Belege nicht gibt, und es ist schon heute nach geltendem Recht mit strengen Strafen bedroht, diese Art Nötigung auszuüben, das eigene Leben zu beenden. Es ist tatsächlich nicht einleuchtend, dieses Argument mit dem Druck, der dann ausgeübt werden würde.

Ich glaube, ich habe jetzt nur noch Frau Künast auf meinem Zettel. Das kann ich auch kurz machen. Sie haben gesagt: Hier ist wieder auf allerlei Gefahren hingewiesen worden, psychologisch, es wird Druck ausgeübt, nicht im Einzelfall, nicht der Verwandte, aber der Exit-Angehörige, der übe dann Druck aus. Wir haben keine psychologischen Grundlagen dafür. Nichts spricht dafür, dass das plausibel ist. Im Gegenteil, wenn das etwa Ärzte machen würden, also geschäftsmäßig, sind die viel kompetenter als die Verwandten, die so etwas machen und dann beurteilen sollen, ob das freiverantwortlich ist oder nicht. Und vor diesem Hintergrund fragen Sie, Frau Künast, welchen Zweck das Strafrecht dann eigentlich verfolgen darf. Ich mache das knapp. Schon aus dem Vorspann, den ich jetzt gemacht habe, wird deutlich, dass das Strafrecht so hochgradig unplausible Ziele nicht als abstrakte Gefährdungsdelikte in die Landschaft setzen darf. Das darf es einfach nicht. Und mein Verdacht ist, dass viele von Ihnen, und das verstehe ich übrigens sehr gut, auch die Anhänger des Entwurfs Brand/Griese, das als öffentliches Ärgernis empfinden, dass es solche Organisationen gibt. Das kann man als öffentliches Ärgernis empfinden, darüber kann man auch streiten. Das Strafrecht ist nicht nur nicht das geeignete, es ist nicht das zulässige Mittel, so etwas zu bekämpfen. Das müssen Sie verwaltungsrechtlich an die Kandare und unter Kontrolle nehmen. Und Sie können es verwaltungsrechtlich viel besser kontrollieren, nämlich ex ante, als ex post zu sagen: So jetzt bekommst Du ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren und gegebenenfalls eine Strafverurteilung. Das Strafrecht darf das nicht. Vielen Dank.



Die **Vorsitzende**: Wo sind wir jetzt? Bei Herrn Huber! Herr Huber hat fünf Fragen von Herrn Brand, Frau Griese, Frau Scharfenberg, Herrn Hakverdi und Frau Vogler. Dies waren die Fragen an Sie, Herr Huber.

SV Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber: Ich erlaube mir, gleich die Frage von Herrn Brand und von Frau Scharfenberg zusammen zu beantworten. Die gingen in die vergleichbare Richtung mit unterschiedlichen Aspekten der zu befürchtenden gesellschaftlichen Wirkungen von der Zulassung von geschäftsmäßig organisierter Sterbeassistenz. Befürchtete zukünftige Wirkungen sind immer Möglichkeitsurteile. Jeder, der darüber redet, redet über Möglichkeiten. Keiner hat dafür im strengen Sinn empirische Nachweise. Auch die Analogieschlüsse aus anderen Ländern und anderen Kulturen sind nur von begrenzter Aussagekraft. Das muss man methodisch klarstellen und darf deswegen diese Zukunftserwartungen nicht als „Evidenzkeulen“ verwenden und sagen: Wenn du das nicht empirisch nachweisen kannst, dass das in Zukunft so laufen wird, hast du kein Recht dazu, eine bestimmte Vorsorge zu treffen. Unter diesem Vorbehalt macht mir nach der heutigen Debatte besonders Sorge, dass die Trennung zwischen durch psychische Erkrankungen verursachten Suizidwünschen und angeblich ohne solche Zusammenhänge entstehenden freiverantwortlich genannten Suizidwünschen zur herrschenden Lehre wird. Das ist in meiner Sprache zwar eine idealtypisch sinnvolle Trennung, weil jeweils ein konsistenter Typus gewählt wird. Aber es gibt keinen Zweifel: Wenn in dem Bereich, über den wir jetzt reden – nicht wegen eines wirtschaftlichen Bankrotts –, sondern wegen unheilbarer Krankheit, Menschen einen Suizidwunsch haben, würde jeder Psychosomatiker sagen: Natürlich gibt es eine Wechselwirkung zwischen der somatischen Krankheit und der psychischen Befindlichkeit dessen, der diesen Wunsch hat. Also ist der Ausdruck „freiverantwortlich“ nur mit der allergrößten Vorsicht zu verwenden. Auch für den sogenannten freiverantwortlichen Suizid gilt deshalb zunächst einmal die ärztliche Pflicht der Suizidprävention und der Suizidabwendung und nicht des Suizidangebots, geschweige denn der Suizidwerbung. Dass das unklar wird, ist eine meiner Hauptsorgen bei dem, was Dignitas und andere tun. Deswegen, meine Damen und Herren,

will ich das in Deutschland nicht haben. Ich möchte diese Art von Verführung hin zu einer solchen Akzeptanz von Suizid, als sei das der natürliche Lauf der Dinge, nicht. In Verbindung damit kommt es zu einer Verschiebung im Handlungsrepertoire der Ärzte. Auch die freiverantwortliche Entscheidung des Patienten in allen Fällen, in denen er entscheidet, ist das Resultat eines „Informed Consent“. Das heißt, der Arzt muss das als eine Möglichkeit seines Handlungsrepertoires anbieten, damit der Patient auch dies in seine möglichen Erwägungen, was er denn schließlich tun und wem er zustimmen will, einbeziehen kann. Die Selbstbestimmungsdebatte, die wir in diesem Zusammenhang haben, leidet insgesamt darunter, dass nicht klar genug gesehen wird, dass die Selbstbestimmung gerade in allen medizinisch relevanten Fragen das Resultat eines Kommunikationsprozesses ist. Das gilt auch sonst, aber hier gilt es erst recht. Von daher, aber das ist eine Perspektive auf künftige Entwicklungen, bin ich fest davon überzeugt, dass das einfache Gewährenlassen dieser Entwicklung nicht etwa zu einer Erleichterung, sondern zu einer Erschwerung der Suizidprävention führt. Das sagen auch viele Suizidforscher, von denen ich übrigens, Frau Schöne-Seifert, den Ausdruck des Bilanzsuizids als eine unproblematische Beschreibung eines bestimmten Suizidtyps niemals höre. In der Suizidforschung und in der Ethik ist die Vorstellung vom Bilanzsuizid mit höchst guten Gründen problematisiert; von der problematischen Vorgeschichte dieses Begriffs ganz abgesehen. Und schließlich: Ich fürchte nicht nur, dass insgesamt der Korridor für Suizidhandlungen dadurch breiter wird. Das hat Eberhard Schockenhoff schon beschrieben. Das brauche ich nicht zu wiederholen. In dem Maß, in dem zur Begründung der Zulassung allein auf die Selbstbestimmung des Patienten abgehoben wird, nivelliert sich der Unterschied zwischen dem ärztlich assistierten Suizid und der Tötung auf Verlangen. Der Hinweis auf die Schweiz und auf Oregon, dass es dort gelungen sei, die Tötung auf Verlangen auszuschließen, ist nicht zureichend. Sie müssen auch die Niederlande anschauen, wo beides erlaubt ist, und wir dreifach so viele Handlungen der Tötung auf Verlangen haben, als ärztlich assistierten Suizid, weil Menschen aus Gründen ihrer Selbstbestimmung lieber getötet werden als Hand an sich zu legen. Das ist einfach



so. Das ist das Spektrum, das ich zu dieser Frage nennen möchte. Es gibt mehr. Aber das sind die Probleme, auf die ich besonders aufmerksam machen wollte. Frau Griese hat nach der Unterscheidung zwischen geschäftsmäßiger und gewissenbestimmter Handlung gefragt. Jetzt wiederhole ich nicht als Laienjurist die juristischen Abgrenzungsprobleme, sondern behandle es aus ethischer Sicht. Es ist ethisch ein ganz klarer Unterschied, ob ich Suizidassistent mit der Wiederholungsabsicht anbiete, es nicht nur in anderen Fällen wieder zu tun, sondern die interessierte Öffentlichkeit sogar darüber informiert halte, dass ich bereit bin, es zu tun. Auf der anderen Seite gibt es die gewissenbestimmte Handlung des Arztes im Einzelfall angesichts einer konkreten Situation im Bewusstsein, dass er dabei moralisch und nicht juristisch auch ein Element der Schuldübernahme auf sich nimmt, weil er sagt: In diesem Fall kann ich nicht anders, als den Weg mit dem Patienten bis zum Ende mitzugehen. Es kommt in dieser Hinsicht nicht darauf an, dass er in einer zweiten anders gelagerten Situation noch einmal in dieselbe Situation käme und damit geschäftsmäßig, nämlich in Wiederholungsabsicht handeln würde, sondern dass er in einer anderen Situation noch einmal eine solche gewissenbestimmte Handlung führt. Im Vergleich mit dem, was ich vorhin zum Thema Suizid und den Abgrenzungsproblemen gesagt habe, finde ich in diesem Fall die Bestimmtheit dieser Unterscheidung, jedenfalls ethisch betrachtet, vollkommen klar. Ich würde mich wundern, wenn, falls es in der Begründung noch eine unklare Formulierung geben sollte, Juristen es nicht hinbekämen, diese unklare Formulierung klarzustellen. Dass es daran scheitern kann, will mir gar nicht einleuchten. Frau Vogler hat nach der Kommerzialisierung der Sterbehilfe und der „Ökonomie der Incentives“ gefragt. Wir haben insgesamt eine Verschiebung in der Ökonomie von einer bedarfsorientierten Ökonomie zu einer incentive-orientierten Ökonomie. Das heißt: Es werden Angebote nicht unter dem Gesichtspunkt gemacht, dass sie für den Menschen besonders dringlich, sondern dass sie ökonomisch besonders sinnvoll sind. Hier im Kreis wissen alle, dass davon auch das Gesundheitswesen höchst betroffen ist. Ich bin mit Eberhard Schockenhoff nur im Detail anderer Meinung. Dass 70 oder 80 Prozent der

Gesundheitskosten auf das letzte Lebensjahr kommen, liegt nicht nur daran, dass der Bedarf an Pharmaka, Bestrahlungen und dergleichen so hoch ist, sondern weil das eine Lebensphase ist, in der die betriebswirtschaftliche Kalkulation des Krankenhauses besonders fröhlich ist, da die Lage des Patienten so traurig ist. Das darf man nicht ausdehnen auf das Sterben der Menschen und einer Idee keinerlei Vorschub leisten, die besagt: Jetzt schaffen wir Anreize, dass es vielleicht doch angenehmer ist, durch Selbsttötung aus dem Leben zu scheiden, als auf dem Weg, der vorhin mit dem nötigen Maß an Sedierung geschildert worden ist, damit ein Mensch schmerzfrei sterben kann. Das ist der Zusammenhang, dessentwegen mir die Aufmerksamkeit auf dieses Thema so wichtig ist. Zum Schluss: Herr Hakverdi hat mir ein idealistisches Menschenbild unterstellt, weil ich zwischen der Verantwortung der Politik, der Verantwortung der Professionen und der Verantwortung der Einzelnen in der Gesellschaft, ganz unabhängig davon, ob der Politik, der Profession der Ärztinnen und Ärzte oder der Gesellschaft das eine gelingt oder das andere misslingt, unterschieden habe. In allen drei Bereichen gibt es auch viel Misslingen. Ich kann mir eine freiheitliche Gesellschaft ohne die Unterscheidung dieser drei Verantwortungsbereiche nicht vorstellen. Ich habe sie nur deswegen eingeführt, weil ich große Solidarität mit der Aufgabe empfinde, die Sie als Politikerinnen und Politiker haben, und einen kleinen Beitrag dazu leisten wollte, dass Sie mit dieser Verantwortung nicht überfordert sind, was ja bekanntlich doch auch für Sie eine gewisse Gefahr darstellt.

Die **Vorsitzende**: Danke, Herr Huber. Dann geht es weiter mit Herrn Professor Hillgruber, der hat drei Fragen, von Herrn Sensburg, Herrn Hüppe, Herrn Beyer.

SV **Prof. Dr. Christian Hillgruber**: Vielen Dank. Herr Sensburg, Sie haben mich gefragt, wie es sich mit der Abwägung zwischen der Handlungsfreiheit des potentiellen Suizidenten einerseits und der Menschenwürde und dem Lebensrecht andererseits verhält. Das gibt mir auch Gelegenheit, noch einmal klarzustellen, was aus meiner Sicht entscheidend ist, dass wir klar unterscheiden zwischen dem Suizid als solchem. Da besteht glaube ich Konsens, jedenfalls in



rechtlicher Hinsicht, dass es zur grundrechtlichen Freiheit des Einzelnen gehört, auch diese, wenn Sie so wollen, extreme definitiv letzte Handlung freiverantwortlich vorzunehmen. Davon zu unterscheiden ist aber die hier und heute zu thematisierende Suizidhilfe. Sie ist im Ausgangspunkt meines Erachtens schon anders zu bewerten. Jetzt beteiligt sich ein Dritter an diesem tödlichen Geschehen. Das verändert das verfassungsrechtliche Koordinatensystem. Hier ist die Behauptung aufgestellt worden, man müsse, sonst wäre das Selbstbestimmungsrecht faktisch blockiert, auch ein Recht haben, Hilfe Dritter zur Realisierung des eigenen Suizidwunsches zu haben. Verfassungsrechtlich und konventionsrechtlich ist längst klargelegt, ob die Lage in Kanada eine andere ist, weiß ich nicht und entzieht sich meiner Kenntnis, dass es einen solchen Anspruch auf Hilfe Dritter zur Realisierung eines eigenen Suizidwunsches nicht gibt. Das ist auch freiheitsgrundrechtlich nur konsequent. Selbstbestimmung muss notwendigerweise auf den eigenen Rechtskreis beschränkt sein. Ich kann nur über mich selbst, über meine eigenen Rechtsgüter, über das, was ich selbst tun oder unterlassen will, selbstbestimmt entscheiden, aber nicht darüber, was Dritte auch tun oder nicht tun dürfen. Hier hat der Staat jedenfalls alles Recht, regelnd und gegebenenfalls auch verbietend einzugreifen. Das muss man auseinanderhalten. Das Entscheidende ist eben, dass damit auch ein Perspektivenwechsel verbunden ist. Der einzelne Mensch kann für sich selbst die tragische Entscheidung treffen, zu sagen: Mein eigenes Leben ist aus meiner Sicht nicht mehr wert, weitergelebt zu werden. Aber es ist etwas ganz anderes, ob sich ein Dritter diese Einschätzung handlungsanleitend zu Eigen machen darf. Davon bin ich überzeugt, dass er das nicht tun darf. Herr Hüppe, Sie haben mich gefragt, wie es sich in dem von Ihnen genannten Beispielsfall eines Arztes verhalten würde, der wiederholt Suizidhilfe geleistet hat, und wie dieser Fall nach dem Entwurf Hintze/Reimann und anderen zu bewerten wäre. Die Antwort ist ganz einfach: Dieser Entwurf sieht gar keine Strafbarkeit vor – in keinem denkbaren Fall. Also bliebe der besagte Arzt straflos. Ja, und mehr noch: Wenn Sie sich diesen Gesetzentwurf einmal anschauen, dann ist das Auffälligste, dass er rechtsfolgenlos ist. Wenn Sie sich diesen

§ 1921a BGB durchlesen, werden Sie feststellen, dass dort zwar Anforderungen für die Zulässigkeit ärztlicher Suizidassistenten gestellt werden, aber es völlig unklar bleibt, was eigentlich passieren soll, wenn die nicht erfüllt sind. Nichts steht da drin und das ist kein Zufall. Es ist deshalb kein Zufall, weil die einzig sinnvolle Rechtsfolge eine des ärztlichen Berufsrechts wäre, auf die auch das ganze Unternehmen zielt, die aber hier nicht expressis verbis reingeschrieben werden darf, weil es dann noch offensichtlicher wäre, dass dieser Entwurf etwas will, wofür dem Bund die Gesetzgebungskompetenz fehlt. Dass es nicht um die Selbstbestimmung des Patienten geht, von der in § 1921 BGB in der Überschrift die Rede ist, wird schon daran deutlich, dass die Voraussetzungen, die hier genannt werden, selbstbestimmungsrechtlich überhaupt nicht begründbar sind. Selbstbestimmungsrechtlich muss ich auch in der Lage sein, mir das Leben zu nehmen, wenn gar keine tödliche Krankheit vorliegt. Aus irgendwelchen anderen Gründen könnte ich selbstbestimmungsrechtlich mir das Leben nehmen. Warum stehen die Voraussetzungen also darin? Weil allenfalls unter diesen Voraussetzungen, ich würde auch das noch anders sehen, ärztliche Suizidassistenten medizinisch vertretbar wäre. Das macht noch einmal deutlich, worum es eigentlich in diesem Entwurf geht. Ein letzter Punkt: Herr Beyer hat mich nach zwei Dingen gefragt. Einmal nach der Akzessorietät und dann nach Gewerbsmäßigkeit und Geschäftsmäßigkeit. Zur Akzessorietät: Die Strafrechtler heben mit Recht immer wieder hervor, dass diese strikte Akzessorietät von Teilnahme zur Haupttat prototypisch für das deutsche Strafrecht sei. Nur ist das verfassungsrechtlich nicht in Stein gemeißelt. Es ist nach dem Vorbild der österreichischen Lösung möglich, viele andere Länder praktizieren das auch, eine Beihilfehandlung tatbestandlich zu verselbständigen und dann unter Strafe zu stellen. Wir können uns darüber streiten, ob das rechtspolitisch sinnvoll ist oder nicht. Aber dass es allemal möglich ist, verfassungsrechtlich betrachtet, steht jedenfalls außer Streit. Was die Frage der hinreichenden Bestimmtheit von Gewerbsmäßigkeit und Geschäftsmäßigkeit angeht, will ich hier keine Verzögerungen bewirken, weil das, was Frau Rissing-van Saan dazu gesagt hat, auch von mir geteilt wird. Ich



habe insoweit nicht die Bedenken, die der Wissenschaftliche Dienst geäußert hat. Das ist nicht der Punkt. Sondern mein Punkt ist der, dass ich der Auffassung bin, dass es in der Sache keine hinreichende Rechtfertigung gibt, es darauf zu beschränken. Ich nehme das Beispiel der Gewerbsmäßigkeit. Warum soll es denn anstößig sein, vorausgesetzt man betrachtet die Suizidassistenten überhaupt als erlaubt, wenn der Arzt diese Suizidassistenten sich angemessen honorieren lässt, wenn er eine ordentliche ärztliche Dienstleistung erbringt? Wir reden ja nicht über Wuchertatbestände. Das ist mein Punkt. Das eigentlich Anstößige, woran jedenfalls Sie, Herr Sensburg, und ich auch Anstoß nehmen, ist doch die Suizidhilfe als solche. Dann kommen Momente hinzu, die die Sache noch anstößiger machen. Stichworte: Wiederholung, Geschäftsmäßigkeit, Kommerzialisierung. Aber das ist nicht der Ausgangspunkt. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Danke. Jetzt kommt als nächstes Herr Professor Hilgendorf mit jeder Menge Fragen, von Herrn Hintze, Frau Sitte, Frau Keul, Herrn Lauterbach, Herrn Gehring, Frau Schröder, Frau Barley, Herrn Franke, Herrn Brunner und von mir. Das schaffen Sie nicht in acht Minuten. Das wissen wir.

SV Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf: Vielen Dank. Ich bin Fragenkönig. Das macht mich stolz, aber auch ein bisschen nervös. Ich hoffe, dass ich keine Frage vergesse und auch mit der erforderlichen Differenziertheit antworte. Ich will die erste Frage von Herrn Hintze, die mir besonders wichtig erscheint, etwas ausführlicher behandeln. Die anderen möchte ich recht kurz beantworten. Kurz nur deshalb, weil die Zeit drängt, nicht weil mir der Respekt fehlt und ich nicht das Bedürfnis verspüre, viel ausführlicher zu antworten. Die erste Frage ging dahin: Was könnten die rechtlichen Folgen einer Bestrafungsregelung sein, wie sie hier geplant ist? Da stimme ich völlig mit Herrn Merkel überein. Die Folgen könnten dramatisch sein, weil über die Ärzteschaft ein Damoklesschwert gehängt wird. Hier wird ein Graubereich von möglicher Strafbarkeit errichtet. Das sehe nicht nur ich so, das sehen auch 150 Strafrechtswissenschaftler in ganz Deutschland so. Wenn man sieht, dass es 44 Fakultäten gibt und im Schnitt vielleicht drei oder vielleicht vier Professoren dort tätig sind und

vielleicht noch ein Habilitand, kann man sagen, dass weit über zwei Drittel, vielleicht drei Viertel, das muss man mal prüfen, dieser Ansicht folgen. Dies erfolgt ganz unabhängig von der weltanschaulichen Positionierung. Das hat auch mit der religiösen Positionierung zu tun. Einige wenige stimmen mit dem nicht überein, zum Beispiel Frau Kollegin Rissing-van Saan. Sie ist eine der bekanntesten, wichtigsten BGH-Richterinnen, die in ihrer großen Karriere diese Fragen ethisch reflektiert und juristisch hoch elaboriert im liberalen Sinn vorangebracht haben. Es ist nur leider so, dass die anderen Staatsanwälte und Richter so nicht entscheiden werden. Das sind Leute, die nach dem Gesetz vorgehen und schauen, was da drin steht und ob eine Strafbarkeit möglich ist. Wenn ja, ziehen die das durch. Da wird nicht reflektiert. Die haben nicht das Niveau einer Spitzenklasse-BGH-Richterin. Wenn Frau Rissing-van Saan entscheiden würde, hätte ich gar keine Bedenken. Aber es ist der Würzburger Staatsanwalt, der Berufsanfänger, der sagt: Hier muss ich verfolgen. Dann verfolgt er, ohne zu reflektieren. Das sollte man bedenken. Sie haben vielleicht auch aus den Bemerkungen von Frau Rissing-van Saan gehört: Diese Fragen mit dem doppelten Gehilfenvorsatz, mit der Beihilfe durch Unterlassen, sind höchst subtil. Das kann man so sehen, das kann man auch anders sehen. Da könnte ich jetzt eine halbe Stunde etwas dazu sagen. Natürlich gibt es eine Beihilfe durch Unterlassen. Wenn jemand in einen Fluss fällt und ich helfe nicht und er ertrinkt, dann töte ich durch Unterlassen. Es tötet nicht der Fluss. Wenn jemand an einer Krankheit stirbt und ich helfe ihm nicht, dann tötet nicht die Krankheit, sondern ich durch mein Nichthelfen. Das kann man auch auf Unterlassungsfragen spiegeln. Beihilfefragen lasse ich jetzt mal Beiseite. Aber das ist alles so komplex, dass die Fragen unsicher sind. Sie sind ungeklärt. Wir brechen hier mit einer hundertfünfzigjährigen Tradition der Strafgerichtsbarkeit in Deutschland. Das schafft nochmal zusätzlich Unsicherheit. Da gehen die Staatsanwälte auf Nummer sicher und verfolgen. Das müssen sie sogar. Bei Unsicherheit müssen sie verfolgen. Etwa bei dem Fall, den Herr Kollege Sitte genannt hat, war das eine terminale Sedierung: indirekte Sterbehilfe.

(Zwischenruf: palliative...)



SV Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf: Palliative Sedierung: Wenn Sie da minderschwer vorgehen und dem Sterbenden am Schluss noch die eigene Entscheidung erlauben würden, hätten Sie eine Beihilfe begangen. Dann tötet der sich selbst: Suizid. Sie helfen dabei und dann sind Sie strafbar. Wenn Sie das öfter machen, sind Sie nach beiden Straftatwüfen hier strafbar. Das muss man einfach sehen. Das ist ein ganz großes Problem. Jetzt komme ich zu den anderen Fragen. Die beantworte ich dann etwas kürzer und schaue auch immer ängstlich auf die Uhr. Ist dieses Problem mit der Gewerbsmäßigkeit auch eine Gefahr für die Ärzte? Meines Erachtens ja! Die handeln nicht gewerblich, weil das Freiberufler sind, aber die können gewerbsmäßig, also nach Art eines Gewerbes handeln. Das hat Herr Hillgruber völlig zu Recht gesagt. Die schaffen sich eine Einnahmequelle aus einer regelmäßigen Tätigkeit. Das ist per se auch nicht anstößig. Gewerbsmäßigkeit droht den Ärzten. Eine strafrechtliche Regelung, und das sehen auch die meisten Kollegen so, die nur auf Gewerbsmäßigkeit abstellt, ist zu gefährlich, um sie ins Gesetz hineinzubringen. Das sollte man nicht tun. Da gibt es mehr Ausweichmöglichkeiten für Juristen, aber trotzdem meine ich: Staatsanwälte könnten versucht sein, hier zu ermitteln. Es geht nicht nur um die Staatsanwälte. Es geht auch um das, was in den Köpfen der Mediziner stattfindet. Die sind dann noch stärker verunsichert als die Staatsanwälte. Die machen sich sorgen, dass jemand ermitteln könnte und nicht jeder hat das Rückgrat von Herrn Thöns angesichts der Möglichkeit, dass die Staatsanwaltschaft an die Tür klopft, weiterzuarbeiten. Die dritte Frage: Wie sieht es mit dieser sicher problematischen Doppelperspektive für die Ärzte aus? Werden nach dem Entwurf von Herrn Hintze die Möglichkeiten eingeschränkt? Bei Privatpersonen bleibt es erlaubt. Das ist in der Tat ein Problem. Wenn bekannt wäre, dass die Ärzteschaft in Extremfällen, es sind ja nur einige Fälle, Hilfe leisten dürften, werden diese Sterbehilfevereine ausgetrocknet. Dass deren Tätigkeit extrem problematisch ist, wird jeder zugeben. Auch da gibt es Abstufungen. Einige sind völlig unerträglich und einige sind noch einigermaßen akzeptabel. Aber irgendwie hat man ein schlechtes Gefühl dabei. Herr Huber erwähnte Dignitas. An die können wir gar nicht ran, weil

die im Ausland tätig sind. Wenn man hier das Ventil schließt, geht die ganze Welle in die Schweiz hinein und wird sich dort unter Bedingungen suizidieren lassen, die wir absolut kritisieren würden. Das Problem dieser Zweispurigkeit sehe ich auch. Aber ich bin der Meinung, dass man durch eine maßvolle, kontrollierte, transparente Suizidhilfe durch Ärzte in Deutschland den Sterbehilfevereinen das Wasser abgraben könnte, weil jeder vernünftige Patient bei seinem Arzt bleibt. Der geht dann nicht zu irgendwelchen Leuten, die er gar nicht kennt. Eine Frage von Frau Keul: Was würde eine Strafbarkeit nach § 217 StGB für Beratungstätigkeiten bedeuten? Das ist ein ganz wichtiges Problem, das bisher noch nicht hinreichend thematisiert wurde. Es gibt auch so etwas wie psychische Beihilfe. Psychische Beihilfe begeht der, der jemanden bestärkt oder irgendwie in seinem Tatentschluss sicherer macht. Es könnte sein, dass jemand, der Suizidberatung durchführt, Angst haben muss, wegen psychischer Beihilfe belangt zu werden, wenn er nicht permanent abwehrend kritisch die Leute von einem potentiellen Suizid abbringen will. Dass zu so einem Suizidberater niemand mehr gehen würde, ist glaube ich klar. Die gehen dann alle zu jemand anderen. Ich bin kein Berater. Aber man muss sich sicher auf die Menschen einstellen und mit denen positiv interagieren. Wenn man immer Angst haben muss, dass man jetzt bestraft wird, kann man das gar nicht. Und nur als Nebenbemerkung: Der Suizidberater, der nur Suizidberatungen durchführt, handelt dann natürlich geschäftsmäßig. Daran schließt sich auch eng die Bemerkung an Herrn Lauterbach an. Der Hinweis auf die 10.000 Suizidfälle: Das dürften dann noch mehr werden. Da wird Suizidberatung wirklich problematisch. Das scheint mir auch verfassungsrechtlich, ohne dass ich mich da jetzt als der große Experte ausgeben dürfte, sehr problematisch zu sein. Der Staat hat einen Schutzauftrag für Kranke. Er kann nicht einfach Strafrechtsregelungen schaffen, die dann de facto dazu führen, dass Suizidberatung nicht mehr ernsthaft stattfinden kann. Herr Gehring hat mich auf eine Passage in meinem längeren Statement hingewiesen, wo ich von einer Verringerung von Regelungsintensität im Hintze-Entwurf spreche und andeute, dass das möglicherweise die verfassungsrechtlichen Bedenken ausräumen



könnte. Ich habe, glaube ich, nicht geschrieben, dass es definitiv ausgeschlossen wäre. Beim Verfassungsgericht ist gar nichts definitiv ausgeschlossen – anders als bei Strafgerichten. Die können wir einigermaßen berechnen. Das Bundesverfassungsgericht ist sehr unberechenbar – jedenfalls für einfache Strafruristen wie mich. Ich würde nie sagen: Da wird etwas definitiv ausgeräumt. Aber ich bin der Meinung, man könnte durch gewisse Abschwächungen erreichen, dass die Chancen, dass das verfassungsgemäß ist, größer werden. Ich bin jetzt schon der Ansicht, dass es verfassungsgemäß sein könnte. Noch besser wäre es, wenn die Ärzteschaft ohne den Druck durch das BGB ihr Standesrecht angleichen würde. Das ist das Ziel. Das wäre die ideale Lösung. Die Bemerkung von Frau Schröder zum Problem der Geschäftsmäßigkeit – sie hat das Zitat vorgelesen: „Geschäftsmäßig handelt, wer eine auf Fortsetzung angelegte Tätigkeit durchführt.“ Geschäftsmäßig kann schon derjenige handeln, der eine solche Tätigkeit beginnt, wenn die Intention im Raum steht, dass diese Tätigkeit fortgeführt wird. Das gilt für einen Palliativmediziner oder Hospizmediziner immer. Ein einfacher Mediziner könnte sagen, das ist ein Einzelfall. Ich mache das nur einmal. Der Hospizmediziner wird immer wieder mit solchen Fällen zu tun haben, gerade weil er Hospizmediziner ist. Die kommen alle zu ihm. Deswegen ist das eine Einzeltätigkeit, die aber natürlich auf Verlängerung hin angelegt ist. Ich sehe da kein durchschlagendes Gegenargument, selbst wenn es welche gäbe. Die Staatsanwaltschaften müssten erstmal die Sachfragen klären. Der Staatsanwalt denkt so: Das ist unklar. Viele sagen: Hier droht ein Strafbarkeitsrisiko. Das muss ich durch Gerichte klären lassen. Dann geht es von der Staatsanwaltschaft zu den Erstinstanzgerichten. Dann geht es weiter hoch. Irgendwann sind wir beim BGH. Bei Kollegen von Frau Rissing-van Saan wird das wahrscheinlich vernünftig geglättet. Bis es soweit ist, können zehn Jahre vergehen. Bis dahin ist die Palliativmedizin in Deutschland tot und alle gehen nach Zürich in die Schweiz. Ich übertreibe ein bisschen. Aber man muss das auch deutlich aussprechen dürfen. Strafrecht ist das falsche Mittel. Das wurde da drüben gesagt. Das ist genau meine Position. Die Ärzte sollten es idealerweise selber regeln. Das ist

auch meine Position. Das Problem ist auch erst richtig hochgekommen, als die Ärzteschaft versucht hat, hier die Schotten dicht zu machen. Dadurch ist das Problem entstanden. Wenn die Ärzte in Deutschland vernünftig im Sterben helfen würden und keine Angst davor haben müssen, dass sie auch mal eine Lebensverkürzung in Form von Täterschaft oder von Beihilfe durchführen, braucht man gar keine Regelung. Das Problem ist in gewisser Weise durch die Ärzte generiert. Ganz zum Schluss: Ich weiß nicht, ob die Frage sich an mich richtete. Die Abgrenzung von erlaubter Selbsttötung und nicht erlaubter Fremdtötung kann ich nicht aufzeigen. Aber der Unterschied ist klar. Die Selbsttötung ist nicht tatbestandsmäßig, die Fremdtötung ist tatbestandsmäßig. Man kann durchaus auch Fälle auffinden, in denen jemand, der psychisch labil ist, gedrängt wird, sich zu suizidieren. Das wäre dann eine Tötung in mittelbarer Täterschaft mit dem Opfer als Täter gegen sich selbst. Das droht jetzt Herrn Kusch zu Recht. Er wird vielleicht verurteilt. Das zeigt: Das Strafrecht hat durchaus die Möglichkeit problematische Formen zu erfassen. Ihre Frage mit der Kompetenz ist eigentlich eine öffentlich-rechtliche Frage. Ich bin der Meinung, dass die Kompetenz hier gegeben sein könnte. Ich würde aber lieber Herrn Hillgruber, wenn er schon direkt neben mir sitzt, oder noch besser Herrn Herdegen, der auch neben mir sitzt, die beide Spitzenvertreter ihrer Disziplin sind, diese Frage überlassen, weil ich schon sehr viel gesprochen habe. Ich würde vielleicht ganz kurz die letzte Frage noch zu beantworten versuchen: Darf der Staat Kriterien im Kontext Leben und Tod vorgeben? Natürlich! Das hat er getan. Der Staat darf nur seine Kompetenz nicht überschreiten, aber Kriterien darf er im Sinne einer Klärung vorgeben. Ich möchte mit einem Zitat von Herrn Huber und Montaigne schließen. Herr Huber hat am Anfang gesagt: Wenn es nicht notwendig ist, ein Gesetz zu erlassen, ist es notwendig, kein Gesetz zu erlassen. Ich will das jetzt noch übersteigern. Wenn ein Gesetz nicht nur nicht notwendig, sondern sogar potentiell schädlich und gefährlich ist, dann darf das Gesetz nicht erlassen werden. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Kommen wir zur Rechtsfortbildung. Jetzt hat Herr Professor Augsberg das



letzte Wort in der Beantwortung. Dann zu einem Fünf-Minuten-Einstieg Herr Herdegen. Bitte.

SV Prof. Dr. Steffen Augsberg: Vielen Dank. Ich bin ausgesprochen glücklich, dass ich jetzt dem Zufall des Namens geschuldet am Schluss drankomme, weil ich glaube, dass es neben der Beantwortung der Fragen auch Veranlassung gibt, einiges ein bisschen geradezurücken, was hier behauptet worden ist und was bestenfalls einer sehr subjektiven Sicht geschuldet ist – sagen wir es mal vorsichtig. Herr Brand hat am Anfang die Frage aufgeworfen, wie das ist mit der schleichenden Aufweichung der Selbstbestimmung und den Konsequenzen, die sich aus den aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben, ist. Ich glaube, wir sind in einer schleichenden Normalisierung mittendrin. Das erkennen wir schon an der Bezeichnung der heutigen Sitzung mit der Bezeichnung: Sterbebegleitung. Ich weiß nicht, wer dafür verantwortlich ist. Das ist eine perverse Verniedlichung dessen, worum es hier geht. Es ist keine Sterbebegleitung. Es geht darum, dass sich Menschen selbst töten und dass dabei geholfen wird. Das ist eben gerade nicht begleitend, sondern etwas viel Gewaltsameres. Wie man das dann einordnet, darüber kann man sich streiten. Aber die Sterbebegleitung stelle ich mir doch etwas anders vor. Wenn wir uns auf so eine Normalisierungslogik einlassen, und das ist in unterschiedlichem Maße bereits jetzt zu beobachten, ...

(Zwischenruf)

SV Prof. Dr. Steffen Augsberg: Es ist ein Punkt, der deutlich wird: Wenn Sie meinen, dass das Sterbebegleitung ist, dann haben wir eben an der Stelle ein sehr anderes Begriffsverständnis. Ich finde es zynisch, das so zu nennen.

Die **Vorsitzende:** Zynisch, aber vergessen Sie nicht, die Fragen zu beantworten.

SV Prof. Dr. Steffen Augsberg: Die Frage bezieht sich auf die Normalisierung. Da würde ich einfach sagen: Das ist schlicht so, dass in dem Moment, in dem es als Dienstleistung etabliert wird, weil es hingenommen wird, weil es nicht bestraft wird oder weil es sogar explizit geregelt wird, ein gewisser Druck auf einer individuellen Ebene im Arzt-Patienten-Verhältnis entsteht, dass es vom Arzt angeboten werden muss, weil die Patienten

danach fragen. Das muss andererseits vom Patienten aber auch als Therapieoption gesehen werden. Insoweit finde ich das schon auf der Ebene problematisch. Ich sehe im Übrigen auch einen problematischen Druck auf der kollektiven Ebene des Gesellschaftssystems. Wir haben die Kosten im GKV-System angesprochen. Es gibt aus den USA mittlerweile noch eher im Planungs- oder im Überlegungszustand befindliche Konstellationen zu sagen: Können wir nicht eine Krankenversicherung schaffen, „Glorious Sunsets“, wo wir entsprechende Optionen schaffen? Entweder lässt du es dir auszahlen und kannst noch einmal deine Enkel besuchen fahren oder du schöpfst eben alles aus. Ich halte das für eine unglückliche Situation. Ich glaube, dass diese Form von erlaubter oder jedenfalls nicht verbotener Selbsttötung und entsprechender Assistenz dazu auf geschäftsmäßiger Grundlage dazu beitragen kann. Ich glaube auch, dass man sehr aufpassen muss, mit wem man sich da gemein macht. Die Konstellation, das Zitat, welches Herr Merkel angebracht hat, von Ronald Dworkin, deutet ein bisschen das Problem an, was in vielerlei Hinsicht bei den Strafrechtlern besteht: Die Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen bleibt unklar. Bei Frau Schöne-Seifert taucht sie auch überhaupt nicht auf. Mir ist auch in der Sache nach wie vor unklar, wie Sie das inhaltlich begründen wollen. Wenn Sie wie Herr Hintze meinen, die Selbstbestimmung könne man positiv festlegen, dann müssen Sie den § 216 StGB auch abschaffen. Da beißt die Maus keinen Faden ab. Ronald Dworkin bezieht sich auf Euthanasie – was wir als Tötung auf Verlangen bezeichnen würden. Der Vergleich zu Oregon und Kanada geht auch schon deshalb völlig in die falsche Richtung, weil dort die Sensburgsche Lösung bislang Gesetz war. Nur diese Strafbarkeit jeglichen Suizids wird an der Stelle etwas aufgeweicht. Herr Merkel hatte auch gesagt: Wir können das Ganze verwaltungsrechtlich regeln. Das ist genau die Normalisierung. Wenn wir erstmal staatliche Kontrollstellen haben, die sagen: Ihr seid eine gute Sterbehilfeorganisation, ihr seid eine schlechte Sterbehilfeorganisation, dann sind wir auch noch mitverantwortlich dafür. Da müssen wir aus meiner Sicht um Gottes Willen die Finger davon lassen. Zweiter Punkt – zur Gesetzgebungszuständigkeit. Es besteht, glaube ich, kein Zweifel daran, dass eine explizite



Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes nicht besteht. Deshalb geht die Debatte auch darum, ob es möglicherweise über den Sachzusammenhang zu regeln ist. Herr Merkel hat gesagt: Dann weiß ich auch nicht, was Sachzusammenhang ist. Meine Antwort darauf wäre: So scheint es zu sein. Sie haben gesagt, es geht beim Sachzusammenhang darum, dass man nicht auf Landesebene etwas unmöglich machen kann. Das ist ständig so. Jede Zuständigkeitsregelung des Landes....

Die **Vorsitzende**: Denken Sie nur zwischendurch daran, Sie müssen die Fragen beantworten. Ich freue mich immer, wenn Sie untereinander kommunizieren. Sie haben fünf Fragen, die Sie auch beantworten müssen.

SV Prof. Dr. Steffen Augsberg: Nein, das ist die Frage zur Gesetzgebungskompetenz. Ich will darauf hinweisen: Wenn wir sagen, ein Sachzusammenhang besteht immer dann, wenn es Interferenzen gibt, und dann dürfen die Länder keine Zuständigkeitsregelungen mehr treffen, weil damit der Vollzug von Bundesregelungen erschwert werden kann, dann macht der Bund letztlich alles. Es ist völlig richtig von Herrn Hillgruber darauf hingewiesen worden. So ist es nicht mehr. So ist es erst recht nicht mehr nach der Föderalismusreform. Der Sachzusammenhang ist nur ganz, ganz vorsichtig zu genießen. Das hat das Bundesverfassungsgericht jüngst ausführlich nochmal dargestellt. Dann kommt eine Frage, die von Frau Vogler und Herrn Terpe nach der Geschäftsmäßigkeit und wie man damit umgeht gestellt worden ist. Das sehe ich relativ entspannt. Schon deshalb, weil die Unbestimmtheit, die in dem Wissenschaftlichen-Dienst-Gutachten vorgeworfen wird, wenn Sie genau hinsehen, letztlich darauf beruht, dass der Wissenschaftliche Dienst offensichtlich den Gesetzentwurf nicht genau genug gelesen hat. Er kritisiert nicht, dass der Begriff der Geschäftsmäßigkeit zu unbestimmt sei, sondern dass nicht klar sei, ob die Ärzte nicht darunterfallen. Nach dem Gesetzentwurf liegt gerade keine Privilegierung und keine Diskriminierung der Ärzte vor. Die Ärzte fallen voll darunter, wenn sie den allgemeinen Begriff der Geschäftsmäßigkeit erfüllen. Das ist gewollt. Das ist auch richtig so, dass man nicht eine bestimmte Berufsgruppe herausgreift, sondern sagt: Das ist eine umfassende Regelung. Insofern gibt es an dieser Stelle keine Unbestimmtheit. Im Übrigen

bin ich sehr optimistisch, dass die Strafgerichte und auch die Staatsanwälte und Strafrichter, die nicht die Qualität von Frau Rissing-van Saan haben, damit umgehen können. Da habe ich keine Probleme. Es geht bei der Geschäftsmäßigkeit, nur um nochmal die Teleologie zu verstehen, darum, dass dieser Entwurf es so formuliert, dass die Wiederholung, das nachhaltige „es wieder machen zu wollen“, die Interessenlage verändert, weil derjenige, der diese Assistenz anbietet, jetzt ein Eigeninteresse daran gewinnt und sagt: Ich möchte das nochmal machen. Das führt dazu, dass ich sage: Es muss eben dann auch erfolgreich durchgeführt werden. Das ist keine Suizidprävention im Sinne dessen, dass ich das nicht möchte. Dann biete ich das doch gar nicht an. Die Suizidhelfer, wie sie uns vorschweben, sind doch nicht die Leute, die sagen: Ich will um Gottes Willen verhindern, dass es dazu kommt. Die leben davon. Das ist ihr Geschäftsmodell. Insofern ist es überaus problematisch, irgendwie eine Unbestimmtheit zu konstatieren oder auch zu sagen: Die Suizidberatung fällt immer schon mit rein. Es steht explizit in dem Gesetzentwurf, dass diese kommunikativen Handlungen nicht erfasst sind. Das scheint mir auch eher eine bewusste Verunsicherung zu sein. Letzter Punkt, letzte Frage: Sie kommt von Herrn Frieser und bezieht sich auf die Frage der Kataloge, die in dem Hintze-Entwurf stehen. Da haben Sie, Frau Künast, den Hinweis auf das Transplantationsgesetz (TPG) und die Hirntodfeststellung gegeben. Sie haben auch völlig zu Recht gesagt, dass das überaus problematisch ist. Es gibt viel näherliegend, finde ich, im TPG auch noch die Konstellation der Freiwilligkeit bei der Lebendspende. Wenn man Vergleiche zieht, liegen diese Lebendspendekommissionen irgendwie näher. Aber auch die sind hochproblematisch. Was wir hier erleben und was ich an dieser Regelung kritisieren würde, ist doch, dass man, das hat Herr Hillgruber gesagt, Regelungen heranzieht, die mit Autonomie und Selbstbestimmung relativ wenig zu tun haben, die allenfalls einen mittelbaren Bezug haben, und dann meint, auf dieser Basis könne man das positiv feststellen. Ich habe anfangs schon gesagt und ich wiederhole das: Mir ist unklar, warum dann nicht auch die Tötung auf Verlangen erlaubt ist. Das ist eine Frage, die im Raum steht, die die Strafrechtler nicht beantworten und die aus



meiner Sicht der Gesetzentwurf sowieso nicht thematisiert. Das muss man doch wenigstens erklären können. Entweder sehe ich eine Gefährdung der autonomen Entscheidungsbildung. Dann muss ich dagegen vorgehen. Oder ich meine, ich kann mit einem positiven Instrumentarium, wie dort vorgesehen, dieser Prozeduralisierungsstrategie entgegenwirken. Dann kann es doch nicht daran hängen, ob ich das Gift selber im Becher schlucke oder ob mir der Arzt die Spritze setzt. Das ist eine subtile Unterscheidung, die, Herr Hillgruber hat darauf hingewiesen, für das Verfassungsrecht nicht überzeugend ist und die auch in der Bevölkerung nicht geteilt wird. Den Appell an die Millionen Wähler, den Frau Schöne-Seifert zwischenzeitlich mehrfach getätigt hat, verstehen diese nicht. Ich glaube, sie verstehen es an der Stelle zu Recht nicht, weil der Unterschied zwischen der Tatherrschaft so subtil, so differenziert, so kompliziert ist, dass man sich eigentlich schon entscheiden muss: Mache ich das eine oder mache ich das andere. Ich glaube eben, dass es nicht funktioniert, diese Prozeduralisierungsstrategie durchzuführen. Ich bin auch fest davon überzeugt, dass das verfassungsrechtlich keinen Bestand hat. Schon deshalb nicht, das hat Herr Frieser direkt angesprochen, weil dort diese merkwürdige Differenzierung steht, dass das nur denen erlaubt sein soll, die irgendwie tödlich erkrankt sind. Das erinnert so ein bisschen an das, was Herr Taupitz, Herr Borasio und andere mal vorgelegt haben. Die haben dann in der Pressekonferenz gesagt: Drei Jahre vorher geht das. Da sehen wir, in was für faktischen Unsicherheiten wir uns hier bewegen. Aber ich glaube, dass es auch normativ untersagt ist. Ich glaube, dass wir es hier mit einem ganz banalen Verfassungsgrundsatz zu tun haben: der sogenannten Lebenswertindifferenz. Es gibt kein Leben, das weniger wert ist oder mehr wert ist als anderes. Wenn wir an dieser Stelle anfangen zu sagen: Am Ende des Lebens können wir mal Fünfe gerade sein lassen, ist das ein schlimmes, ein ganz schlimmes Signal, welches wir damit in die Gesellschaft senden. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Jetzt sind wir mit der Runde durch. Ich bitte jetzt mal nachzusehen. Sie haben faktisch Fragen an uns zurückgegeben, die wir hier aber gar nicht beantworten können. Nicht, weil wir nicht Manns und Frau genug wären, sie zu beantworten, sondern weil das eine Anhörung

ist, in der nicht wir zum Beispiel die Frage beantworten, wo für uns rechtlich oder ethisch der Unterschied zur Beihilfe oder zur aktiven Sterbehilfe ist. Ich glaube, der wird hier fast hundertprozentig gleichermaßen von allen Antragstellern, Gruppen und Fraktionen gesehen. Jetzt haben wir ein kleines Zwischenspiel von Herrn Professor Herdegen, der heute in Karlsruhe beim Bundesverfassungsgericht war und alles getan hat, um hierher zu kommen. Er hat jetzt seinen Einleitungsbeitrag. Dann geht die zweite Runde mit dem Schwerpunkt zu medizinischen Fragestellungen los. Wir haben dazu jetzt auch schon 16 Wortmeldungen. Bitte, Herr Herdegen.

SV Prof. Dr. Dr. h.c. Matthias Herdegen: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Wenn Sie mir vielleicht sogar sechs Minuten geben, werde ich versuchen, in einigen holzschnittartigen Erwägungen die wesentlichen Positionen aus staatsrechtlicher Sicht zu fixieren. Zunächst einmal einige Eingangüberlegungen. Wo stehen wir im Augenblick? Wir stehen im Augenblick in einem normativ weitestgehend ungeordneten Raum. Das heißt jeder der vier Gesetzentwürfe bringt insoweit ein Mehr und einen Mehrwert an normativer Ordnung. Die Vorstellung, hier sei etwas durch ärztliches Standesrecht in einzelnen Ländern bereits geregelt, greift ins Leere, weil ein derart grundrechtsrelevanter Bereich nicht durch Standesrecht geordnet werden kann. Das heißt: Wir befinden uns hier in einer Art rechtlichem Vakuum, das natürlich grundrechtlich seit der Bismarckzeit determiniert ist. Die Vorstellung, wir würden hier durch strafrechtliche Mechanismen ein rechtliches Erbe stabilisieren oder auf der anderen Seite in die völlige Permissivität ableiten, wäre unhistorisch und würde den gegenwärtigen Regelungszustand grundlegend verfehlen. Es sind einige Fragen formuliert worden, die ich aus staatsrechtlicher Sicht wenig zielführend finde. Die Frage, ob es ein Recht auf Mitwirkung eines Dritten gibt, scheint mir suggestiv verständlich, aber aus grundrechtlicher Sicht nicht ganz präzise formuliert zu sein. Die Frage ist einfach: Unter welchen Bedingungen darf der Gesetzgeber verfassungskonform ein Schutzkonzept entfalten, das verhältnismäßig und in sich konsequent diskriminierungsfrei ist. Dann kommt heraus, inwieweit der Einzelne, der nicht ein nichtisoliertes Individuum ist, in der Interaktion mit anderen auf Mitwirkung rechnen



kann oder auch nicht oder unter welchen Bedingungen. Zweitens: Die Frage nach der Gesetzgebungskompetenz, die unproblematisch bei den Gesetzesentwürfen zur Strafbarkeit der Teilnahme in kategorischer Weise oder jedenfalls der geschäftsmäßigen Beihilfe oder Förderung des Suizids ist. Die Frage, ob das das richtige Instrumentarium ist, die hier angeklungen ist, berührt jedenfalls die Frage der Gesetzgebungskompetenz nicht. Auch wenn das ein Neuland sein mag, bewegt sich der Gesetzgeber hier aus kompetenzieller Hinsicht in einem Bereich, wo er selbst das strafrechtlich zu sichernde Minimum umgrenzen kann. Das zur Gesetzgebungskompetenz im Hinblick auf die Gesetzesentwürfe Brand/Griese und Sensburg/Dörflinger, die mir unzweifelhaft gegeben zu sein scheint. Eine andere Frage ist die materielle Verfassungsmäßigkeit. Thematisiert worden ist die Frage der Regelungskompetenz, insbesondere im Hinblick auf den Entwurf von Hintze/Reimann. Herr Lauterbach und Frau Reimann, ich werde das jetzt verkürzend, wie bei den anderen Entwürfen, nur mit dem Erstautor verknüpfen. Bei dem Entwurf Künast gilt das Gleiche, weil sie die Berufsausübung durch Ärzte und andere Personen berühren. Die Frage ist nun: Ist die Verzahnung unterschiedlicher Regelungsmaterien, Strafrecht bzw. Zivilrecht auf der einen Seite, im Sinne von Art. 74 GG mit einem anderen Regelungskomplex so eng, dass wir sagen können: Es kann eine Regelung mit innerer Schlüssigkeit und faktischer Wirksamkeit des regulatorischen Designs nur erfolgen, indem ich insoweit auch auf die andere Materie übergreife, nämlich die des ärztlichen Berufsrechts? Dass wir uns bei dem Entwurf Hintze im Bereich des Zivilrechts zunächst einmal im Ansatzpunkt befinden, scheint mir unzweifelhaft zu sein. Nicht nur wegen der Nähe zur Patientenverfügung und zur Regelung des ärztlichen Behandlungsvertrages, der auch im BGB geregelt ist, sondern auch zur Frage: Was mache ich mit dem Sterbewunsch nach Eintritt der Einwilligungsfähigkeit? Hierzu gibt es Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, so dass hier die Zuordnung zum Zivilrecht aus meiner Sicht ganz offensichtlich ist. Auf die Rechtsprechung des Straßburger Gerichtshofs zum Recht des Ehegatten und des Lebensgefährten aus Art. 8 Europäische Menschenrechtskonvention will ich gar nicht

näher eingehen. Die weitere Frage ist dann: Muss ich aus den Gründen der inneren Schlüssigkeit und gewollten Wirksamkeit des Regelungskonzepts auf die ärztliche Berufsausübung übergreifen? Da stellt sich bei beiden Entwürfen diese Frage – beim Entwurf Hintze und beim Entwurf Künast gleichermaßen. Ich meine, dass beim zivilrechtlichen Entwurf Hintze die ärztliche Mitwirkung aus drei Gründen zum Regelungszweck, zum gesetzgeberischen Design gehört: Erstens zur Sicherung der gesetzlichen Bedingungen für den Sterbewunsch des Patienten aus medizinischer Sicht, zweitens zur suizidpräventiven Wirkung, gerade zur ärztlichen Assistenz, und schließlich zur medizinischen Beratung und weiteren Begleitung zur Verfolgung unnötigen Leidens sowie schwerer Nebenfolgen bei untauglicher Selbstmedikation. Das ist ein relevanter Gesichtspunkt, den auch der Straßburger Gerichtshof immer wieder hervorgehoben hat, weil das für die Rechtsprechung, sowohl für die deutsche Rechtsprechung, der Bundesgerichtshof hat das mehrfach gesagt, als auch den Straßburger Gerichtshof zu einem würdevollen Sterben gehört. Wir hätten dann im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nach dem regulatorischen Design, nach der Logik des Gesetzesentwurfs, eine hinreichende Verzahnung unterschiedlicher Rechtsgebiete im Schutzkonzept, weil der Schwerpunkt im Zivilrecht liegt. Das gilt auch für die hier angesprochenen Rechtsfolgen. Natürlich geht es hier um Rechtsfolgen, nämlich um die Beachtlichkeit und die Bedingungen der Beachtlichkeit des Sterbewunsches im Zivilrecht. Das ist eine klassische zivilrechtliche Folge. Die Rechtsfolgen beschränken sich nicht auf das Strafrecht. Das ist eine landläufige Vorstellung. Dann habe ich als Reflex die Auswirkungen auf die ärztliche Berufsausübung und dass das richtig ist, sehe ich auch wiederum aus der grundrechtlichen Perspektive. Natürlich tangiert jeder der Gesetzesentwürfe die ärztliche Berufsausübung. Sie hat aber von den entscheidenden Bewegungskategorien keinen eigenen Wert neben und über Art. 1 GG, Art. 1 GG in Verbindung mit Art. 2 GG und dem Schutz des Lebens. Das wird auch in dem Entwurf Brand ganz deutlich gemacht, dass hier die Dominanten Art. 1 GG und Art. 2 GG sind. Beim Entwurf Künast käme ich zu einem ähnlichen Ergebnis. Dass auch hier die Ausnahme



für die ärztliche Hilfe noch in einem hinreichend engen Sachzusammenhang nach dem gesetzgeberischen Design besteht; es sei denn mit dem § 6 will etwas ganz anderes, Allgemeines geregelt werden, was nicht mehr in einem strafrechtlichen Nexus steht – so ein allgemeiner Erlaubnissatz. Es wäre meine Anregung, wenn man an dieser Ausnahme für ärztliche Hilfe, die nun ein wesentliches Regelungsstück ist, festhalten möchte, noch einmal verschärfte Überlegungen anzustellen, um diese Bedenken auszuräumen. Mit dieser Maßgabe würde ich auch die beiden anderen Entwürfe, die Entwürfe Künast/Sitte und Hintze/Reimann, als von der Gesetzgebungskompetenz des Bundes gedeckt ansehen. Vielleicht noch ein kleiner Annex bei den strafbewehrten Dokumentationspflichten: Man könnte nochmal darüber nachdenken, ob das wirklich noch zu dem ethischen Minimum gehört. Aber ich räume ein, dass der Gesetzgeber hier einen weiten Einschätzungsspielraum hat. Beim materiellen Verfassungsrecht scheint mir übereinstimmender Ansatzpunkt die grundrechtlich geschützte Selbstbestimmung des Sterbewilligen zu sein – natürlich auch ein Schutzkonzept zur Suizidprävention angesichts des Lebens als Höchstwert der Verfassung. Das wird jedenfalls von dreien der Gesetzentwürfe auch konsequent versucht, fortzuentwickeln. Beim Entwurf Sensburg/Dörflinger meine ich herauszulesen, dass es zwar eine Selbstbestimmung gibt, die aber, ich zitiere jetzt, ganz fälschlich als Autonomie angesehen wird, dass im Grunde der Suizid aus Sicht der Rechtsordnung und auch aus Sicht des Verfassungsrechts als etwas gerade noch Hingenommenes, aber im Grunde Missbilligtes angesehen wird. Dieses Konzept, das wird dann in der Tat folgerichtig ausgesponnen, betritt aber, und die bisherige Diskussion hat das gezeigt, weitgehend verfassungsrechtliches Neuland. Jetzt darf ich mich noch einmal den materiellen Bedingungen zuwenden.

Die **Vorsitzende**: Darf ich kurz, Herr Herdegen, sagen, Sie hatten ja keine Fragen, insofern auch nicht sechs, sieben, acht Minuten Antwortzeit, aber wenn Sie nun nach drei, vier Minuten zum Ende kämen...

SV **Prof. Dr. Dr. h.c. Matthias Herdegen**: Wenn Sie mir zwei Minuten geben, Frau Vorsitzende,

soll mir das ausreichen. Es geht also um die Frage der Verhältnismäßigkeit, der inneren Konsistenz und um die Frage der Bestimmtheit der Strafandrohungen. Hier können wir davon ausgehen, dass der zivilrechtliche Entwurf der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung seinem Regelungsanliegen in verhältnismäßiger Weise Rechnung trägt. Die ärztliche Gewissensfreiheit bleibt unberührt. Die Beschränkungen für die Berufsfreiheit sind dann eben der schlichte Reflex aus der Regelung oder den Bedingungen, unter denen die Selbstbestimmung zivilrechtlich relevant und achtungsfähig ist. Auch der Entwurf des Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung ist im Ansatz aus meiner Sicht verhältnismäßig. Er lebt von der Vermutung, dass die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung die Selbstbestimmung des Patienten und damit auch den Schutz des Lebens gefährdet. Das halte ich angesichts des weiten Einschätzungsspielraumes des Gesetzgebers für eine plausible Darlegung. Bei der Bestimmtheit von Straftatbeständen, Art. 103 GG, dazu ist sicher auch schon vorher einiges gesagt worden, sehe ich in der Tat ein kleines Problem bei honorierten Arztleistungen, weil die Hilfe zur Selbsttötung als mögliche Aufgabe qualifiziert wird, § 6 Abs. 2 des Entwurfes, und insoweit nicht ganz klar ist, ob die ärztliche Assistenz vom Verbot der gewerbsmäßigen Hilfe ausgenommen werden soll, obwohl sie sich möglicherweise auch als gewerbsmäßig qualifiziert, oder ob es sogar weitergehend um eine allgemeine Erlaubnis zugunsten des nichtgewerbsmäßigen ärztlichen Handelns gehen soll. Das ist mir nicht ganz klar. Aber mit diesem einen Vorbehalt würde ich davon ausgehen, dass der Begriff der Gewerbsmäßigkeit hinreichend konturiert ist, um die Vorhersehbarkeit der Strafdrohung auszufüllen. Beim Entwurf Brand würde sich die gleiche Frage wieder stellen. Wir können davon ausgehen, dass die bloße Geschäftsmäßigkeit, das heißt, die nicht notwendigerweise mit Gewinnerzielungsabsichten betriebene, aber nachhaltig als Verhaltensmuster praktizierte Förderung, die verfassungsrechtlich ins Ziel genommenen Rechtsgüter Selbstbestimmung, Schutz des Lebens hinreichend gefährdet. Da habe ich grundsätzliche Bedenken, dass sich daraus ergibt, dass der Arzt in seinem Berufsleben, das steht in der Begründung drin, das einmal darf. Aber wenn es dann ein Muster



wird, wenn ich das richtig verstanden habe....

Die **Vorsitzende**: Jetzt sind aber vier Minuten um, Herr Herdegen.

SV Prof. Dr. Dr. h.c. Matthias Herdegen: ... dann wäre sozusagen der Patient aufgerufen, auf den ärztlichen Novizen zurückzugreifen. Ob das das richtige Instrument ist, auch um die Suizidprävention, die ein wesentliches Anliegen ist, in verhältnismäßiger und konsistenter Weise zu verfolgen, würde ich doch mit einem Fragezeichen versehen. Vielen Dank, Frau Vorsitzende.

Die **Vorsitzende**: Danke. Jetzt kommen wir zur nächsten Fragerunde. Wir haben jetzt schon wieder 16, 17 Personen auf der Liste und ich hoffe, dass das so diszipliniert geht wie im ersten Teil der Runde. Ich übergebe jetzt mal für drei Minuten an Frau Winkelmeier-Becker. Es fängt an mit Herrn Beck, Frau Sütterlin-Waack, Herrn Brand, Herrn Hintze, Frau Sitte. Ich will Herrn Beck sagen, weil er vorhin noch nicht da war: Wir lassen die Uhr laufen, nicht weil man fünf Minuten fragen soll, sondern kurz, knapp und präzise. Damit man sieht, wie schnell die Zeit vergeht. Bitte, Herr Beck und dann Frau Sütterlin-Waack.

(Vorsitzwechsel an Abg. Elisabeth Winkelmeier-Becker)

Abg. **Volker Beck** (Köln) (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich will auch gar nicht so viel in der Sache beitragen, sondern wirklich nur zwei Fragen an Professor Augsburg und Frau Professor Rissing-van Saan stellen. Vorhin wurde sowohl von Herrn Merkel als auch vom Kollegen Brunner meines Erachtens ein bisschen Verwirrung über den Regelungsgehalt des Gesetzentwurfs Brand/Griese gestiftet. Vielleicht könnten Sie uns nochmal die Regelungstechnik erklären oder auch Hinweise geben, wenn dort Fehler sind. Vielleicht könnten Sie uns mitteilen, was man präzisieren sollte, weil hier der Eindruck erweckt wurde, es ginge nur darum, dass etwas zu unbestimmt die Absicht bestünde, die Selbsttötungsabsicht zu fördern. Das Ganze wird tatbestandlich noch an die Bedingung geknüpft, dass geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt wird, dieser Selbsttötung näherzutreten. Das ist eine relativ starke Konkretisierung. Deshalb wurde das meines

Erachtens sowohl in den Ausführungen von Herrn Merkel als auch von Herrn Brunner nicht richtig aufgegriffen, was hier eigentlich unter Strafe gestellt wird. Das sind ganz konkrete Tathandlungen, die auf die Durchführung der Selbsttötung ausgerichtet sind. Das war meine Frage.

Vorsitz **Elisabeth Winkelmeier-Becker** (CDU/CSU): Vielen Dank, dann hat jetzt die Kollegin Sütterlin-Waack das Wort.

Abg. **Dr. Sabine Sütterlin-Waack** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an den medizinischen Praktiker, an Sie, Herr Dr. Thöns. Und zwar habe ich die Frage, ob Sie die in § 7 Abs. 1 im Beratungsentwurf Künast geregelte Beratungspflicht für Ärzte für praktikabel halten und ob Sie das auch aus Ihrer Erfahrung so wiedergeben können. Die zweite Frage geht auch an Sie. Sie haben uns geschildert, dass es auch Strafanzeigen gegen Sie gab. Mich würde interessieren, wer die Anzeigen erstattet hat. Danke.

Vorsitz **Elisabeth Winkelmeier-Becker** (CDU/CSU): Nächster ist der Kollege Michael Brand.

Abg. **Michael Brand** (CDU/CSU): Herzlichen Dank. Ich habe Professor Herdegen mit großer Aufmerksamkeit zugehört. Ich will persönlich dazu sagen: Wir sind uns einmal an anderer Stelle begegnet, er als Professor, ich als Student. Aber ich möchte aufklären: Bei uns im Gesetzentwurf steht nicht „wiederholt“, sondern „mit Absicht und auf Wiederholung angelegt“ und das ist eben der große juristische Unterschied. Da haben Sie unseren Gesetzentwurf falsch verstanden. Es wird in der Debatte, heute hier im Ausschusssaal, aber auch in der allgemeinen Debatte so manches Horrorgemälde gemalt, um unsere moderate Regelung der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe, zu unterbinden, zu verhindern. Herr Hilgendorf, zu den Absurditäten gehört auch, Sie haben die Stellungnahmen der Rechtsprofessoren angesprochen, dass die eine Stellungnahme abgegeben haben, bevor unser Gesetzentwurf fertig war. Das finde ich total spannend, wie man solche Stellungnahmen abgeben kann. Einige haben sich auch davon distanziert und haben gesagt: Nachdem wir den Inhalt kennen, sehen wir, dass es ein Weg der Mitte ist. Es ist maßvoll. Es ist



moderat. Zu diesem Horrorgemälde gehört auch, darauf zielt meine Frage ab, Herr Merkel hat das Arzt-Patienten-Verhältnis angesprochen, dass man nicht mehr über Suizidgedanken sprechen könnte und der Arzt am Ende dem Suizidbereiten die Tür verschließen müsse. Deswegen richten sich meine zwei Fragen an Herrn Sitte. Können Sie mir aus Ihrer Arbeit, aus Ihrer Praxis, die langjährige Erfahrung im Umgang mit Suizidbereiten schildern? Können Sie schildern, ob Suizidwillige das Gespräch mit dem Arzt etwa nicht mehr suchen würden oder Ärzte das Gespräch mit dem Patient für den Fall verweigern würden, dass es zu einem Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe kommt? Die zweite Frage, die ich an Sie richten möchte, ist: Was wäre für Sie aus der praktischen Erfahrung die wesentliche Konsequenz bei einer Ausweitung des Verbots der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe, das wir vorschlagen?

Vorsitz Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Dann bekommt als nächstes der Kollege Peter Hintze das Wort.

Abg. Peter Hintze (CDU/CSU): Danke, Frau Vorsitzende. Ich habe eine Frage an Herrn Herdegen und eine Frage an Herrn Thöns. In der Frage an Herrn Professor Herdegen geht es um die verfassungsrechtliche Konzeption der Menschenwürde. Das ist ja, glaube ich, zentraler Ankerpunkt unserer ganzen Diskussion. Wenn die Selbstbestimmung Bestandteil der Menschenwürde ist, was bedeutet das aus Ihrer Sicht für die Autonomie am Lebensende bei einem todkranken Menschen? Der Streit, den wir hier haben, ist, dass die Gruppe Brand/Griese eine Strafverschärfung für diese Situation will. Mich interessiert verfassungsrechtlich, was Sie dazu denken. Frage an Herrn Thöns: Herr Borasio, der hier eben genannt wurde, hat in wirklich interessanten Arbeiten, er ist ein ganz großer Palliativmediziner, der in Lausanne und München lehrt und wirklich viel Erfahrung mitgebracht hat, uns darauf hingewiesen, dass es in der Frage am Lebensende nie um das Ob des Sterbens, sondern immer um das Wie des Sterbens geht. Wie empfinden Sie als Palliativmediziner in dieser Runde, dass die Frage nach dem Wie des Sterbens als falsche Selbstbestimmung diffamiert wird? Wie wirkt das auf Sie als Arzt und auf die Patienten?

Vorsitz Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Vielen Dank. Die nächsten drei Fragenden wären Frau Sitte, Herr Dörflinger und Frau Kühn-Mengel. Frau Sitte, bitte.

Abg. Dr. Petra Sitte (DIE LINKE.): Danke schön. Ich habe zwei Fragen. Die eine geht an Herrn Professor Merkel, die andere an Frau Professor Schöne-Seifert. Herr Professor Merkel, Sie bemerken in Ihrer Stellungnahme, dass gerade die Wiederholung der Suizidassistenz bei Ärztinnen oder bei Vereinen uns die Chance bieten könnte, diese Beihilfeleistungen darauf zu kontrollieren, ob sie bei freiverantwortlichen Suiziden geleistet wurde. Wie soll die Freiverantwortlichkeit kontrolliert werden, wenn sich das bei Herrn Brand und anderen geforderte Verbot der Geschäftsmäßigkeit durchsetzt? Die zweite Frage an Frau Professor Schöne-Seifert: Wir haben diverse Stellungnahmen geladener Experten, die beschreiben, wie eine Erlaubnis der Suizidassistenz dazu führt, dass die Zahlen der Suizide ansteigen. Das ist doch in Deutschland gar nicht passiert, da die Suizidassistenz gar nicht verboten ist. Insofern frage ich mich manchmal: Vor welchem Hintergrund reden wir eigentlich hier? Wo besteht denn die Notwendigkeit, sich über Führungsstriche in solchen Gesetzentwürfen zu streiten? Ich weiß, dass Sie sich mit diesen Statistiken beschäftigt haben – auch im Zusammenhang mit Diskussion mit Herrn Borasio.

Vorsitz Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Vielen Dank. Nächster ist Thomas Dörflinger.

Abg. Thomas Dörflinger (CDU/CSU): Schönen Dank, Frau Vorsitzende. Erste Frage an Professor Schockenhoff: Sie sind, ich gebe das jetzt verkürzt und in meinen Worten wieder, vorhin in Ihr Eingangsstatement mit der Bemerkung eingestiegen, dass sich ein Staat unter moralischen Gesichtspunkten insbesondere auch daran messen lassen müsse, wie er mit dem Rechtsgut Leben umgeht. Ich ergänze aus meiner Sicht Rechtsgut Leben als Voraussetzung für die Entwicklung der übrigen Verfassungsgüter, die dem Menschen zugeordnet sind. Wenn ich das konkret und logisch zu Ende denke, führt mich das zu der Frage, ob es unter moralischen Gesichtspunkten nicht gerechtfertigt ist, wenn der



Staat unter Anwendung des Strafrechts diesen Lebensschutz fortentwickelt, so wie wir dies mit dem neuentwickelten § 217 StGB versucht haben. Das führt mich zur zweiten Frage an Professor Hillgruber: Sie haben vorher die Rechtslage in Österreich gestreift. Unser Vorschlag für einen § 217 StGB lehnt sich an § 78 Österreichisches Strafgesetzbuch sehr eng an. Können Sie in einigen Bemerkungen, bezogen auf die Rechtslage und die Rechtsprechung in Österreich, in Italien, in Großbritannien und anderswo, wo wir vergleichbare Regelungen wie die von uns vorgeschlagene haben, dartun, ob die Befürchtungen, die man uns entgegen gehalten hat, wir würden mit diesem Vorschlag quasi den Staatsanwalt ans Pflegebett stellen, in der Empirie zutreffen oder nicht?

Vorsitz **Elisabeth Winkelmeier-Becker** (CDU/CSU): Als nächste kommt Kollegin Kühn-Mengel, dann Frau Dr. Barley und Kerstin Griese. Frau Kühn-Mengel.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Vielen Dank. Ich weiß nicht, ob ich die Beantwortung der Frage hier noch erlebe. Aber es ist mir sehr wichtig, die Frage zu stellen. Sie richtet sich an Herrn Sitte und an Herrn Professor Huber. Herr Sitte, Sie haben sehr deutlich angesprochen, dass die Deutschen zu wenig wissen. Es klang auch schon einmal an, dass, wenn die Menschen mehr Informationen bekommen, sich der Wunsch, dem Leben ein vorzeitiges Ende zu setzen, drastisch, signifikant reduziert. Es gibt dazu auch Untersuchungen. Ich würde Sie bitten, dazu nochmal kurz Stellung zu nehmen. Herr Professor Huber, Sie haben eine sehr interessante Untersuchung oder Befragung von Seiten der Evangelischen Kirche Deutschlands aus durchgeführt. Da waren auch einige interessante Aspekte vorhanden, unter anderem dass die Befürwortung der Suizidhilfe mit verschiedenen Faktoren korreliert: Alter und Konfession, aber eben auch mit dem Einkommen. Ich bitte Sie, dazu nochmal Stellung zu nehmen.

Vorsitz **Elisabeth Winkelmeier-Becker** (CDU/CSU): Vielen Dank. Dann Frau Dr. Barley.

Abg. **Dr. Katarina Barley** (SPD): Ich habe zwei Fragen an die medizinische Praxis, an Herrn Dr. Thöns. Wir sind nun im Moment in der Lage, dass der assistierte Suizid strafrechtlich nicht bewehrt

ist und insofern straflos ist. Seit 2011 haben wir die Sanktionierungen seitens der Ärztekammern. Wir reden jetzt die ganze Zeit davon, zum Teil in Horrorszenarien, wie sich mögliche Gesetze, die wir jetzt erlassen, auf die gesellschaftliche Wirklichkeit auswirken könnten. Ich nenne das jetzt die faktische Kraft des Normativen. Mich würde interessieren: Wir haben seit 2011 diesen Satz „Ärzte dürfen keine Suizidbeihilfe leisten.“ Hat sich in Ihrer Praxis irgendwas verändert? Sind seitdem weniger Suizidwillige gekommen, weil sie dieses nicht gesetzgeberische, aber normative Signal empfangen haben: Wir Ärzte missbilligen den assistierten Suizid. Hat sich das irgendwie ausgewirkt? Der zweite Aspekt, den wir heute nicht so richtig beleuchten: Wir reden nur über den ärztlich assistierten Suizid – bis auf den Gesetzentwurf von Herrn Sensburg. Dass Angehörige oder Freunde strafbar werden könnten, steht eigentlich bis auf diesen Gesetzentwurf nicht zur Debatte. Mit anderen Worten: Wenn wir so ein gesellschaftliches Klima hätten, dass sich die Angehörigen ein möglichst sozialverträgliches Ableben wünschen, könnten immer noch die Angehörigen selbst auf Bitte des Patienten dafür sorgen. Würden Sie das aus medizinischer Sicht befürworten, wenn es Ärzten untersagt wäre, aber Angehörige es dann durchführen würden?

Vorsitz **Elisabeth Winkelmeier-Becker** (CDU/CSU): Vielen Dank. Die nächsten sind jetzt Griese, Gehring, Vogler, Schröder, Terpe. Kerstin Griese, bitte.

Abg. **Kerstin Griese** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe eine Frage aus medizinethischer Sicht an Herrn Professor Huber und aus medizinischer Sicht an Herrn Dr. Sahn. Wenn es erlaubt ist, auch an Herrn Sitte. Ich will Sie fragen, wie man mit der Situation umgeht, dass ein Patient oder eine Patientin kommt und sagt: Ich will sterben. Geht man so damit um, dass man sagt: Warum? Was sind die Ursachen? Was können wir da tun? Sagt man: Hier gibt es den Sterbehilfeverein. Da kann man sich hinwenden. Das kostet so und so viel. Wie geht man aus medizinethischer Sicht mit einem solchen Wunsch um? Ganz wichtig, Frau Kühn-Mengel hatte auch schon danach gefragt: Bleibt dieser Wunsch wirklich immer konstant, einmal entschieden für immer? Wenn man es dann tut, ist



es ja nun für immer. Ich will Herrn Hilgendorf noch an eine nette Begegnung erinnern, die wir hatten. Wir saßen gemeinsam in einer Podiumsdiskussion in Nürnberg. Da haben Sie mir erzählt, dass Sie Ihren Aufruf der Strafrechtler formuliert und geschrieben und die Unterschriften gesammelt haben, bevor Sie unseren Gesetzentwurf kannten, was ich übrigens für unseriös halte, und mir gesagt: Sie hätten ihn gemacht, weil Sie so Schlimmes befürchtet haben. So schlimm sei er jetzt gar nicht. Sie haben mir auch erzählt, dass er juristisch so hervorragend begründet wäre, dass Sie ihn Ihren Studenten zum Lesen geben würden. Das habe ich durchaus als juristisches Lob empfunden. Ich will das nur nochmal anführen, weil ich glaube, dass es ein wenig unseriös ist, diesen Aufruf als Aufruf gegen unseren Gesetzentwurf ins Feld zu führen. Ich frage mich auch, wie die Strafrechtiszunft damit umgeht, wenn man einen Aufruf unterschreibt, ohne das Gesetz zu kennen, gegen das man sich da äußert, und empfehle deshalb nochmal ergiebige Lektüre. Vielen Dank.

Vorsitz **Elisabeth Winkelmeier-Becker**
(CDU/CSU): Kollege Gehring.

Abg. **Kai Gehring** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Meine Frage richte ich an Frau Professor Schöne-Seifert und Herrn Dr. Merkel. Beide Gesetzentwürfe, sowohl von der Gruppe Hintze/Reimann, als auch von unserer Gruppe Künast/Sitte wollen Sterbewilligen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, Würde und Rechtssicherheit sichern und schützen, die ganz persönliche Definition von Autonomie und Würde anerkennen und deshalb die Hilfe zum Suizid grundsätzlich weiter erlauben. Dabei wollen wir auch auf Bedenken eingehen und klare Kriterien und Regeln definieren. Welche Handlungen sollten und müssten unbedingt weiter erlaubt bleiben und welche berechtigten Bedenken in der Bevölkerung und in der Ärzteschaft sollten überhaupt berücksichtigt werden?

Vorsitz **Elisabeth Winkelmeier-Becker**
(CDU/CSU): Vielen Dank. Nächste ist Kollegin Vogler.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Vielen Dank. Ich habe auch zwei Fragen. Die erste geht an Professor Huber. Mehrfach ist heute der Begriff

der Rechtssicherheit gefallen. Das scheint etwas zu sein, wonach es von allen Seiten ein sehr großes Bedürfnis gibt. Nun bin ich auch immer dafür, dass man da, wo das möglich ist, Rechtssicherheit herstellt. Ich würde gerne von Ihnen nochmal hören, wie Sie aus medizin-ethischer Sicht Rechtssicherheit als politisches Ziel bewerten. Ist definitive Rechtssicherheit in Fragen, wo es um Leben und Tod und um Fragen von ethischer Relevanz geht, abhängig davon, welche eigenen Wertentscheidungen einen Menschen antreiben oder nicht? Ist dort eine hundertprozentige Rechtssicherheit überhaupt möglich? Meine andere Frage geht an den Sachverständigen Sahn. Mich würde nochmal interessieren, einen Blick auf die problematisierte Seite zu werfen. Welcher Personenkreis ist das eigentlich, der Angebote von professionellen Suizidhelfern regelmäßig in Anspruch nimmt? Ich habe mir auch ein paar Videos auf der Webseite von Sterbehilfe Deutschland angesehen, wo das dokumentiert wird. Mein Eindruck war nicht, dass es sich dabei zum großen Teil um absehbar sterbende Menschen oder schwersterkrankte Menschen handelte. Mein Eindruck war auch nicht, dass diese Gruppe eine große Schnittmenge mit denjenigen hat, die Suizidversuche unternimmt, wie, „sich vor Züge werfen“ oder „von Häusern springen“. Mich würde interessieren, ob Sie sich damit beschäftigt haben.

(Vorsitzwechsel an die Vorsitzende Renate Künast)

Die Vorsitzende **Renate Künast**: Jetzt hat Frau Schröder, dann Herr Terpe das Wort.

Abg. **Dr. Kristina Schröder** (Wiesbaden)
(CDU/CSU): Herr Professor Merkel stellt in seiner Stellungnahme schön knapp fest: Nur der Arzt, der letztlich zur Suizidbeihilfe bereit ist, kann auch suizidpräventiv wirken, weil sich eben an ihn diejenigen wenden, die überhaupt diese Absicht haben. Da kann er dann intervenieren und deswegen geht meine Frage an Herrn Dr. Thöns: Wie können Sie das aus Ihrer Praxis beschreiben?

Die **Vorsitzende**: Herr Terpe und dann Frau Högl, Frau Müller. Bitte.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte eine Frage an den Kollegen Sahn richten. Sind nach Ihrer Meinung



Sterbehilfeorganisationen geeignet, Suizidwillige ergebnisoffen zu beraten und damit gegebenenfalls auch Suiziden vorzubeugen, wie es die Professoren Hilgendorf und Merkel unterstellen? Wirkt das Angebot eines möglichen ärztlichen assistierten Suizides suizidpräventiv? Ich würde noch eine Frage an Herrn Professor Huber stellen. Ich nehme nochmal etwas auf, was wir heute noch gar nicht richtig beleuchtet haben: In den Reden wird immer wieder davon gesprochen, dass gewisse Krankheitsverläufe, auch kurz vor dem Tode, möglicherweise menschenunwürdig seien. Aus diesem Grunde wird abgeleitet, dass man entsprechende Suizidhilfe organisieren müsste. Das ist in Reden des Bundestages von verschiedenen Kolleginnen und Kollegen geäußert worden. Das ist eine Sache, die mir überhaupt nicht einleuchten will, weil ein natürlicher Sterbevorgang für mich die Würde des Menschen als solche zu erkennen gibt.

Die **Vorsitzende**: Herr Kollege Terpe, wir haben hier verpasst festzustellen, an wen die erste Frage ging. Gut, an Herrn Sahm. Jetzt kommt dann Frau Högl, Frau Müller, Herr Franke und Frau Lücking-Michel, dann sind wir durch.

Abg. **Dr. Eva Högl** (SPD): Herzlichen Dank. Ich habe zwei Fragen an zwei Ärzte und zwar an Herrn Sahm und Herrn Sitte. Die erste Frage bezieht sich auf den Gesetzentwurf Hintze/Reimann. Da wird als Kriterium auf die Unumkehrbarkeit eines Krankheitsverlaufs und die Wahrscheinlichkeit des Todes Bezug genommen. Ich habe in allen Veranstaltungen, die ich zu dem Thema gemacht habe, die Erfahrung gemacht, dass niemand richtig verstanden hat, wie man überhaupt messen kann, was für Kriterien es geben kann. Deswegen frage ich die beiden Ärzte: Ist das überhaupt medizinisch feststellbar oder was würden Sie dazu bemerken, was das Kriterium ist? Dann habe ich auch an Sie beide noch eine zweite Frage. Sowohl der Ethikrat als auch die Bundesärztekammer stellen fest, dass Suizidhilfe keine ärztliche Aufgabe ist. Jetzt möchte ich gerne wissen: Was würde sich denn ändern, insbesondere in Bezug auf das ärztliche Selbstverständnis, aber auch im Arzt-Patienten-Verhältnis, was ich sehr wichtig finde, wenn wir Suizidhilfe zu einer ärztlichen Aufgabe machen oder sogar noch weitergehen und sie zu einer ärztlichen Regelleistung deklarieren?

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Meine Frage geht in eine ähnliche Richtung. Ich beziehe mich auch auf den Gesetzentwurf, der die ausdrückliche zivilrechtliche Gestattung der ärztlichen Suizidbeihilfe beinhaltet – also Hintze/Reimann. Unabhängig von der Frage, die schon diskutiert worden ist, ob der Bund überhaupt die Gesetzgebungskompetenz für einen Eingriff in diese berufsrechtlichen Regelungen hat, interessiere ich mich auch dafür, wie Sie die Umsetzungschancen einschätzen? Die Frage geht an Dr. Sahm. Es gibt Einschätzungen, dass zwei Drittel der Ärzteschaft damit nicht einverstanden sind, dass sie Suizidbeihilfe leisten sollen. Ich möchte von Ihnen hören, wie Sie die Umsetzbarkeit in den Verbänden realistisch einschätzen. Die zweite Frage geht auch an Sie. Findet nicht durch diese enumerativen Vorgaben in diesem Gesetz gerade eine Einschränkung der ärztlichen Ermessenfreiheit in solchen extremen Situationen statt, wenn darin steht, dass die Krankheit irreversibel zum Tode führen muss? Das sind ja alles Begriffe, die eine weite Auslegung erfordern und die dann auch immer im Grenzbereich sind. Ich möchte einfach von Ihnen wissen, wie Sie die praktische Umsetzung dieser Regelungen einschätzen.

Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Recht herzlichen Dank. Ich habe eine Frage an beide Praktiker, an die beiden Palliativmediziner, an Herrn Sitte und Herrn Thöns. Mich würde interessieren, wie hoch Sie prozentual die Fälle einschätzen würden, wo eine Palliativbehandlung – Sie sprechen das beide mittelbar an – dem Schwerkranken keine Linderung verschaffen kann. Ich könnte mir vorstellen, dass Sie beide vielleicht eine unterschiedliche Einschätzung haben.

Abg. **Dr. Claudia Lücking-Michel** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Für mich ist zentrale Frage in unserer Debatte die Frage nach der Autonomie des Einzelnen und die Abwägung, inwieweit gesellschaftliche Rahmenbedingungen diese nun prägen oder umgekehrt und inwieweit wir als Gesetzgeber die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gestalten müssen, um die Autonomie zu sichern. Da haben wir eine Güterabwägung. Meine Frage geht an Herrn Sitte und an Herrn Schockenhoff. Unser Gesetzentwurf geht von der Überzeugung aus, dass eine geschäftsmäßig organisierte Sterbehilfe, wenn wir



diese legalisieren, massiven Einfluss auf die Autonomie des Einzelnen hätte – gerade in Situationen, in denen besonders prekäre Lebenssituationen herrschen. Wir sehen das sogar so stark, dass wir sagen: Das ist eine so starke Gefährdung, dass wir das Strafrecht rausholen. Wie sieht das im ärztlichen medizinischen Alltag aus? Ich habe weniger die Frage von Frau Högl nach dem Ärztrollenbild, sondern stelle sie aus Sicht des Patienten, wenn das ein Regelangebot im medizinischen Alltag ist, und ich nicht mehr von mir aus initiativ werden muss und sage: Herr Arzt, wie sieht es denn mit Sterbehilfe aus? Sondern jeder gezwungen ist, sich zu diesem Angebot zu verhalten. Erst recht habe ich die Frage an den Ethiker, Herrn Schockenhoff: Wie sieht es mit der Autonomie des Einzelnen und der Güterabwägung aus? Müssen wir dem Wunsch nach einem Suizid nachkommen, indem wir sagen: Wir schaffen auch gesellschaftlich dafür das Angebot? Oder müssen wir sagen: Nein, das würde die Autonomie doch nicht nur einschränken, sondern so gefährden, dass unsere Gesetzesantwort gerechtfertigt ist?

Die **Vorsitzende**: Jetzt sind wir in dieser Runde durch und beginnen wieder umgekehrt. Ich bitte Sie alle, ein bisschen auf die Zeit zu achten, weil ich glaube, wer ein, zwei Fragen hat, kommt meistens mit weniger Zeit aus, als diejenigen, die sieben oder acht Fragen haben. Jetzt beginnen wir mit Herrn Augsberg. Er hat eine Frage von Herrn Beck und dann kommt Herr Herdegen, der eine Frage von Herrn Hintze hat.

SV Prof. Dr. Steffen Augsberg: Vielen Dank, lieber Herr Beck, für die Frage, die mir Gelegenheit gibt, auch einen Aspekt, den Herr Terpe angesprochen hatte, den ich vorhin unterschlagen habe, nochmal herauszugreifen. Was meint eigentlich Geschäftsmäßigkeit? Erfasst das den Arzt, der das einmal macht? Ist er beim zweiten Mal dran? Das scheint mir tatsächlich ganz wichtig zu sein. Auch deshalb, weil ich glaube, dass die Beispiele, die von den Strafrechtlern an der Stelle genannt worden sind, so knapp im Tatbestand formuliert und so schnell subsumiert sind, dass es an dem Gesetzentwurf, so wie er vorliegt, letztlich vorbeigeht. Tatsächlich liegt hier auf der subjektiven Seite diese Kombination von Absicht und Eventualvorsatz vor. Dabei muss sich die Absicht, und das haben Sie völlig zurecht

angemerkt, zusätzlich noch auf das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit beziehen. Aber nehmen wir mal den subjektiven Teil: die Absicht und den Eventualvorsatz. Die Absicht muss sich auf die Förderungshandlung beziehen. Herr Merkel hat kritisiert, das müsse man anders formulieren. Man müsse sinngemäß sagen, wenn ich Sie richtig verstanden habe: Wer absichtlich die Selbsttötung eines anderen gewährt oder ... Ich glaube, das wäre etwas anderes. Ich glaube, das ist so zu verstehen, so zu interpretieren, dass es eben genau diese Dopplung ist: Absichtlich handelt der entsprechende Helfer mit Blick auf seine eigene Handlung. Dann ist der Apothekenfall und der von Herrn Hilgendorf genannte Fall mit dem Morphin raus, weil ich nicht das Morphin überlasse und diese Hilfehandlung nicht absichtlich im Hinblick auf den Suizid geschieht. Dieser Erfolg muss allerdings nicht absichtlich bezweckt sein. Der Suizidhelfer bezweckt nicht den Tod. Das ist die Vorstellung, die dahintersteht. Er handelt absichtlich hinsichtlich seines eigenen Gehilfenbeitrags. Er handelt aber nur mit Eventualvorsatz, das genügt, hinsichtlich des Todes. Auch der Eventualvorsatz ist ernst zu nehmen. Ihre Beispiele scheiden schon auf der ersten Ebene hinsichtlich der fehlenden Absicht aus. Auch die Eventualvorsatzkonstellation muss ich ernst nehmen und einbeziehen. Ich meine in Erinnerung zu haben, dass Herr Thöns sinngemäß gesagt hat: Wir wissen, was *dolus eventualis* bedeutet. Das scheint mir auch für die Mediziner keine Unzumutbarkeit zu sein, sich zu überlegen: Was bedeutet es eigentlich, wenn ich es in Kauf nehme, dass sich jemand mit einer entsprechenden Hilfeleistung das Leben nimmt? Der Gesetzentwurf erfasst denjenigen, der mit seiner eigenen Handlung das möchte und der zumindest seinen Tatbeitrag leisten will und bezweckt, absichtlich, zielgerichtet und auf einer zweiten Ebene dann in Kauf nimmt, dass es auch tatsächlich zum Erfolg führt. Damit sind nach meinem Dafürhalten Ihre Beispiele eben doch nicht so, dass sie diesem Gesetzentwurf entgegengehalten werden können. Bei den Ärzten ist es tatsächlich so, das hatte ich vorhin kurz erwähnt, dass keine Diskriminierung, keine Privilegierung in diesem Gesetzentwurf zu erkennen ist. Das ist gewollt. Es sollen die Einzelfälle erfasst werden, in denen tatsächlich jemand aufgrund einer besonderen



Belastungssituation tätig wird. Das kann dann eben auch ein Arzt sein. Die Tatsache, dass er Arzt ist, erfüllt noch nicht das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit, weil die Geschäftsmäßigkeit, dieses wiederholte, nachhaltige, sich auf die Suizidförderung bezieht. Der normale Arzt, auch der Arzt, der im Hospiz tätig ist, auch der Palliativmediziner, hat keine wiederholte Suizidhilfe in seinem Portfolio.

Die **Vorsitzende**: Danke, Herr Professor Herdegen mit der Frage von Herrn Hintze.

SV Prof. Dr. Dr. h.c. Matthias Herdegen: Die Frage von Herrn Hintze zielt auf das Verhältnis von Menschenwürde, Suizid und Suizidassistent. Meine Antwort wäre: Die Menschenwürde sichert zunächst einmal die Selbstbestimmung im Hinblick auf das Ob der Lebensbeendigung. Sie erfasst zweitens auch die Bedingungen, die sich aus der Sicht des Einzelnen und seiner Selbstbestimmung als würdig darstellen. Leiden ist nicht an sich unwürdig. Wenn ich aber in freier Selbstbestimmung eine Situation für mich als nicht mehr hinnehmbar empfinde, wird sie insoweit auch im Sinne von Art. 1 unseres Grundgesetzes nach Maßgabe meiner Selbstbestimmung zu einer unwürdigen. Die Frage ist nun, was bedeutet das für die Assistenz? Wir haben gehört: Suizid ist eine Geschichte, die Assistenz ist etwas ganz anderes. Es gibt kein Recht auf die Mitwirkung eines Dritten. Ich hatte schon eingangs gesagt: Diese Eingliederung ist eine staatsrechtlich unglückliche, weil irreführende. Wenn ich die Position zur Selbstbestimmung so hinnehme und aus der Menschenwürde ableite, wie ich das formuliert habe, dann muss der Gesetzgeber auch die Möglichkeit zur Grundrechtsverwirklichung, zur Verwirklichung dieses Akts der Selbstbestimmung schaffen. Jedenfalls so, dass die Typik des „Ob in Würde“ und die Typik des „Modus in Würde aus dem Leben zu scheiden“, gewahrt ist. Das wird nur am Rand getroffen, wenn ich sage: Ich pönalisieren die kommerzielle Assistenz. In der Typik kann ich die Verwirklichung des Lebenswunsches in Würde auch ohne kommerzielle Assistenz verwirklichen. Bei der geschäftsmäßigen, Herr Abgeordneter Brand, komme ich auf meinen Punkt zurück. Wenn schon die wiederholt auf ein Verhaltensmuster gerichtete Inanspruchnahme eines Arztes erfasst wird, Herr Brand, wenn schon

eine bloße Intention eines entsprechenden Verhaltensmusters erfasst wird, nehme ich dem Einzelnen die Möglichkeit, mich ärztlichen Erfahrungsschatzes zu bedienen. Dann ist die Frage: Treffe ich hier die Grundrechtsverwirklichung im Modus vielleicht doch schon im Kern? Diese Frage stellt sich hier jedenfalls weitaus schärfer, als bei der Pönalisierung des mit Gewinnerzielungsabsicht Gewerbsmäßigen. Noch weiter ist der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers, wenn er sich auf einen rein zivilrechtlichen Kontext beschränkt. Wenn er sagt: Ich formuliere für alle Zwecke die Bedingung und den Kontext, unter denen der Wunsch des Einzelnen in unheilbarer Erkrankung zivilrechtlich zu respektieren ist – die Zwecke des ärztlichen Behandlungsvertrages, dann muss das einfach schlüssig in dem Sinne durchdekliniert werden, dass die Selbstbestimmung auch als eine informierte getroffen werden kann. Ich glaube, das ist auch Grundlage aller Gesetzentwürfe, dass der Arzt insoweit in der Typik unerlässlich ist, um eine autonome Entscheidung in voller Information auch überdenkbarer Alternativen treffen zu können.

Die **Vorsitzende**: Danke. In dieser Runde hatte Herr Professor Hilgendorf keine Frage. Dann kommen wir weiter zu Herrn Professor Hillgruber, der eine Frage von Herrn Dörflinger hat.

SV Prof. Dr. Christian Hillgruber: Vielen Dank. Es gab die Frage nach § 78 des Österreichischen Strafgesetzbuchs. Ich sage offen heraus: Ich kenne keine genaueren empirischen Untersuchungen, sondern weiß lediglich, dass die Fallzahlen sehr niedrig liegen. Das bringt mich zu dem nächsten Punkt. Was bedeutet das und inwiefern ist das jetzt selbsterklärend oder auch nicht? Damit knüpfe ich an das an, was Bischof Huber gesagt hat. Meine These wäre: Wir können nicht einmal bei einer bestehenden gesetzlichen Strafbestimmung hinreichend sagen, wie sie sich auswirkt oder in der Vergangenheit ausgewirkt hat. Wir können es umso weniger bezogen auf künftige strafrechtliche Regelungen. Deswegen, insoweit stimme ich mit Herrn Kollegen Herdegen vollständig überein, gibt es eben eine weite Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers. Er kann eben gerade nicht verpflichtet werden, wie Herr Merkel das gesagt hat, eine Strafbestimmung nur dann erlassen zu dürfen, wenn es valide,



empirische Belege dafür gibt. Bei § 78 Österreichisches Strafgesetzbuch mit den niedrigen Fallzahlen gibt es mehrere denkbare Erklärungen. Eine ist: Die Vorschrift entfaltet, das wäre sozusagen die Auslegung, die ich mir und natürlich auch Ihnen nahelegen würde, ihre generalpräventive Wirkung. Es kann aber auch darauf zurückzuführen sein, dass wir uns in einem Bereich bewegen, bei dem es voraussichtlich eine hohe Dunkelziffer geben wird. Suizidhilfe, die geleistet wird, wird wahrscheinlich nicht an die große Glocke gehängt werden. Auch das ist eine denkbare Erklärung, warum nur wenige Fälle zu staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren oder schließlich gar zu strafrechtlichen Verurteilungen führen. Es gibt hier verschiedene denkbare Erklärungen. Keine kann ich hier mit Bestimmtheit angeben. Was die Sorge angeht, die Sie mit dieser Frage verbunden haben, ob zu erwarten ist, dass es dann massenhaft Strafverfahren gibt und jeder Arzt, wie das hier ja perhorresziert worden ist, mit einem Bein schon im Gefängnis sitzt, ist jedenfalls eine Mär, die durch die Praxis des § 78 Österreichischen Strafgesetzbuches nicht bestätigt wird. Ich würde mich natürlich auch gerne mit Herrn Herdegen über Menschenwürde streiten, aber das darf ich nicht an diesem Ort. Das tue ich an anderer Stelle und bitte nur in meiner letzten Bemerkung, dass ich in einer Viertelstunde gehen kann, damit ich mein Flugzeug noch erreiche. Ich bitte das nicht als Unhöflichkeit zu verstehen. Aber 18 Uhr war die Zeit, die mir gesagt worden ist. Mit Blick darauf habe ich den Flieger gebucht. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Danke. Da haben wir natürlich Verständnis für. Herr Huber hat Fragen von Frau Griese, Frau Vogler, Herrn Terpe und Frau Kühn-Mengel.

SV Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber: Frau Kühn-Mengel hat danach gefragt, wie die Ergebnisse der Untersuchung des Sozialwissenschaftlichen Instituts der Evangelischen Kirche in Deutschland sind und welche Korrelationen im Blick auf Altersgruppen und im Blick auf Einkommen man daraus ableiten kann. Ich mache das ganz kurz. Es gibt eine Mehrheit für eine Zulassung des assistierten Suizids in den Altersgruppen zwischen 30 und 59 und eine Mehrheit dagegen in der Altersgruppe zwischen 18 und 29 und in

den Altersgruppen von 60 bis 80 plus. Es gibt eine ganz deutliche Stufung, und zwar richtig linear, von den Einkommensgruppen unter 1.000 Euro bis zu den Einkommensgruppen über 4.000 Euro Haushaltsnettoeinkommen. So ist es da gegliedert. Es geht in Schritten ganz kontinuierlich hinauf. Die Untersuchung hat eine Vermutung, woran das liegt. Die Vermutung wird so formuliert, dass mit dem höheren Einkommen der Anspruch wächst, souverän handeln zu können – auch in der Entscheidung über das eigene Leben. Das ist sicher nur eine von mehreren Interpretationen, die es dazu geben mag. Frau Griese hat gefragt: Weiß man etwas darüber, ob der Todeswunsch in denjenigen Fällen, in denen er mit einer unheilbaren, terminalen Erkrankung zusammenhängt, konstant bleibt? Die Antwort heißt: Nein! Er bleibt nicht konstant. Im Blick auf die Aussage, dieser Wunsch könne zu einem bestimmten Zeitpunkt als ein endgültiger definiert werden, muss man sagen: Nein, es hängt auch in der letzten Phase des menschlichen Lebens von den Umständen ab, unter denen dieser Mensch lebt, von den Beziehungen, in denen er lebt. Hospize berichten, ohne dass ich das jetzt statistisch über die ganze Bundesrepublik ausdehnen könnte, dass viele Menschen ins Hospiz mit diesem dezidierten Wunsch kommen und dass solche Hospize in vielen Fällen dann das ganze Jahr über überhaupt keinen durchgeführten Suizid haben, weil der Wunsch sich mit einer angemessenen palliativen sterbebegleitenden Behandlung aufgelöst hat. Das ist noch einmal ein Hinweis darauf, wie problematisch es ist, wenn dies freiverantwortlich und endgültig miteinander gekoppelt wird, wie das in manchen Vorschlägen der Fall ist. Frau Vogler hat die Frage nach der Rechtssicherheit gestellt. Dabei muss man im Blick auf die Frage unterscheiden, wie viel Rechtssicherheit ich im Blick darauf zu beanspruchen habe, wie andere mir gegenüber handeln und die Frage, welche Rechtssicherheit ich eigentlich im Blick auf die Handlungen, die ich selbst durchführe, in Anspruch nehmen kann. Das Interessante ist, dass der Schwerpunkt in der heutigen Debatte, und das ist in medizinethischen Fragen sehr oft der Fall, nicht vom Adressaten her, sondern vom handelnden Mediziner her gedacht ist. Die Debatte fügt sich insofern in das ein, was wir medizinethisch die „defensive Medizin“ nennen.



Dies bedeutet, dass die Untersuchungen des Verhaltens des Arztes unter dem Gesichtspunkt, mit welchem Handeln ich in ein mögliches Risiko laufe, dass ich irgendwo vor den Kadi gezogen werde, sei es durch den Staatsanwalt, sei es durch einen Patienten, der mich schadensersatzpflichtig macht, geführt werden. Viele Züge dieser maximalmedizinischen Versorgung, mit der wir es derzeit zu tun haben, hängen auch damit zusammen, dass sie in Wahrheit defensiv sind. Die Unklarheiten, in denen viele Menschen gehalten werden, wenn es um die Ergebnisse der Diagnose geht, wo Ärzte sehr oft vor einer wirklich klaren Aussage zurückscheuen, weil sie haftbar gemacht werden, wenn diese Aussage falsch sein sollte, ist ein ganz verbreitetes Phänomen. Mancher hier im Kreis mag das auch schon mal als Patient erlebt haben. In diesen Zusammenhang fügt sich ein Teil der Horrorszenarien nach meiner Meinung ein, die jetzt gezeichnet werden – dafür, wie oft welcher Arzt durch den Staatsanwalt heimgesucht wird. Die Behauptung, dass als Folge vom geschäftsmäßigen Angebot der Sterbehilfe, Ärzte, die gewissenmäßig bestimmt und in Wahrnehmung ihrer Verantwortung in ein höheres Risiko laufen würden, als sie bisher gelaufen sind, wenn sie sich so verhalten haben, wie ihr Gewissen es gesagt hat, leuchtet mir überhaupt nicht ein und hat mit einer suggestiven Kraft dieser Forderung nach Rechtssicherheit zu tun. Ich habe mit sehr vielen Ärzten zu tun, die mir auch nach meinen neuesten Äußerungen zu diesem Thema gesagt haben: Vielen Dank und es ist schön zu sehen, wenn man in seinem ärztlichen Handeln zu hundert Prozent mit dem übereinstimmt, was Wolfgang Huber in einem Artikel geschrieben hat. Ich will nur sagen: Diese Ärzte gibt es offensichtlich auch. Die letzte Frage von Herrn Terpe: Unwürdiger Verlauf des Sterbevorgangs. Gibt es das? Wir haben in diesem Thema an vielen Stellen Polarisierungen in der Beurteilung. Mir kommt es so vor, dass es auch in diesem Fall so ist. Auf der einen Seite werden diejenigen Grenzfälle in den Vordergrund gestellt, die so beschrieben werden, dass Menschen in einer Weise ihre letzte Lebensphase durchleben müssen, die sie selbst oder die gegebenenfalls auch ihre Angehörigen als unwürdig erleben. Ich muss sagen: Ich muss das respektieren, auch wenn ich auf der anderen Seite genauso

respektiere, wenn Palliativmediziner, übrigens Borasio eingeschlossen, sagen: Unsere heutigen Möglichkeiten sind so, dass es eigentlich keinen derartigen Fall geben muss und dass die vorhandenen Fälle auch so selten sind, dass es eigentlich eine Verkehrung der Schwergewichte ist, wenn man behauptet, dies sei jetzt das Hauptproblem. Das Hauptproblem ist die medizinische Übertreibung. Das Hauptproblem sind nicht diese Extremfälle. Als Ethiker nehme ich auch den Einzelfall wichtig und deswegen sage ich: Wenn es Einzelfälle gibt, die so beschrieben werden, habe ich das zu respektieren. Auf solche Einzelfälle können Ärzte in persönlicher Verantwortung auch reagieren, ohne dass wir dazu einen generellen Anspruch aller Patienten auf eine ärztliche Suizidassistenz ins bürgerliche Gesetzbuch schreiben müssen.

Die **Vorsitzende**: Das war jetzt Herr Huber. Wir haben jetzt noch ein paar weitere. Ich will nochmal auf eines hinweisen, weil hier manchmal über Ansprüche gesprochen wird. Ich glaube, kein einziger Antrag hat einen Rechtsanspruch des Patienten auf Hilfe formuliert. Das Wort Anspruch steht nirgendwo ...

(Zwischenruf)

SV Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber: Herr Hintze und verehrte Kollegin, ich lese gerne Ihren Paragraphen vor: „Ein volljähriger und einwilligungsfähiger Patient, dessen unheilbare Erkrankung unumkehrbar zum Tod führt, kann zur Abwendung eines krankheitsbedingten Leidens, die Hilfestellung eines Arztes bei der selbstvollzogenen Beendigung seines Lebens in Anspruch nehmen ...“

(Unruhe im Saal)

Die **Vorsitzende**: „...in Anspruch nehmen...“, das heißt: Kann in Anspruch nehmen. Das ist aber etwas anderes als einen Rechtsanspruch zu haben, dass ein Arzt mir hilft.

SV Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber: „... kann beanspruchen...“ Natürlich nicht bei einem bestimmten Arzt, weil der bestimmte Arzt das auch ablehnen kann, aber ...

(Zwischenrufe, Unruhe im Saal)

(Zwischenruf: ...im Übrigen, wo wir gerade dabei sind, ist Borasio auch falsch zitiert worden...)



SV Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber: Ich gebe zu Protokoll, dass ich zur Kenntnis nehme, dass das Wort Anspruch hier anders gemeint ist.

Die **Vorsitzende:** Gut. Das darf jeder werten, wie er möchte. Jetzt wertet vielleicht schon jemand. Jetzt kommt Herr Professor Merkel. Ich will nur, bevor ich Sie drannehme, noch einen Satz in die Runde werfen. Wir haben noch sieben Sachverständige, die Fragen haben. Dann wird es ungefähr eine Stunde später als das avisierte Ende der Sitzung sein. Herr Hillgruber hat es schon gesagt, dass er gleich gehen muss, weil er sich auf die 18-Uhr-Regelung, die wir angegeben hatten, verlassen und gebucht hat. Ich weiß auch nicht, wie es bei anderen ist. Ich bitte nur alle Beteiligten hier in der Zwischenzeit untereinander zu klären, wie verfahren wird. Wenn gar nichts hilft, muss ich unter den Rechtsausschuss-Mitgliedern darüber abstimmen, soweit außer mir noch einer anwesend ist. Den einen oder anderen sehe ich noch. Jetzt hat Herr Professor Merkel und dann Frau Professor Rissing-van Saan das Wort. Bitte.

SV Prof. Dr. Reinhard Merkel: Zu dieser Anspruchsfrage will ich jetzt nichts sagen. Die Reaktionen der Abgeordneten haben mir schon deutlich gemacht, dass sie das richtig sehen. Natürlich hat er keinen Anspruch gegen irgendeinen Arzt. Das haben wir im Schwangerschaftsabbruchsrecht ganz genauso. Keine Schwangere hat einen Anspruch darauf, dass Herr Dr. X ihre Schwangerschaft abbricht. Sie hat aber einen Anspruch darauf, dass der Staat nicht interveniert, und jemanden, der bereit ist, das im Rahmen der Gesetze das zu machen, nicht mit Strafe oder mit sonstigen Drangsalierungen bedroht. Darauf hat sie in der Tat einen Anspruch, und das steht in dem Gesetzentwurf Hintze/Reimann. Frau Sitte hat mich etwas gefragt, und darauf will ich kurz eingehen. In meiner Stellungnahme habe ich geschrieben: Gerade die Geschäftsmäßigkeit hat so einen ungunstigen Unterton, darüber sind wir uns einig, weil die Affinität zur Gewerbmäßigkeit – ich mache meinen Profit aus der Lebens- und Sterbensnot anderer – mit anklingt. Wir meinen, und Sie haben das richtig formuliert, dass jemand das mehrmals kompetent macht und sich deswegen die entsprechenden Kompetenzen erwirbt, zu beurteilen, ob der, der ihn fragt, eigentlich

freiverantwortlich handelt oder nicht. In der Tat glaube ich, dass erstens die Kompetenz gerade der Ärzte höher ist als irgendeines beliebigen Familienangehörigen, der um Suizidhilfe gebeten wird. Der ist nach dem Entwurf Brand/Griese auch weiterhin straffrei. Die Strafdrohung damit zu legitimieren, dass das Risiko unfreier Suizide durch die Geschäftsmäßigkeit der ärztlichen Kompetenz gefördert würde, finde ich hoffnungslos unplausibel. Ich vermag das nicht einzusehen. Stellen Sie sich den 80-Jährigen vor, der von seiner 80-jährigen schwerstkranken, leidenden, sterbenden Frau um Suizidhilfe gebeten wird. Jetzt sagen Sie: Natürlich soll das erlaubt bleiben. Aber wenn die zum Arzt geht, besteht die hohe Gefahr, dass der verkennt, dass das gar nicht freiverantwortlich ist. Deswegen führen wir eine generelle, abstrakte Gefährdungstraftbarkeit gegen alle, die es geschäftsmäßig machen, ein. Ich halte das, auch an Herrn Hillgruber adressiert, für illegitim. Das Prüfungsschema, das Verfassungsrecht, ist eine andere Frage. Das ist in unserem Staat nicht legitim, mit solchen freihändigen Behauptungen zu operieren: Die Ärzte oder sonstige kompetente Leute, die das beurteilen, erhöhten das Risiko, dass unfreie Suizide gefördert würden. Das ist so weit entfernt hergeholt, dass ich nicht in der Lage bin, das einzusehen. Ihre Frage, Frau Sitte: Wie soll man das bei individuellen Suizidhilfen gewährleisten? Ich kann nur sagen: Sie können es nicht annähernd so effizient und wirksam kontrollieren wie bei der sogenannten organisierten Suizidhilfe. Die müssen ihre Berichte vorlegen. Nehmen wir mal die Ärzte aus. Nehmen wir mal die sogenannten Sterbehilfe- oder Suizidhilfegesellschaften. Die müssen kontrolliert werden. Wenn sie dann irgendwelche dubiosen Dinge hinlegen, wird der Staatsanwalt eingeschaltet. Die Kontrolle funktioniert viel besser als bei einem Familienangehörigen, der keine Ahnung von Autonomie und Freiheit und sonstigen Dingen hat. Im Übrigen möchte ich darauf hinweisen: Wir haben im Versicherungsvertragsgesetz einen § 161, der sagt, dass Lebensversicherer von ihrer Leistungspflicht frei werden, wenn der Suizid nicht freiverantwortlich war. Nahezu alle obergerichtlichen Entscheidungen, die dazu ergangen sind, haben die Freiverantwortlichkeit des Suizids attestiert und festgestellt. Wir können nicht hergehen, Herr



Huber tut das meiner Meinung nach ein bisschen, und sagen: Alles dubios, die sind depressiv, die leiden, das tangiert die Freiverantwortlichkeit. Da müsste die Rechtsordnung schon kohärent und konsistent bleiben. Wenn Sie sich vorstellen, dass jemand in dem Zustand eines Menschen, der mit Gründen, die man von außen verstehen kann, sein Leben beenden will, schwerstleidend, unheilbar krank, sterbend, dass der in diesem düsteren Zustand jemanden Dritten tötet, käme niemand auf die Idee zu sagen: Das ist doch nicht freiverantwortlich, der war doch deprimiert. Warum machen wir das bei dem Suizid einfach? Das sind suggestive Mobilisierungen von Affekten, die juristisch ungewaschen sind. Herr Gehring hat mich gefragt, welche Handlungen vor dem Hintergrund des Ziels des Entwurfs Künast/Sitte unbedingt straffrei und erlaubt bleiben sollten. Das gibt mir auch Gelegenheit, Herr Brand, an Sie zu adressieren: Die Dinge, die in der Resolution der Strafrechtslehrer als unbedingt straffrei postuliert und gefordert werden, sollen straffrei bleiben. Sie überschätzen meine Unterschrift unter dieser Erklärung bei Weitem, wenn Sie meinen, dass das irgendetwas mit Ihrem Entwurf zu tun hatte. Ich habe diese Erklärung der Strafrechtslehrer unterschrieben, weil das, was dort steht, was straffrei bleiben soll, straffrei bleiben soll. Das habe ich lange bevor ich Ihren Entwurf kannte getan. Das Strafrecht ist aus diesen Dingen rauszuhalten. Herr Gehring, als materielle Antwort auf Ihre Frage: Das muss deswegen straffrei bleiben, weil wir uns von diesen beiden Zielen bei der Möglichkeit Ärzten einzubinden, die dazu bereit sind, die das vor ihrem Gewissen rechtfertigen können, eine suizidpräventive Wirkung versprechen können. Das darf man nicht so formulieren: Ich mache Suizidhilfe suizidpräventiv. Das Einschalten der Ärzte vor dem Hintergrund ihrer ärztlichen Pflichten wirkt suizidpräventiv! Zweitens, weil in diesen seltenen, extremen Fällen, in denen der Patient oder die Patientin nicht mehr kann und das Leben nicht mehr erträgt, die Alternative, die sich vor dem Auge des Arztes abzeichnet, die ist: Entweder ich helfe, oder er macht einen rabiaten Gewaltakt gegen sich selbst. Vor diesem Hintergrund sollte die humane Hilfe des Arztes unbedingt straffrei bleiben. Es gibt keine an sich unwürdigen Sterbensvorgänge, aber es ist menschenunwürdig, jemanden zu von außen zu

sagen, der schwerstens leidet, beim Sterben ist und nicht mehr kann: Das wissen wir besser als du und jeder, der dir dabei helfen will, bei deinem Nichtmehrkönnen, bedrohen wir mit Strafe. Das ist allerdings nicht würdig. Das objektive Sterben ist niemals unwürdig. So viel dazu.

Die **Vorsitzende**: Danke. Dann hat jetzt Frau Professor Rissing-van Saan mit einer Frage von Herrn Beck das Wort.

SVe **Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan**: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Herr Beck wollte von mir und von Herrn Professor Augsberg wissen, was Sie eigentlich in Ihrem Entwurf geregelt haben. Ich darf die Blumen, die mir Herr Professor Hilgendorf überreicht hat, mit Dank entgegennehmen und versuche, dem gerecht zu werden. Ich glaube, dieser langen Erfahrung als Richterin bedarf es gar nicht. Das lernt jeder Jurastudent, wenn er einigermaßen an seinem Fach interessiert ist, und auch der junge Staatsanwalt und die junge Assessorin bei Gericht können durchaus mit Gesetzen umgehen. Das ist das Handwerk, das wir an der Universität lernen, und das man in der Praxis täglich anwenden muss. Das heißt: Ich muss mich erst einmal vergewissern, was denn im Gesetz steht. In § 217 des Entwurfs Brand/Griese steht, ich darf es noch einmal vorlesen: "Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern," - das setzt also die Absicht, eine zielgerichtete Absicht im Sinne einer Förderung der Selbsttötung eines anderen voraus - „diesem hierzu zur Förderung der Selbsttötung geschäftsmäßig“ - also auf Wiederholung angelegt, geschäftsmäßig heißt, jemand macht so etwas zu seiner Profession - „die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt“ - von Beratung ist hier übrigens keine Rede - „wird mit Freiheitsstrafe usw. bestraft“. Für mich ist das ganz klar. Ziel ist es, die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung mit Strafe zu belegen. Darunter fällt nicht die normale ärztliche heilende, beratende, lindernde Tätigkeit eines Mediziners, sondern es ist eine auf Wiederholung angelegte Tätigkeit in der Absicht vorausgesetzt, Suizid zu fördern. Dass der Suizid nicht durchgeführt oder vollendet werden muss, ist nach dem Gesetzeswortlaut klar, und deswegen reicht auch hinsichtlich einer möglichen Beendigung der bedingte Vorsatz. Ich glaube, so



kompliziert ist das gar nicht. Kompliziert geworden ist das erst durch diverse Beispiele, die gar nicht unter diesen Gesetzeswortlaut subsumiert werden können. Das ist meine Meinung. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Danke, dann ist jetzt Herr Sahn mit mehreren Fragen an der Reihe.

SV Dr. Stephan Sahn: Zunächst zu Frau Griese. Sie hatten angesprochen, wie man mit Suizidwünschen von Menschen umgeht. Ja, die gibt es, übrigens nicht nur am Lebensende. Die gibt es in der Pubertät, auch sonst im Gesunden und in Krankheitszuständen. Mit Suizidwünschen geht man nicht um, indem man sie verurteilt. Deswegen kommt das auch nicht vor, dass man abgewiesen wird und sich sozusagen vor dem Zug legen muss. Das ist eine Fallkonstellation, die einfach sachlich falsch ist, und auch jeder ärztlichen Kunst widerspricht. Ich kenne selbst solche Fälle und habe gerade eine Patientin vor Augen, die jetzt, nachdem sie ihre Anpassungsstörung – so nennen wir das – durchlebt hat, wieder mit ihrem Mann essen geht, angesichts ihrer tödlichen Erkrankung. Das heißt: Das bei dem Patienten stehen geht in allen Situationen, auch eben am Lebensende. Das ist das, was wir tun. Das tue ich auch als Chefarzt. Ich trete nicht in einen Wettbewerb ein, wer mehr Todeskranke betreut. Aber es sind sehr, sehr viele. Mit denen sitzen wir am Bett und ich spreche auch persönlich mit denen. Gerade, wenn das auch als Intimbekämpfung artikuliert wird. Es ist eine Frage des Vertrauens. Es führt dann direkt über zur Frage von Frau Vogler. Sie wollte wissen, welche Personen das denn sind. Die Erfahrung der Palliativmediziner, die immer angesprochen werden, zu denen ich auch gehöre, zeigt ja, dass das gerade keine Rolle spielt und dass die Fallgeschichten, die auch Herr Merkel angesprochen hat, der seltene Fall am Lebensende, gerade nicht die entscheidenden sind. In den Gesetzentwürfen, die dafür explizit Freiraum schaffen wollen, steht anderes drin. Dort ist von Menschen mit einer irreversiblen tödlichen Erkrankung – ich beantworte gerade auch gleichzeitig die Frage von Frau Müller – die Rede. Das sind Diagnosen, die wir teilweise drei, vier, fünf, acht Jahre vorher stellen. Die Menschen durchleben depressive Phasen, wenn wir sie begleiten. Wenn sie wiederholt den Wunsch

äußern, ist es eben ein hermeneutischer Akt. Das ist jetzt authentisch. Genau das ist ja die Haltung einer freien und humanen Gesellschaft, die Freiheit dadurch sichert, dass sie sagt: Da müssen wir uns des Urteils enthalten, weil wir das nicht sagen können. Genau das ist der Grund, warum die Ärzteschaft es in der Mehrheit nicht will. Wenn es so wäre, wie Frau Sitte gesagt hat, dass wir in Deutschland jetzt die liberale Regelung haben, warum sollte es auf einmal so schlimm werden? Das ist, weil die Ärzte es mehrheitlich nicht tun wollen. Man kann das jetzt wieder in Analogie zu anderen Ländern sagen: Es besteht die Gefahr, dass es sozial Schwache trifft. Das ist zunächst ein absolutes Thema von „weißen Kauasiern mit gutem Einkommen“. Aber Sie müssen damit rechnen, dass es andere soziale Schichten betrifft. Das ist der Grund, warum es in anderen Ländern zunimmt. Das dauert, das kommt mit einer Latenz. Das führt zu einer Exzess-Mortalität, die vermeidbar ist. Das wird jetzt hier gesellschaftspolitisch entschieden oder am 4. November.

Dann wurde nach den Suizidvereinigen gefragt, Herr Dr. Terpe. Genau die sind es nicht, weil das Angebot als solches diese soziale Akzeptanz suggeriert, bei der wir uns des Urteils enthalten müssen. Der Wildwuchs steigert sich schon. Es ist eben nicht transparent, weil unterschiedliche Zahlen angegeben werden. Lifecircle in der Schweiz gibt es nicht an. Die Regierung hat andere Zahlen als Exit und Dignitas zusammen. Das kann man in den offiziellen Statistiken selbst einsehen. Wenn Sie nun die Arbeit der Euthanasiekommissionen betrachten, das sind die Kommissionen in den Niederlanden, die retrospektiv die Fälle, auch des ärztlich begleiteten Suizids überprüfen - ich kenne schon den Unterschied zwischen Tötung auf Verlangen, aber die überprüfen auch diese Fälle - dann merken Sie den Wildwuchs, und der ist leider Gottes dramatisch. Das führt auch zur Beantwortung einer weiteren Frage von Frau Müller, wie Ärzte damit umgehen. Die Ärzteorganisationen wollen es nicht. Wenn es im Bürgerlichen Gesetzbuch anders statuiert wird, dann wird es Ärzte geben, die es tun. Wir werden den Wildwuchs haben, werden die Exzess-Mortalität haben, das Abendland wird nicht untergehen, aber keine verwerfliche Handlung war so unvergleichlich, dass das Abendland



untergegangen ist. Es gibt unterhalb dieser Schwelle sehr viele unschöne Dinge. Dazu gehört auch die Freigabe der Suizidassistenten. Die Frage, Herr Dr. Terpe, ob der assistierte Suizid durch Ärzte suizidpräventiv wirken kann: Im persönlichen Umgang wirkt der immer suizidpräventiv, aber dazu muss ich ihn nicht anbieten. Wir müssen als Ärzte ständig über Themen mit Menschen sprechen, im Rahmen von Suchtkrankheiten, sexuellen Deviationen, in denen wir uns nicht die Handlung des Betroffenen zu Eigen machen. Es ist gerade die ärztliche Kunst, den Patienten dann zu führen. Das gilt auch im Umgang mit Suizidwünschen, und das geht. In dem Mutterland der hospizlichen Bewegung in der Neuzeit - Cicely Saunders in London - hat man genau aus diesem Grunde die Beihilfe zum Suizid neulich zurückgewiesen. Zur Wahrscheinlichkeit des Todes können wir bei schweren Erkrankungen statistische Angaben machen. Einige sitzen vielleicht mit einer solchen Erkrankung hier: Frauen mit Brustkrebs mit Metastasen. Wir wissen, es ist eine Systemerkrankung. Wir können Statistiken angeben, die natürlich individuell nicht richtig sein müssen, aber im Ganzen stimmen. Wir wissen, dass Unumkehrbarkeit und Tödlichkeit keine Kriterien der Todesnähe sind. Das heißt, dass die Entwürfe von Frau Künast als Erstautorin und Herrn Hintze insgesamt eine ganz andere Entwicklung freisetzen, dass Suizid als akzeptierte gesellschaftliche Norm angesehen wird. Das erleben wir in den Ländern, in denen das der Fall ist. Dann können wir doch die Analogie nehmen. Es gibt kein Land, in dem diese Handlungen legalisiert sind, in dem es nicht zu einem Anstieg gekommen ist. Das ist höchst bedauerlich. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Jetzt hat Herr Professor Schockenhoff zwei Fragen von Herrn Dörflinger und Frau Lücking-Michel.

SV **Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff**: An mich richtete sich die Frage von Herrn Dörflinger, ob der Rechtsstaat nicht im Blick auf die fundamentale Bedeutung des Rechtsgut des Lebens generell die Suizidbeihilfe unter Strafandrohung stellen sollte. Zunächst – er könnte das. Das widerspricht nicht schon als Solches der Idee der Rechtsstaatlichkeit. Das zeigt auch das Beispiel Österreich. Der Staat muss

tolerieren, wenn ein Einzelner sein Leben beendet und es nicht mehr für lebenswert hält. Er kann aber nicht einem Dritten das Recht einräumen, dieses Urteil zu bestätigen und sagen: Die Nichtexistenz dieses Menschen ist in der gegebenen Lage seiner weiteren Existenz vorzuziehen. Das darf der Rechtsstaat nicht. So etwas dürfte er nicht fördern. Auf der anderen Seite sind das tragische Einzelsituationen, die wir bislang unter der bisherigen Geltung des § 217 StGB hatten. Es ist in der Regel davon auszugehen, dass, wenn jemand Suizidbeihilfe leistet, ein nahestehender Mensch, das aufgrund einer diese Tragik mitempfindenden Gewissensentscheidung tut. Da meine ich, hat ein Rechtsstaat auch mit guten Gründen, das Recht, von Strafandrohung abzusehen, um diesen Raum der Privatheit und der Verbundenheit zu schützen und nicht mit dem Strafrecht dort einzudringen. Das ist ein Abwägungsspielraum. Ich denke, er ist bislang in unserer Rechtstradition auch angemessen genutzt worden. Das führt mich zu der Frage von Frau Lücking-Michel, ob die geplante Einführung der Strafbarkeit der geschäftsmäßig angebotenen Suizidbeihilfe nicht die Autonomie gefährden oder ihre Bedrohung abwehren würde. Ich glaube, das Zweite ist der Fall. Manche fragen ja: Wie kann das sein, wenn eine Handlung als individuelle straffrei bleibt? Wie kann sie strafbar werden, wenn mehrere sie gemeinschaftlich oder in einem Muster, das auf Wiederholung angelegt ist, begehen? Die Antwort ist einfach: Weil dann der Druck, der auf den Betroffenen lastet, größer wird und die gesellschaftliche Sogwirkung erheblich anders ist. Auch dafür gibt es Beispiele. Es war schon nach der EKD-Umfrage gefragt worden. Da sagen 62 Prozent der Befragten: Wir stimmen der Aussage „Die Menschen entscheiden sich für einen vorzeitigen Tod, wenn Ärzte Suizidbeihilfe leisten dürfen“ zu. 31 Prozent sind der Auffassung, die Menschen würden dann vermehrt um todbringende Medikamente bitten, weil sie sich als Belastung für ihre Familie oder die Gesellschaft fühlen. Das hat mit Autonomie nichts zu tun, wenn man, um einer gefühlten Belastung zu entgehen, um etwas bittet, was man nur zur Abwehr dieser Belastung möchte. Deshalb halte ich das für eine maßvolle Sanktion des Rechtsstaates. Insgesamt halte ich diesen Entwurf von Brandt/Griese für eine ausgewogene Balance



zwischen den zwei Zielen eines Rechtsstaates, nämlich einmal die Freiheitsverbürgung in ausreichendem Maße zu gewährleisten, aber dann auch den Lebensschutz bzw. die Abwehr von die Autonomie bedrohenden Gefahren, die sich aus gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben können.

Die **Vorsitzende**: Frau Professor Schöne-Seifert hat Fragen zu beantworten.

Sve **Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert**: Ich möchte gerne meine Antworten zu den beiden Fragen von Frau Sitte und Frau Reimann zusammenfassen, weil sie beide prognostische Aspekte unterschiedlicher Suizidregelungen betreffen. Ich möchte gerne dazu drei Punkte ganz kurz diskutieren. Erstens: Es scheint mir von größter Bedeutung zu sein, dass wir uns alle klar machen, dass der Blick auf empirische Daten von Oregon oder der EKD oder, oder, oder für uns alle die Gefahr bringt, dass wir sie mit voreingenommenen Blicken annehmen und aus Zahlen etwas zaubern, was wir gezaubert wissen wollen. Deswegen finde ich es außerordentlich bedrückend, dass wir hier nicht genug Zeit haben, um uns der Daten richtig anzunehmen und uns vernünftig und mit guten Argumenten einer tragfähigen Interpretation anzunähern. Wir haben hier von Herrn Schockenhoff – also aus berufenem theologischem Munde – gehört, dass in Oregon die Daten in 15 Jahren um das Siebenfache, also 700 Prozent, gestiegen seien. 17 im ersten Jahr der Erlaubnisregelung, da fing die Lernkurve gewissermaßen an, und dann über viele Jahre 60 Prozent und 70 Prozent – das kann man immer für jedes Jahr im Internet nachlesen – und im letzten Jahr 105 Prozent. Daraus bei diesen niedrigen absoluten Zahlen einen Dammbbruch abzulesen, scheint mir wirklich nicht legitim. Es waren Indizien für problematische Prognosen. Man muss hier zwischen einer legitimen, aber vielleicht steigenden Inanspruchnahme und einem Dammbbruch, das heißt einer gegen die ursprünglichen Kriterien und Absichten verstoßenden Masseinanspruchnahme unterscheiden. Wenn Herr Huber zitiert, dass die EKD-Stellungnahme unter Befragten meint, dass 61 Prozent glauben, dass mit einer Erleichterung der ärztlichen Suizidhilfe mehr solche Hilfe in Anspruch genommen wird, heißt das doch zunächst nichts anderes, als dass eine

möglicherweise ganz legitime Inanspruchnahme erwartet wird. Wer, meine Damen und Herren, einen Notausgang baut, für diejenigen, die definiert in Not sind, kann doch nicht aus der Tatsache, dass dieser Notausgang benutzt wird, ablesen, dass es unvernünftig war, den Notausgang zu bauen. Er kann das aber unvernünftig und fragwürdig retrospektiv finden, wenn er sieht, dass auch Leute, die nicht in Not sind, diesen Notausgang verlassen. Diesen Unterschied muss man einfach machen. Dieser Unterschied zwingt uns auch dazu, Farbe zu bekennen, mehr als wir das hier aus opportunen Gründen auf beiden Seiten tun – Farbe zu bekennen in der Frage, was wir verhindern wollen. Wir jonglieren mit unterschiedlichen Präventionsideen. Die „Liberalisierer“, wenn ich das mal so nennen darf, sagen: Wir haben auf diese Weise ein großes Präventivpotential. Die „Verbieter“ sagen: Wir wollen verhindern, indem wir die Hürden mit dem Strafrecht oder woanders so hoch wie möglich setzen. Wir wollen doch aber – das muss man einfach ehrlich sagen – in diesen beiden Fraktionen unterschiedliches verhindern. Die einen wollen jeden Suizid verhindern und lesen einfach aus den Zahlen ab, wie viel Suizide bei Schwerstkranken passieren. Die „Liberalen“ wollen verhindern, dass Suizide vorschnell stattfinden, weil die Patienten glauben, sie würden sonst keine Möglichkeit mehr finden, das zu erledigen. Wie Wolfgang Herrndorf, der sozusagen am letzten Tag, wo er es noch selber konnte, die Pistole an den Mund setzte. Wir wollen verhindern, dass uninformierte Suizide stattfinden. Wir wollen verhindern, dass Suizide bei Patienten stattfinden, die nicht so gut wie möglich mit Versorgungsangeboten der Palliativmedizin ausgestattet sind. Aber wenn es dann zu einzelnen Suiziden kommt oder zu ein paar hundert im Jahr oder vielleicht auch zweitausend, wer kennt diese Zahlen genau, ist das doch kein Zeichen dafür, dass etwas schief gelaufen ist. Deswegen ist dieses Aufrechnen von Zahlen einfach ein unbilliges Spiel. Dritter und letzter Punkt: Wir haben gehört, dass es eine ganze Reihe von nichtempirischen Prognoseängsten gibt: Leichtfertigkeit gegenüber der Unterscheidung zwischen psychischen Belastungssituationen, Verzweiflungssituationen, die natürlich psychischer Art sind als Reaktion auf Krankheiten auf der einen Seite und mentalen



Störungen auf der anderen Seite. Skepsis wurde aufgeföhren gegenüber dem ökonomischen Druck, gegenüber dem sozialen Druck, gegenüber dem Druck auf die Integrität von Ärzten, die hier Hilfe leisten können. Wenn diese ganzen Bedenken, diese Selbstbestimmungsskepsis, die da in geballte Form aufgeföhren wird, wirklich Hand und Fuß hätte, müsste sie doch längst bei den Therapieabbrüchen auftreten. Warum haben wir diese Skepsisasymetrie. Immer da, wo jemand sagt: Er möchte nicht mehr beatmet werden, er möchte keine künstliche Ernährung, er möchte keine Blutwäsche, obwohl das Leben verlängert werden könnte, haben wir diese Bedenken alle nicht. Dahinter kann doch nur etwas stehen, was hier auch immer wieder anklang, die Menschenwürde gebietet eigentlich den natürlichen Tod. Ist denn wirklich der Tod von eigener Hand unter allen Umständen gottlos, naturwidrig und deswegen moralisch anrüchig? Gibt es sozusagen eine Duldungspflicht, eine Demutspflicht, eine Abwartenspflicht moralischer Natur auf den natürlichen Tod zu warten. Die Antwort geben diejenigen, die hier die Hürden hochhängen wollen bisher nicht.

Die **Vorsitzende**: Jetzt bitte Herr Sitte.

SV Thomas Sitte: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Jetzt habe ich einen ganzen Strauß an Fragen und kann mich auch nicht ganz so kurz fassen wie vorhin. Vielleicht vorneweg: Ich wollte einmal Mathematik studieren, habe dann doch Medizin studiert und bin deswegen recht zahlenaffin. Oregon hat gut vier Millionen Einwohner und ist etwas kleiner als Deutschland. Die Zahlen muss man also doch in dieser Form auch dann bewerten. Ich möchte vorneweg einen kleinen Abriss geben und dann nochmal auf ein paar Dinge eingehen, die ich dann im Abschluss vergessen habe. Wenn es um Suizide geht, die wir besprechen, gibt es zweierlei Suizide: Die Bilanzsuizide oder die aus einer Depression heraus und die aus Leiden heraus. Die Bahnsuizide, die Schienensuizide werden immer herbeigezogen. Den Leiter der Bahnsicherheit kenne ich seit 50 Jahren. Ich habe ihn diese Woche gefragt: Wie es ist mit den Bahnsuiziden? Er ist seit 40 Jahren bei der Bahnsicherheit. Seit 30 Jahren hat er dort Bahnsuizide aktiv – nicht begleitet –, sondern bearbeitet. Sie können dort bei der Bahn auch nachfragen, das sind nicht die

Patienten, von denen wir hier reden, wenn wir von den Patienten reden, die Angst vor Leiden haben. Das sind einfach andere Patienten. Wir können, wenn wir Palliativpatienten – wie es Herr Töns vielleicht macht –, aufklären oder in diese Richtung begleiten oder eine Assistenz anbieten würden, keine Bahnsuizide verhindern – vielleicht manche anderen Suizide, aber nicht die bei der Bahn. Die Patienten, die ich in der Praxis als Arzt gehabt habe, als Schmerztherapeut oder in der Hausarztpraxis, waren Patienten, die häufig einen Bilanzsuizid machen wollten, verzweifelt waren, in einer Notlage oder depressiv gewesen sind. Denen habe ich nicht angeboten, einen Suizid zu fördern. Sie sind zu mir als Hausarzt gegangen oder als Schmerztherapeuten und wussten nicht mehr weiter. Die hatten keine Angst, zu mir zu kommen, obwohl ich kein Angebot gemacht habe. Jeder verantwortungsvolle Hausarzt oder Psychiater macht mit diesen Patienten ein antisuizidales Bündnis, um den Suizid zu verhindern und sagt dann: Bitte, bevor sie es dann doch tun, rufen sie mich an. Da heißt: Die Anbindung ist wichtig, um den Suizid zu verhindern, nicht das Angebot der Förderung – ich erleichtere es dir dann. Wenn es jetzt – Palliativmedizin, Palliativversorgung mache ich seit vielen Jahren – um diese wirklich schwerstleidenden Patienten und um deren Lebensende geht: Ich habe mich für diese Diskussion über diese Gesetzgebung intensiver mit dem Thema beschäftigt und habe dazu eine Dissertation mit harten Zahlendaten und Fakten verfasst, die ich auch wirklich gerne anbieten kann. Ich habe im Rahmen dieser Dissertation eine Umfrage gemacht, bei der es um nahezu 18.000 Tote gegangen ist. 18.000 verstorbene Palliativpatienten. Es gab übrigens eine Rücklaufquote von 86 Prozent der befragten Teams. Sie ist wirklich hoch reliabel, ganz anders als die anderen Studien, die auf dem Markt sind. Von diesen 18.000 verstorbenen Patienten ist gut tausendmal um Suizidassistenten gebeten worden oder um – ganz anders noch – Tötung auf Verlangen. Auch ich bin häufig um Tötung auf Verlangen gebeten worden. “Doktor mach mich tot, gib mir eine Spritze“. Was sehr spannend ist: Viele dieser Ärzte waren offen in der Beratung. Ich bin auch offen in der Beratung. Wenn ein Patient mich fragt, gebe ich Rat und Antwort, aber ich biete es nicht von mir aus aktiv an und ich bin



glücklicherweise bei weit über 1.000 Sterbegleitungen, die ich als Palliativmediziner gemacht habe, davon gut über 100 Beratungen in dem Zusammenhang, nie in die Verlegenheit gekommen, dass ich Suizidassistent leisten musste. Auch bei diesen 18.000 Verstorbenen gab es gerade einmal 0,09 Prozent Suizide. Das waren aber deswegen keine Suizide, weil der Patient so leiden musste. Das waren Suizide, weil der Patient nicht behandelt werden wollte, oder weil er nicht mehr leben wollte, eine Bilanz gezogen hatte. Es war nach den Aussagen von den Kollegen kein einziger Patient dabei, der gestorben ist, weil sein Leiden nicht zu behandeln war. Das ist eine wichtige Aussage, die man einfach kaum oft genug wiederholen kann. Hätte ich von mir aus die Beihilfe zur Selbsttötung aktiver angeboten, wären von meinen 100 oder 150 Patienten, die mich konkret gefragt haben, sicherlich eine ganze Reihe Tage, Wochen, Monate vor ihrem Tod gestorben. Ganz sicher. Wenn wir die Zahlen aus der Schweiz anschauen, aus Nachbarländern, aus Oregon, aus anderen Ländern, wo es Suizidassistent gibt, gibt es Steigerungsraten, etwa alle sechs Jahre eine Verdoppelung. Das ist am Anfang nicht viel in Zahlen, aber auf die Dauer wird es eben deutlich mehr. Ich glaube: Wenn wir jetzt hier letztlich Regeln für ein Regelangebot der Suizidassistent schaffen wollen – gut gemeint vielleicht durch Organisationen, durch einzelengagierte „Sterbehelfer“ –, dann ist es doch, wenn wir medizinische Maßnahmen einführen, ganz wichtig, zu überlegen: Wird es nutzen? Wird es vielleicht eine Prävention bewirken? Aber auch: Wird es sicher nicht schaden? Ich kann als Pharmafirma kein Medikament auf den Markt bringen ohne nachzuweisen, dass es nicht schaden kann. Wenn vielleicht Nebenwirkungen auftreten, wird es vom Markt genommen. Es ist doch völlig absurd, wenn wir positive Regeln für eine Erleichterung, für ein Regelangebot der Beihilfe zur Selbsttötung schaffen, dass wir nicht sauber Nachweis führen müssen, dass es nicht schaden kann, dass kein Kollateralschaden entstehen kann. Die Deutsche Palliativstiftung hat jetzt auch eine Umfrage durchgeführt, die die Zahlen der EKD noch einmal auch untermauert. Die allermeisten Menschen wissen überhaupt nicht, worum es geht, was in Deutschland erlaubt ist. Eine repräsentative Umfrage von infratest

dimap: 87 Prozent haben gedacht, Suizidassistent sei in Deutschland ein Straftatbestand. Trotzdem fordern 77 Prozent der Befragten: Wir wollen die Tötung auf Verlangen. Das ist das, was das Volk in Deutschland will. Wenn Sie, sehr geehrte Damen und Herren, das umsetzen wollen, was der Wähler von Ihnen erwartet, ist das die Tötung auf Verlangen, aber nicht die Suizidassistent. Ich glaube nicht, dass wir in der Frage unbedingt auf die Wähler hören müssen. Ich glaube nicht, dass wir hier über das diskutieren können, was der Wähler eigentlich will und was die Bevölkerung möchte, weil sie einfach für Tötung ist. Wenn ich hier die Suizidassistent ausweite, ein Geschäftsangebot dafür mache, dann kann es sicherlich so sein, dass die, die es geschäftsmäßig anbieten, es profiliert machen, todsicherer machen. Aber es gibt immer auch ein Restrisiko, wo es einmal schief geht und letztlich ist es auch – es ist pervers zu sagen – nicht wirklich schwierig, einen Menschen zu töten. Ich möchte mir jetzt keine Gedanken machen, es ist auch nicht qualitätsgesichert, aber jeder Hausarzt kann das, jeder Nachbar kann das eigentlich auch. Wir brauchen keine Menschen, die sich auf Tötungshilfe spezialisieren, sondern wir brauchen Menschen, die gleichzeitig bei einer Beratung ein hochqualifiziertes Angebot für die Leidenslinderung machen können. Denn wenn Sie die Fälle beachten, untersuchen, die öffentlich verfügbar sind, die in die Schweiz gefahren sind – zur Suizidassistent –, sich von Sterbehilfe Deutschland haben begleiten lassen, dann sehen Sie: Das waren nahezu alle Patienten, die entweder hier in Deutschland hätten sterben dürfen, wenn man ihr Sterben zugelassen hätte, sie gemäß ihrem Willen nicht behandelt hätte, keine lebensverlängernden Maßnahmen gemacht hätte. Oder es waren Menschen, die Angst hatten vor Leiden. Die waren zunehmend gelähmt, wollten nicht ersticken und sind dann zur Beihilfe zur Selbsttötung in die Schweiz gefahren. Das sind alles Dinge, die man palliativmedizinisch hätte regeln können. Ich klage da wirklich an, dass diejenigen, die gewerbsmäßig oder geschäftsmäßig Beihilfe zur Selbsttötung anbieten, in der Regel nicht die ausreichenden Möglichkeiten für die Leidenslinderung und für die Symptomlinderung haben. Also genau das Gegenteil ist der Fall. Derjenige, der es gewerbsmäßig und geschäftsmäßig organisiert



anbietet, ist meistens nicht derjenige, der wirklich Alternativen zum Weiterleben bieten kann, sondern das ist derjenige, der das Töten fördern würde. Wenn Sie hochprofessionell Palliativmedizin und Palliativversorgung anbieten, so wie der Kollege Thöns oder ich, haben Sie ein richtiges, echtes multiprofessionelles Team mit einer 24-Stunden-Bereitschaft. Wenn Sie dort solche Patienten haben, die um Sterbehilfe bitten, um Tötungshilfe bitten, können sie ihnen immer eine Alternative bieten und können sagen: „Wir sind immer für Sie da – 24 Stunden am Tag – und wir lösen Ihre Probleme. Sie müssen keine Angst haben. Sie sind nicht alleine gelassen.“ Keiner von uns Palliativmedizinern hat Angst, eine Therapie zu begrenzen und Sterben zuzulassen. Das wäre völlig absurd. Die Ängste sind bei den hier weniger ausgebildeten Ärzten, das sind Ärzte wie die Onkologen, die auch in einer ihrer Arbeiten zitiert werden, die fast nie um Tötungshilfe gefragt werden, sondern die einen Heilungsauftrag haben. Wir Palliativmediziner werden viel häufiger gefragt, aber trotzdem gibt es keinen Grund, dass wir dabei dann etwas tun müssen, dass wir bei der Selbsttötung assistieren müssen. Ich bin überzeugt, wenn ein Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung käme, die auf die Selbsttötung abzielt, tangiert das uns beide überhaupt gar nicht. Keinen Palliativmediziner wird das tangieren, weil wir ja nicht diejenigen sind, die den Suizid fördern wollen, sondern die, die ihn durch die Beratung verhindern würden. Das ist völlig eindeutig. Ich würde mich auf Frau Rissing-van Saans Sachverstand 100-prozentig verlassen. Wenn die geschäftsmäßige Beihilfe ausgeweitet würde, würden die Patienten, die leiden, die verzweifelt sind, nicht mehr zum Palliativ-Care-Team, sondern würden eher zum Tötungsteam gehen und sich dort dann die normale Regeldienstleistung holen. Ich glaube, das ist etwas, was man einfach auch mal besser untersuchen müsste. Alle Patienten und deren Angehörige, die zu uns kommen, sagen hinterher: „Wenn ich das gewusst hätte, wäre mir so viel erspart geblieben.“ Frau Kühn-Mengel – die Patienten wissen nicht, was möglich ist. Sie sind deswegen viel stärker belastet, als es eigentlich sein müsste, deswegen fordern wir auch viel Aufklärung. Zur Wahrscheinlichkeit des Todes und zur

Unumkehrbarkeit der Krankheit: Ich habe ein bisschen Bluthochdruck, ich denke mal, der ist unumkehrbar, wenn ich sehr entspannt bin, ist er niedriger. Er wird in den nächsten dreißig, vierzig Jahren hoffentlich noch halten, wenn ich solange lebe, aber mein Leben hat eine hohe Wahrscheinlichkeit eines Todes. Das sind solche schwammigen Begriffe. Wenn wir damit arbeiten, bekommen alle Menschen die Möglichkeit darunter dann eine Suizidassistenz in Anspruch zu nehmen, auch wenn es keinen Anspruch darauf gibt. Ich glaube also, es darf auf keinen Fall eine ärztliche Aufgabe sein, eine Regelleistung des Arztes, weil es dann ganz anders behandelt werden würde, weil dann die Patienten – denke ich – wesentlich häufiger Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen würden und vorher sterben würden. Da muss einfach nachgewiesen werden, bevor solche positiven Regelungen geschaffen werden, dass sie keinen Schaden anrichten.

Zur Frage von Herrn Franke habe ich eben auch schon gesagt, bei diesen 17.772 Patienten, die verstorben waren, war es die völlig einhellige Meinung aller Kollegen, die hochspezialisiert Palliativpatienten behandeln. Es gab keinen einzigen Fall, in dem Leidenslinderung mit medizinischen Möglichkeiten nicht möglich war. Es konnte immer angeboten werden, aber so, wie ein Patient sich keinen Blinddarm operieren lassen muss, wenn er es nicht will, genauso wie man sich keine Bluttransfusion geben lassen muss, wenn man nicht will, muss man auch keine Palliativbehandlung in Anspruch nehmen, man kann sich das Leben nehmen. Das ist natürlich immer völlig offen.

Die **Vorsitzende**: Jetzt kommt Herr Thöns in dieser Runde als letzter Sachverständiger an die Reihe.

SV Dr. Matthias Thöns: Die erste Frage betrifft die Beratungspflicht. In dem Gesetzestext stehen eigentlich Selbstverständlichkeiten. Ich möchte gar nicht so sehr konkret darauf eingehen, aber es gehört natürlich zur ärztlichen Sorgfaltspflicht, einen Menschen, der mit einem Suizidwunsch zu einem kommt, einmal dahingehend über Alternativen zu informieren. Das halte ich alles für selbstverständlich. Ob man es ins Gesetz schreiben muss, möchte ich bestreiten. Die Strafanzeigen, die mich erreicht haben, kommen oft von Notärzten mit wenig Berufserfahrung. Dann hat mich ein Angehöriger angezeigt, weil



ich wirkungslose Kochsalzpillen abgesetzt hatte, und einmal ein Bestatter, der den Auftrag nicht bekommen hat, weil da eine Morphium-Infusion lief. Der Patient ist auch obduziert worden, und der Rechtsmediziner hatte den Staatsanwalt angerufen und gesagt, so eine kranke Leiche habe er noch nicht obduziert. Das Verfahren wurde eingestellt. So ist es ganz oft, dass eben leider nichts daraus wird. Trotzdem möchte ich sagen, dass, wenn es jetzt einen neuen Straftatbestand zu Pillensuiziden gibt, diese in Bochum doppelt so hoch sind wie die Fälle, in denen die Bochumer Mordkommission wegen Mord, Totschlag oder Messerstechereien ermittelt. Also es wird dann vielleicht in Zukunft doppelt so viele Mordkommissionseinsätze geben. Das halte ich für nicht richtig, und ich möchte der ansonsten von mir wirklich hoch geschätzten Frau Professor Rissing-van Saan ganz zart widersprechen. Sie wissen, dass in Deutschland in den letzten Jahren zwei ganz schlimme Strafverfahren über Jahre Ärzte in den wirtschaftlichen Ruin getrieben haben, bei denen es um ganz klare Dinge der passiven Sterbehilfe ging. Wir sind also überhaupt nicht gefeit davor, dass wir berufsrechtlich vor dem Aus stehen, wenn die Staatsanwaltschaften ermitteln. Das ist einfach so. Wenn jetzt noch neuer Ermittlungsbedarf hinzukommt, sehe ich doch bei meiner ganz normalen palliativ-medizinischen Tätigkeit die Gefahr, dass ich da ins Fegefeuer komme.

Dann bin ich gefragt worden, ob sich etwas mit der Berufsordnung verändert hat. Da ist ganz klar zu sagen: Es gibt Länder, in denen der assistierte Suizid im Moment „erlaubt ist“. Das ist zum Beispiel im liberalen Bayern der Fall. Es gibt überhaupt keine Hinweise, dass es dort einen Dambruch oder einen Tourismus nach Bayern gibt. Das gibt es einfach nicht. Das sind Schwarzmalereien, die nicht passieren. Ich lebe in einem Land namens Westfalen-Lippe, wo es auch liberal geregelt ist. Auch bei uns gibt es nicht irgendwelche Ausweitungen. Das ist nicht so. Und noch etwas ganz Wichtiges: Während das Berufsrecht ja strenger gefasst ist, wurden kurz vorher die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung verändert und von Professor Hoppe – einem ganz toller Ärztekammerpräsidenten – liberaler gefasst. Aber er hat das zu einem Zeitpunkt liberaler gefasst, als er selbst tödlich erkrankt war. Wir sollten hier auf die

Betroffenen hören, meine Damen und Herren.

Dann hatten Sie mich gefragt, ob es nicht ein Widerspruch ist, dass man Ärzte mit Strafandrohung belegt, Angehörige dagegen straffrei lässt – das ist natürlich ein dramatischer Widerspruch. Wenn es sozialen Druck gibt, dann doch bitte von Angehörigen, die 3.500 Euro im Monat für das Pflegeheim bezahlen müssen, und nicht der Hausarzt, der einen Kunden verliert. Das ist doch Blödsinn. Also: Wenn bestrafen, dann doch eher die Angehörigen als die Ärzte, wobei ich beides nicht richtig finde.

Gibt es eine präventive Wirkung der Zulassung? Dazu gibt es wissenschaftlich international keine Daten. Das muss man zugeben, aber die Selbsterschießungen in der Schweiz haben in den letzten zehn Jahren um 50 Prozent abgenommen. Die haben sich halbiert. Das mag man darauf schieben oder nicht. Es ist in jedem Fall eine gute Zahl. Ich möchte aber hier sagen, was ganz wichtig ist: Es gibt zu dem Problem, das mein Freund Thomas Sitte gerade genannt hat, keine guten und ehrlichen Zahlen. Wenn ich Leiden nicht richtig lindern kann, dann ist es doch ein Therapieversagen von mir. Ich bin doch ein Nichtskönner, wenn ich Leiden nicht richtig behandeln kann. Das heißt: Ehrliche Zahlen zu den assistierten Suiziden in Deutschland werden Sie mit Befragungen und insbesondere mit Befragungen, wo Sie auch noch Ihre eigenen E-Mail-Adresse angeben müssen oder Rückrufe erwarten können, nicht erhalten. Das kann man doch nur haben, wenn man etwas anonym mitteilen kann.

Die Häufigkeit ist erfragt worden. Dazu gibt es keine Zahlen. In Oregon sind es 0,3 Prozent. Bei mir ist es so, dass es vielleicht jedes Jahr einmal passiert, also im Bereich 0,2 Prozent. Das sind Raritäten, über die wir hier sprechen – das gebe ich zu, aber die Option wird von jedem vierten Patienten nachgefragt. Und die Option, das beratende Gespräch, wird oft angefragt. Wenn die Patienten wissen. Ich darf es sowieso nicht, wird das in Zukunft nicht mehr mit dem Arzt besprochen. Dann passieren vielleicht auch die schlimmeren Dinge.

Herr Hintze, Sie hatten mich nach den Kriterien gefragt – so habe ich es verstanden. Hier sind die Kriterien ja kritisiert worden: Sind diese



lebenswertend, stuft ein Arzt ein Leben als lebenswert oder nicht ein? Das ist ja verfassungswidrig. Oder schränkt es nicht die Autonomie des Patienten ein, wenn wir da Kriterien definieren? Ich sage: Natürlich braucht es ganz strenge Kriterien. Da kann man vielleicht noch einmal nachkarten. Denn es geht ja, wie Sie richtig sagen, nicht um das „ob“, sondern nur darum, „wie“ ein Mensch stirbt. Dass die Menschen, um die es hier geht, sterben werden, muss doch klar sein. Und die viel größere Gefahr beim Suizid ist doch, dass sich Menschen töten, die eigentlich gar nicht sterben wollen. Dieser Willenswechsel – montags bis freitags sind sie einsam, dann will der Patient nicht leben, samstags und sonntags kommen die Enkelkinder, dann will der Patient leben –, ist doch die große Gefahr. Und um der Gefahr zu begegnen, braucht man schon Kriterien: Dass man sich ohnehin am Lebensende befindet, dass man ohnehin eine schlimme tödliche Erkrankung mit Leiden hat. Meine persönliche Meinung zu dieser Diskussion ist, dass wir viel zu viel über Juristerei und viel zu wenig über Medizin gesprochen haben. Ich habe ganz andere Patienten im Blick, als hier immer wieder genannt wurde. Ich habe Patienten mit Koterbrechen im Blick, die noch Monate zu leben haben. Kot zu erbrechen findet eben nicht jeder erotisch. Ich habe Patienten im Kopf, die Tumore haben, die aus dem Hals wachsen und die mächtig stinken. Das ist auch nicht jedermanns Sache, das über längere Zeit zu ertragen. *[An SV Thomas Sitte gewandt]* Solche Patienten kann ich nicht palliativ sedieren, wenn die noch einkaufen gehen. Das macht keiner von uns. Darüber hinaus habe ich Patienten mit Muskelerkrankungen, mit zunehmender Schluck- und Sprechstörung sowie Atemlähmung im Blick. Auch das ist etwas, was nicht jeder Patient bis zum Lebensende erleben möchte. Mich ärgert am meisten die Diskussion, dass es hier darum geht, angeblich einen Anspruch zu erschaffen oder um ein aktives Anbieten. Das macht doch kein verantwortlicher Arzt. Es geht darum, dass Menschen wie ich straffrei bleiben, wenn sie ihrem Gewissen in diesen Ausnahmesituationen mal folgen. Darum geht es.

Die **Vorsitzende**: Danke Herr Thöns. Jetzt haben wir diese Runde durch. Nur eines müssen wir jetzt noch klären, weil wir nämlich gesagt haben. Wir machen zwei Runden und gegebenenfalls

noch eine dritte, wenn noch Fragen da sind. Herr Brand sagt, er hat noch zwei Fragen. Ich habe auch noch eine Frage. Avisiert war die Anhörung bis 18 Uhr, aber wir machen noch eine dritte Fragerunde. Bitte, Herr Brand.

Abg. **Michael Brand** (CDU/CSU): Herzlichen Dank Frau Vorsitzende. Meine Fragen richten sich an Herrn Augsberg, denn Herr Professor Merkel hat ja zurecht die Frage gestellt, ob man diese Regelungen, über die wir heute sprechen, nicht auch niedrigschwelliger ansetzen kann. Er hat davon gesprochen, dies verwaltungsrechtlich zu regeln. Das ist eine Frage, die uns als Gruppe auch die letzten anderthalb Jahre umgetrieben hat, weil wir keine Regelung wollten, die bei der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe unterlaufen werden kann – und auf der anderen Seite aber nicht übers Ziel hinausschießen wollten. In der Gruppe befindet sich eine Reihe von Kollegen, die gegen eine strafrechtliche Regelung waren und am Ende dieses Diskussionsprozesses zur Abwägung kamen: Wir finden kein milderes Mittel. Ich erlaube mir im Übrigen an der Stelle, Herr Professor Merkel, das noch einmal zu sagen, weil Sie mich ausdrücklich angesprochen haben. Sie haben mit der Stellungnahme sehr explizit auf unseren Gesetzentwurf gezielt, der noch nicht vorgestellt war, weil er noch gar nicht fertig war. Das habe ich während der Sitzung noch einmal nachgelesen und es findet sich – auch das will ich sagen, da Sie ihn ein zweites Mal verteidigt haben – der Satz „In Hospizen und Palliativstationen wird tagtäglich organisiert Sterbehilfe geleistet.“ Dagegen hat sich auch die versammelte Community aus dem Bereich „Hospiz, Palliativ“ gewehrt. Auch das will ich sagen. Meine Frage an Herrn Professor Augsberg...

Die **Vorsitzende**: Das war jetzt auch eine Frage an Herrn Merkel oder?

Abg. **Michael Brand** (CDU/CSU): Nein, das war keine Frage, das war eine Feststellung.

Die **Vorsitzende**: So geht es ja auch nicht. Entschuldigung, Herr Brand, aber wir haben gesagt: „Fragen“. Es kann nicht sein, dass hier Leute angemacht werden und dann nicht reagieren können.

Abg. **Michael Brand** (CDU/CSU): Es ist auch niemand angemacht worden, sondern ich bin direkt angesprochen worden. Also bitte alle



Kollegen hier mit gleichem Maß behandeln. Meine Frage an Herrn Augsberg ist, ob es überhaupt eine strafrechtliche Regelung braucht, um den Missbrauch wirksam zu bekämpfen, oder ob es eine niedrighschwelligere Regelung gibt. Und meine zweite Frage bezieht sich auf den Absatz 2, der noch gar nicht angesprochen worden ist. Auch dort gibt es Behauptungen, es gäbe pauschale Ausnahmeregelungen. Herr Dr. Thöns hat eben gesagt, dass Ärzte und Angehörige hier bestraft würden. Das gibt es nur bei einer gesetzlichen Regelung – das ist der Entwurf Sensburg/Dörflinger. Und deswegen will ich den mal vorlesen, § 217 Absatz 2 StGB – so wie wir ihn vorschlagen: „Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahe steht.“ – Zitatende. Meine Frage ist, wer aus Ihrer Bewertung unter diese Regelung fällt. Oder anders gefragt – ist diese Regelung angemessen?

Die **Vorsitzende**: Ich habe auch noch eine Frage an Herrn Professor Hilgendorf. Wir haben jetzt in dieser Anhörung viel über Motive gehört und warum eine Gesetzesänderung erforderlich ist. Was immer auch die Sachverständigen für die richtige Variante gehalten haben, ist jetzt egal. Es gab eine Vielzahl von Motiven. Mich hat am Ende etwas ein bisschen irritiert. Ich will nur zwei, drei Beispiele nennen. Herr Huber – ich hatte es mir notiert – hatte an einer Stelle gesagt: „...weil ich eine solche Akzeptanz des Suizids nicht will“. Das hat mich nicht gewundert. Es entspricht einer gewissen Logik. Herr Sahm hat vorhin gesagt, dass die Ärzte nicht wollen. Herr Sahm hat auch gesagt, es gebe kein Land, in dem es keinen Anstieg gab, wenn man es frei gegeben hat. Das ist jetzt vollkommen zufällig. Ich hätte auch Zitate von vor drei Stunden nehmen können – andere sagten wiederum: „Die Mehrheit der Bürger will es.“ – also eine Vielzahl von Motiven- und Interessenlagen. Von Ihnen würde ich jetzt, auch als Professor für Rechtstheorie, eine Antwort erbitten. Wie erklären Sie eigentlich den Erst- oder Zweitsemestern in drei Sätzen, wozu das Strafgesetzbuch da ist? Das interessiert mich, denn das sind alles hehre Motive. Ich persönlich frage mich nur, ob für das, was Herr Huber will – wovon ich auch immer ausgegangen bin –, eigentlich das Strafgesetzbuch in unserem Land der richtige Ort ist, weil doch persönliche

Überzeugungen des Einzelnen eine wichtige Rolle spielen. Wir haben ja viele Fälle gehört. Das Strafgesetzbuch ist ja wirklich die ultima ratio und soll auch den Gemeinschaftskonsens darstellen. Also was ist eigentlich das Kriterium dafür, wann man etwas strafrechtlich regeln soll? Bitte Herr Augsberg, dann Herr Hilgendorf.

SV Prof. Dr. Steffen Augsberg: Ich vermute, die Fragen und hoffentlich auch die Antworten ergänzen sich wunderbar, wobei ich hier annehme, dass wir etwas auseinanderliegen. Ich war auch, als ich angefangen habe, mich mit der Thematik zu beschäftigen, ausgesprochen skeptisch, ob man so etwas tatsächlich strafrechtlich regeln muss, ob es nicht andere Möglichkeiten geben muss, damit umzugehen. Insbesondere, das hatte Herr Merkel ja auch angesprochen, ob man das Ganze nicht auf einer gefahrenabwehrrechtlichen, verwaltungsrechtlichen Ebene regeln kann. Es fiel der Begriff von ex ante statt ex post, das hat irgendwie einen gewissen Charme für sich. Wenn man sich anschaut, wie das in der Praxis bislang gelaufen ist, stellt man fest: Das hat weder im Verwaltungsrecht im Sinne des Gefahrenabwehrrechts irgendwie geklappt, auch gegenüber den Auswüchsen, die wir hier alle für problematisch erachten, noch hat es im ärztlichen Standesrecht geklappt. Das haben wir eben auch noch mal gehört, dass da eigentlich keine signifikanten Regulierungsgewinne mit zu erzielen sind. Das ist das eine. Das Strafrecht erweist sich insoweit gegenüber den vorhandenen Mitteln tatsächlich als erfolversprechender, schlicht auch deshalb, weil die anderen nichts gebracht haben – ultima ratio, wenn Sie so wollen, Frau Vorsitzende.

Die **Vorsitzende**: Das war nicht Ihre Frage.

SV Prof. Dr. Steffen Augsberg: Zum anderen ist es tatsächlich auch so, dass die Perspektive sich durch die Debatte etwas verschoben hat. Das haben wir vorhin von der Umfrage gehört. Das ist eine relativ merkwürdige Entwicklung. Die Deutschen gehen davon aus oder gingen davon aus – muss man vielleicht sagen –, dass der assistierte Suizid strafbar ist und jetzt lernen sie im Rahmen dieser Debatte, das ist nicht so. Das ist Wasser auf die Mühlen der Sterbehelferorganisationen. Wenn wir aus dieser Debatte mit dem Ergebnis herausgehen, es bleibt alles wie es ist, ist das de facto eine Liberalisierung, weil das



Bewusstsein in der Bevölkerung mittlerweile ein anderes ist. Das ist ein merkwürdiger Effekt – der Fluch der guten Tat, dass man darüber diskutiert hat und es damit ins Bewusstsein gerufen hat. Und ein dritter Aspekt – warum Strafrecht? Das Strafrecht hat den wunderbaren Effekt, dass es viel stärker als andere Normen die Gesamthaltung einer Gesellschaft kommunikativ zum Ausdruck bringt. Wir haben gehört, dass der Kommunikations- und Informationscharakter des Rechts auch nicht unterschätzt werden darf. Deshalb finde ich auch die Argumentation mit dem „das sind doch nur so wenige Fälle“ nicht wirklich treffend. Es geht darum, dass man der Bevölkerung als Gesetzgeber signalisiert, im StGB – einem Gesetz, das wirklich wahrgenommen wird – wird eine bestimmte gesellschaftliche Wertung vorgenommen, und zwar obwohl möglicherweise die Demoskopen an dieser Stelle andere Ergebnisse präsentieren: Aus meiner Sicht eine definitive Argumentation für die strafgesetzliche Regelung. Die zweite Frage war die der Angehörigen: Da geht es im Prinzip um die Frage, ich finde, das fällt in das gleiche Raster, warum man das auf geschäftsmäßig Handelnde begrenzt, obwohl Herr Thöns doch sagt, innerfamiliär sei der Druck besonders groß. Die Überlegung, die dahinter steht, ist letztlich doch wohl die, zu sagen, wir wollen eben mit dem Staatsanwalt nicht in die Familien hinein. Es ist natürlich möglich, dass es auch in anderen Konstellationen Interessenskollisionen gibt. Aber das ist gesetzgeberischer Entscheidungsspielraum, zu sagen, ich entscheide mich dafür, eine Situation, die mir im Moment besonders problematisch erscheint, zu regeln. Wenn sich dann herausstellt, dass der Druck in den nächsten Jahren immer wieder aus der Familie kommt, wenn also die Suizidfälle zunehmen, wo tatsächlich die 3.500 Euro im Monat der entscheidende Moment sind, könnten Sie sich als Gesetzgeber immer noch überlegen, ob Sie darauf reagieren. Aber für den Moment leuchtet es doch ein zu sagen: Diese Kerneinheit, Kleineinheit Familie bleibt erst einmal außen vor. Sie soll dann auch – und das ist die Logik des Absatzes 2 – nicht über eine zusätzliche Beihilfe zur Beihilfe, wenn man so möchte, erfasst werden. Das ist letztlich ein persönlicher Strafausschlussgrund. Das verstehen die Strafrechtler besser als ich, der sich darauf bezieht, dass ansonsten der Gehilfe auch dann strafbar wäre,

wenn er selbst nicht geschäftsmäßig handelt.

Die **Vorsitzende**: Der Strafrechtler hat ja jetzt das Wort. Danke.

SV Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf: Sie haben ja jetzt eine sehr große Frage gestellt, und es ist schwer, eine kurze Antwort zu geben. Ich mache das aber trotzdem kurz. Die Frage war: Wo kann Strafrecht sinnvoll eingesetzt werden? Ich folge da dem Kollegen Herrn Augsburg. Er hat gesagt: Strafrecht bringt einen Konsens der Gesellschaft kommunikativ zum Ausdruck. Diesen Konsens haben wir hier eben nicht. Das haben wir hier gesehen. Das sehen wir in allen Meinungsumfragen. Es gibt keinen gesamtgesellschaftlichen Konsens. Deswegen ist es verfehlt, Strafrecht zum Einsatz zu bringen. Wir bringen Strafrecht zum Einsatz gegen Mord, gegen Vergewaltigung, gegen Raub. Aber diese diffizilen Dinge im Arztstrafrecht, passen nicht für das Strafrecht. Und das war auch der Grund, weshalb die Strafrechtslehrer mit überwältigender Mehrheit gesagt haben. Wir warnen vor dem Einsatz von Strafrecht. Das Papier wurde von mir initiiert, von mir auch in wesentlichen Teilen geschrieben und hatte mit den Entwürfen hier gar nichts zu tun, weil die noch gar nicht existiert haben. Wir Strafrechtslehrer sind schwer zu mobilisieren. Wir sind aufgrund von Presseberichten tätig geworden, in denen es ganz pauschal hieß: „Sterbehilfe verbieten“. Und dann der Entwurf von Herrn Borasio und Herrn Taupitz, der pauschal die Beihilfe unter Strafe stellen wollte. Das ist für jeden Strafrechtler, der sich damit beschäftigt hat, eine Katastrophe. Deswegen haben wir uns so geäußert. Es gibt kein Votum von Strafrechtsprofessoren, das jemals von so vielen unterschrieben wurde. Der Hintergrund für diese Unterstützung ist eben: Strafrecht ist hier das falsche Mittel. Es gibt hier nicht einen Gesamtkonsens in der Gesellschaft, den man strafrechtlich bewahren könnte. Es gibt eine offene moralische Diskussion. Ich meine sogar, und da schließe ich mich jetzt wieder Herrn Huber an: Durch eine Durchregulierung mit Hilfe des Strafrechts zerstören wir das ärztliche Ethos, zerstören wir die Moral der Ärzte noch weiter. Diese leidet durch zu viel Regulierung.

Die **Vorsitzende**: Nun denn. Vielen Dank an Herrn Hilgendorf – als letzten, der unsere Fragen beantwortet hat. Ich bin Ihnen allen dankbar für



die Geduld und Zeit und hoffe, Sie haben wegen der doch recht langen Dauer der Anhörung nicht alle Ihre Flugzeuge und Bahnen verpasst. Für alle Abgeordneten der Hinweis, dass wir versuchen wollen, das Wortprotokoll bis zum 12. Oktober fertigzustellen. Da bedanke ich mich schon einmal

vorher beim Sekretariat, denn das ist eine wirklich anspruchsvolle Aufgabe. Mit herzlichen Dank an die Gäste und die Geduld aller Beteiligten ist diese Anhörung erst einmal beendet. Danke.

Schluss der Sitzung: 19:24 Uhr

Renate Künast, MdB

Vorsitzende

Elisabeth Winkelmeier-Becker, MdB



Anlagen: Stellungnahmen der Sachverständigen

Prof. Dr. Steffen Augsberg	Seite 84
Prof. Dr. Dr. h.c. Matthias Herdegen	Seite 97
Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf	Seite 105
Prof. Dr. Christian Hillgruber	Seite 121
Prof. Dr. theol. Dr. h.c. Wolfgang Huber	Seite 163
Prof. Dr. Reinhard Merkel	Seite 174
Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan	Seite 181
Priv. Doz. Dr. med. Stephan Sahn	Seite 198
Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff	Seite 213
Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert	Seite 224
Thomas Sitte	Seite 234
Dr. Matthias Thöns	Seite 246

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages:

Öffentliche Anhörung zu dem

- a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Michael Brand, Kerstin Griese, Kathrin Vogler, Dr. Harald Terpe und weiterer Abgeordneter Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (BT-Drucksache 18/5373)**
- b) Gesetzentwurf der Abgeordneten Peter Hintze, Dr. Carola Reimann, Dr. Karl Lauterbach, Burkhard Lischka und weiterer Abgeordneter Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz) (BT-Drucksache 18/5374)**
- c) Gesetzentwurf der Abgeordneten Renate Künast, Dr. Petra Sitte, Kai Gehring, Luise Amtsberg und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung (BT-Drucksache 18/5375)**
- d) Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Patrick Sensburg, Thomas Dörflinger, Peter Beyer, Hubert Hüppe und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung (BT-Drucksache 18/5376)**

Stellungnahme

von Prof. Dr. Steffen Augsberg, Justus-Liebig-Universität Gießen

- A. Gesellschaftliche, ethische und rechtliche Dimensionen einer Strafbarkeit der Suizidbeihilfe
- B. Verfassungsnormativer Hintergrund: Der Dualismus von Autonomie- und Integritätsschutz als Herausforderung für die Neuregelung
 - I. Individuelle Selbstbestimmung als verfassungsnormativer Fixpunkt
 - II. Verfassungsrechtliche Einordnung der Selbsttötung
- C. Der Gestaltungsspielraum des (Straf-)Gesetzgebers
 - I. Zur Funktion des Strafrechts im liberalen Rechtsstaat
 - II. Zur Bedeutung des Strafrechts in der konkreten Debatte
 - III. Die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen als Vorbild?
- D. Verfassungsrechtliche Bewertung der aktuellen Gesetzgebungsvorschläge
 - I. Gesetzentwurf Brand et. al. (BT-Drs. 18/5373)
 - II. Gesetzentwurf Hintze et. al. (BT-Drs. 18/5374)
 - III. Gesetzentwurf Künast et. al. (BT-Drs. 18/5375)
 - IV. Gesetzentwurf Sensburg et. al. (BT-Drs. 18/5376)
- E. Fazit

A. Gesellschaftliche, ethische und rechtliche Dimensionen einer Strafbarkeit der Suizidbeihilfe

Das aktuell diskutierte Verbot der Suizidbeihilfe muss vor dem Hintergrund einer vielleicht (noch) nicht mit der gebotenen Vehemenz und Dringlichkeit geführten, übergreifenden gesellschaftlichen Debatte über den Umgang mit alten, kranken, sterbenden und/oder sterbewilligen Menschen, aber auch den hierdurch verursachten Kosten und den diesbezüglich zu treffenden Grundentscheidungen, verstanden werden. Selbstredend kann ein einzelner Verbotstatbestand (oder eben dessen bewusste Ablehnung) die hier bestehenden massiven Probleme, die durch den euphemistisch so bezeichneten „demographischen Wandel“ nicht allein verursacht, aber doch

erheblich verstärkt werden, für sich genommen nicht einmal ansatzweise beseitigen. Er kann aber ein wichtiges Signal aussenden, wie sich die Gesellschaft gegenüber Menschen in besonders prekären, ihre Selbstbestimmung in besonderem Maße gefährdenden Situationen positioniert. Darüber hinaus bedarf es weiterer Anstrengungen. Sehr zu Recht ist in der Debatte immer wieder, etwa durch den Deutschen Ethikrat, hervorgehoben worden, dass strafrechtliche Regelungen allein insoweit keine ausreichende und zufriedenstellende Lösung bieten, sondern zusätzliche Versorgungs- und Leistungsstrukturen benötigt werden. Das betrifft nicht nur die bereits vom Bundestag angegangene Verbesserung der Situation der Palliativmedizin, sondern auch „eine gute psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung, der Ausbau niedrigschwelliger Beratungs- und Begleitangebote in Lebenskrisen und die gezielte Weiterbildung der in der Pflege sowie in verschiedenen medizinischen Versorgungsbereichen tätigen Mitarbeitenden im Hinblick auf die Früherkennung von – und die angemessene Intervention bei – Krisen mit suizidaler Gefährdung.“¹

Zugleich betrifft die (Gretchen-)Frage nach der Zulässigkeit und den Grenzen der (assistierten) Selbsttötung individuelle und kollektive Grundanschauungen und -werte; sie berührt Urängste, verursacht Gewissensnöte und beinhaltet mitunter auch eine Rückbesinnung auf religiöse Überzeugungen. Insgesamt bedeutet sie mithin eine Herausforderung nicht nur spezieller (Berufs-)Ethiken, sondern sie führt in gewisser Hinsicht an den Kern des Selbstverständnisses der deutschen Gesellschaft des 21. Jahrhunderts. Denn für eine Gesellschaft dürfte kaum etwas so charakterisierend sein wie der Umgang, den sie mit ihren schwächsten und verletzlichsten Mitgliedern pflegt.

Die folgende Stellungnahme kann und will die immense Bedeutung dieser ethischen und – je nach entsprechender individueller „Musikalität“ – auch theologischen Dimensionen nicht in Abrede stellen. Sie konzentriert sich aber bewusst auf die Auseinandersetzung mit den verfassungsrechtlichen Aspekten der aktuellen Gesetzgebungsdiskussion. Auf Basis einer knappen Skizzierung des verfassungsrechtlichen Hintergrunds (dazu B.) und des insoweit anzuerkennenden legislativen Gestaltungsspielraums (dazu C.) erfolgen einige Anmerkungen zur Verfassungskonformität der aktuellen Gesetzgebungsvorschläge (dazu D.). Ein kurzes Fazit beschließt diese Stellungnahme (dazu E.)

B. Verfassungsrechtlicher Hintergrund: Der Dualismus von Autonomie- und Integritätsschutz als Herausforderung für die Neuregelung

I. Individuelle Selbstbestimmung als verfassungsnormativer Fixpunkt

Zu Beginn ist vor einer in die Irre führenden Vereinfachung zu warnen: Ungeachtet der öffentlichen Debatten um ein „menschenwürdiges“ Leben bzw. Sterben sind aus verfassungsrechtlicher Perspektive die entscheidenden Leitlinien und Begrenzungen der Gesetzgebungstätigkeit nicht, jedenfalls aber nicht allein oder primär, der Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG zu ent-

¹ Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates „Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention“ vom 18.12.2014, S. 2.

nehmen.² Denn selbst wenn man sich über die naheliegenden (und m.E. durchdringenden) Bedenken hinsichtlich einer gesetzlich, richterlich oder gar ärztlich zu bestimmenden Würdeverletzung hinwegsetzte, erfasste eine entsprechende Argumentation doch nur solche (Ausnahme-)Situationen, in denen das Weiterleben als menschenunwürdig qualifiziert würde. Das verengt indes die Perspektive von vornherein, weil damit sonstige freiverantwortliche, aber nicht mit „unwürdigen“ Lebensumständen begründete Entscheidungen ausgeschlossen sind.

Sinnvollerweise ist deshalb nicht pauschal auf die Menschenwürde, sondern auf die (ohnehin ja auch im Menschenwürdekonzept wurzelnde) grundgesetzliche Basisgarantie der personalen Selbstbestimmung abzustellen. Der Schutz von Leib und Leben i.S.d. Art. 2 Abs. 2 GG umfasst in diesem Sinne nicht allein die körperliche Integrität als objektiv, also von der individuellen Betrachtung und Bewertung des Grundrechtsträgers gelöst betrachtet, schützenswertes Rechtsgut. In Kombination mit dem Persönlichkeitsschutz, Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG, ist der Norm vielmehr ein umfassendes Grundrecht auf individuelle Selbstbestimmung zu entnehmen. Diese Selbstbestimmung (auch) mit Blick auf die eigene psycho-physische Existenz entspricht der allgemeinen und übergreifenden, in verschiedenen Einzelgrundrechten bereichsspezifisch näher ausgestalteten Funktion der Freiheitsrechte. Kurz gesagt bedeutet dies die Garantie, ein Leben nach den eigenen (Wert-)Vorstellungen, Maßstäben und Wünschen führen zu können. Das gilt auch für den Umgang mit dem eigenen Körper und der eigenen Gesundheit. Das autonome Selbstbestimmungsrecht betrifft hier nicht allein die Unversehrtheit des Menschen in einem speziell auf den Gesundheitsschutz konzentrierten Sinne; es gewährleistet vielmehr allgemein Freiheitsschutz im Bereich der leiblich-seelischen Integrität des Menschen.³ In diesem umfassenden Verständnis „zielt die grundrechtliche Berechtigung mit ihrer Abwehr- wie Schutzfunktion auf die Respektierung des persönlichen Status und schützt ganz allgemein vor Beeinträchtigungen autonomer Selbstbestimmung und Selbstentfaltung.“⁴

Gerade im Kontext medizinischer Pflege und Behandlung besitzt dieses „dynamische[s] Freiheitsrecht der Selbstbestimmung über die leiblich-seelische Integrität“⁵ sogar besondere Praxisrelevanz. Obwohl selbstverständlich in diesem Lebensbereich faktisch eine besondere Angewiesenheit auf die spezifische Expertise der beteiligten Fachkräfte besteht, ändert dies doch nichts daran, dass von Verfassungen wegen auch und gerade hier die Verbindlichkeit autonom getroffener Behandlungsentscheidungen zu beachten ist. Es ist der Patient, nicht der Arzt, der über die konkrete Behandlungsform entscheidet – und das auch dort, wo diese Entscheidung aus medizinischer Sicht eventuell „falsch“ oder „irrational“ erscheint. Es kommt in diesem Sinne eben nicht darauf an, (um jeden Preis) die Gesundheit des Patienten zu erhalten oder wiederherzustellen; vielmehr bildet dessen (informierter) Wille die oberste Leitlinie ärztlichen Handelns.

² Vgl. aber für die Anerkennung eines Rechts auf menschenwürdiges Sterben als Bestandteil der Menschenwürdegarantie etwa *Adalbert Podlech*, in: AK-GG, 2. Aufl. 1989, Art. 1 Abs. 1 Rn. 55; *Matthias Herdegen*, in: Maunz/Dürig (Begr.), GG, Loseblatt (Stand: 2012), Art. 1 Abs. 1 Rn. 89.

³ Vgl. BVerfGE 100, 171 (174); 89, 120 (130).

⁴ *Heinrich Lang*, in: BeckOK GG (Stand: 03/2015), Art. 2 Rn. 63.

⁵ *Wolfram Höfling*, Die Bedeutung von Recht und Empathie bei der Sterbebegleitung, Zeitschrift für Rechtspolitik 2014, 251 (252).

Grundrechtlich betrachtet gilt somit im Grundsatz: *Voluntas, non salus aegroti suprema lex.*⁶ Dieses Selbstbestimmungsrecht erfasst sogar das Recht, über den eigenen Tod zu entscheiden. Ein in Kenntnis der konkreten entscheidungsrelevanten Umstände von einer einwilligungsfähigen Person abgegebenes Behandlungsveto ist für Ärzte und Pflegepersonal verbindlich. Umgekehrt besteht keine Behandlungspflicht der Patienten. Im Gegenteil: Die Weiterbehandlung gegen den erklärten Willen des Betroffenen bedeutet eine Verletzung seiner körperlichen Integrität – strafrechtlich betrachtet eine Körperverletzung. Und dies gilt – solange der Patient dies weiß und sich dennoch gegen die Behandlung entscheidet – eben auch dann, wenn die Nichtbehandlung zum Tode führt.⁷

II. Verfassungsrechtliche Einordnung der Selbsttötung

Über die vorgenannten Punkte besteht, soweit ersichtlich, innerhalb der Verfassungsrechtsprechung und Verfassungsrechtswissenschaft weitgehende Einigkeit. Umstritten ist (lediglich), ob es diesseits dieser Konstellationen ein Verfügungsrecht des einzelnen Grundrechtsträgers über sein Leben auch in dem allgemeinen Sinne gibt, dass (freiverantwortlich getroffene) Suizidentscheidungen grundrechtlich geschützt sind, und wenn ja, auf welche Grundlage dies zu stützen ist. Lässt man die zweite, eher akademische Auseinandersetzung einmal außer acht⁸ und konzentriert sich auf die Argumente gegen ein grundrechtsfundiertes Recht auf Selbsttötung, dann stechen im wesentlichen zwei Punkte hervor: Zum einen wird mit Blick auf den Schutz des Lebens und der Persönlichkeitsentfaltung angesichts der Endgültigkeit der Entscheidung („Vernichtung“) die sonst bei Freiheitsrechten gängige Inklusion der negativen Dimension verneint: „Die zielgerichtete Vernichtung des als ‚Substanz‘ vor Eingriffen geschützten Lebens beseitigt die existentielle Grundlage menschlicher Persönlichkeit und kann deshalb nicht als deren individuelle Entfaltung – auch nicht als eine Art von (eigenmächtiger) Vollendung – verstanden werden“.⁹ Zum anderen wird der Lebensschutz verobjektiviert und damit der Verfügungsbefugnis des individuellen Grundrechtsträgers entzogen: „Die Schwerkraft der Menschenwürde, die auf Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG einwirkt, macht sich besonders deutlich bei dieser Frage bemerkbar. Das Leben ist nicht nur als höchstpersönliches Rechtsgut geschützt, umfasst ist auch die Bejahung des Lebens als objektives Prinzip, der Wert jedes Einzellebens liegt als sittliches Prinzip der gesamten Verfassungsordnung zugrunde. Genauso, wie die Menschenwürde nicht allein zur Disposition des einzelnen Grundrechtsträgers steht, kann im Fall der Selbsttötungsabsicht auch nicht unbegrenzt frei über das Recht auf Leben verfügt werden.“¹⁰

⁶ Vgl. hierzu *Wolfram Höfling*, *Salus et/aut voluntas aegroti suprema lex – Verfassungsrechtliche Grenzen des Selbstbestimmungsrechts*, in: *Wienke/Eberbach/Kramer/Janke* (Hrsg.), *Die Verbesserung des Menschen*, 2009, S. 119 ff.; siehe auch *Fred Salomon*, *Das Patientenverfügungsgesetz 2009 – Chancen und Risiken für die ärztliche Praxis*, in: *Honnefelder/Sturma* (Hrsg.), *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 15 (2010), S. 179 m.w.N.

⁷ Vor dem Hintergrund dieser durch das Patientenverfügungsgesetz auch einfachgesetzlich klargestellten Rechtslage lässt sich die ältere Rechtsprechung zur „Garantenstellung“ des Arztes nicht aufrechterhalten, vgl. dazu *Klaus Kutzer*, *Strafrechtliche Rechtsprechung des BGH zur Beteiligung an einem freiverantwortlichen Suizid*, ZRP 2012, 135 ff.; *Gian Domenico Borasio/Ralf J. Jox/Jochen Taupitz/Urban Wiesing*, *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben*, 2014, S. 28 ff. m.w.N.

⁸ Wie hier *Josef Franz Lindner*, *Verfassungswidrigkeit des – kategorischen – Verbots ärztlicher Suizidassistenten*, NJW 2013, 136: „zweitrangig“.

⁹ *Dieter Lorenz*, in: *Isensee/Kirchhof* (Hrsg.), *Handbuch des Staatsrechts*, Band VI, 1989, § 128 Rn. 62.

¹⁰ *Udo Di Fabio*, in: *Maunz/Dürig* (Begr.), GG, Loseblatt (Stand: 02/2004), Art. 2 Rn. 47; siehe auch dort, Rn. 48: „Der Schutz menschlichen Lebens obliegt dem Staat immer aus einem doppelten Grunde, zuvörderst wegen des in Not befindlichen Menschen, aber immer auch objektivrechtlich: Er muss mit dem Eintreten für das Leben und gegen alle Emanationen der Lebensmüdigkeit immer auch eines der höchsten Rechtsgüter der Verfassung sichtbar machen.“

Eine derartige Positionierung wirkt zumindest auf den ersten Blick in einem freiheitlichen Rechtsstaat, der für den Bürger da ist (und nicht etwa umgekehrt),¹¹ eigenartig und unangemessen: Dem Bürger auch solche Verhaltensweisen zu untersagen, die keine fremden, sondern nur eigene Rechtsgüter (potentiell) beeinträchtigen, ihm also Schutz gegen seinen Willen „aufzudrängen“,¹² erscheint allgemein paternalistisch und illiberal.¹³ Speziell mit Blick auf die Selbsttötung ist zudem auf die damit verbundenen überaus problematischen Konsequenzen, Abgrenzungsschwierigkeiten und Widersprüchlichkeiten zu verweisen: Denn die Kehrseite der Ablehnung eines Verfügungsrechts über das eigene Leben ist die – grundrechtlich inakzeptable – Annahme einer „Pflicht zum (Weiter-)Leben“.¹⁴ Darüber hinaus bleibt bei der „begriffsjuristisch verkürzten Auffassung, die ‚Vernichtung‘ der Persönlichkeit könne nicht deren freier Entfaltung dienen“¹⁵, letztlich unklar, auf welcher grundrechtsdogmatischen Basis diese kategorische Festlegung erfolgt. Und die rhetorisch geschickte Betonung der „Schwerkraft der Menschenwürde“ sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei Art. 2 Abs. 1 und 2 GG ein verfassungstextlicher Anknüpfungspunkt für ein Verfügungsverbot, wie es in Art. 1 Abs. 1 GG mit der Unantastbarkeit besteht, eben nicht existiert. Im Prinzip läuft eine derartige Verobjektivierung darauf hinaus, nicht das (individuelle) Recht auf Leben, sondern das Leben an sich zu schützen. Ein entsprechender „Gattungsschutz“ auch gegen den einzelnen Grundrechtsträger ist indes unter der Herrschaft des Grundgesetzes abzulehnen.¹⁶

Aber auch wenn die autonome Entscheidung über das eigene Lebensende als selbstbestimmungs- und damit grundrechtsbasiert anzuerkennen ist, verpflichtet dies nicht etwa dazu, rechtliche Mechanismen zur Umsetzung dieser Entscheidung bereitzustellen. Einen Anspruch auf Hilfe zum eigenen Suizid kennen weder das Grundgesetz noch die Europäische Konvention für Menschenrechte.¹⁷ Auf der anderen Seite sind staatliche Schutzmaßnahmen keineswegs ausgeschlossen, und zwar nicht nur als abstrakte Suizidprävention (durch Beratungsstellen u.ä.), sondern auch ganz „handfest“ gegenüber konkreten Suizidversuchen. Angesichts der Höchstwertigkeit des Rechtsguts Leben ist insoweit eine besondere Sensibilität im Hinblick auf das Verhältnis von Integritätsschutz und Autonomiesicherung geboten. Es ist deshalb nicht nur rechtlich zulässig, sondern regelhaft

¹¹ Die nicht in das Grundgesetz übernommene Formulierung des Herrenchiemsee-Entwurfs, nicht der Mensch sei um des Staates, sondern der Staat um des Menschen willen da, machte dies noch deutlicher als die jetzigen Textpassagen, ohne dass damit inhaltlich auch nur eine Akzentverschiebung verbunden gewesen wäre. Siehe HChE Art. 1 Abs. 1, abgedruckt in: Wernicke u.a. (Hg.), *Der Parlamentarische Rat. Akten und Protokolle*, Bd.2: Der Verfassungskonvent auf Herrenchiemsee, bearb. von P. Bucher, 1981, S. 504 (580). Vgl. auch ausdrücklich die Präambel der Europäischen Grundrechtecharta: „Sie [i.e. die Union] stellt die Person in den Mittelpunkt ihres Handelns [...]“.

¹² Vgl. etwa Kai Fischer, *Die Zulässigkeit aufgedrängten staatlichen Schutzes vor Selbstschädigung*, 1997.

¹³ Es wundert deshalb nicht, dass es sich beim „Grundrechtsschutz gegen sich selbst“ um ein in der Verfassungsrechtslehre intensiv erörtertes Thema handelt. Vgl. hierzu etwa Christian Hillgruber, *Der Schutz des Menschen vor sich selbst*, 1992, v.a. S. 83 ff.; Josef Franz Lindner, *Theorie der Grundrechtsdogmatik*, 2005, S. 370 ff.; Matthias Ruffert, *Vorrang der Verfassung und Eigenständigkeit des Privatrechts*, 2001, S. 247 ff.; Jürgen Schwabe, *Der Schutz des Menschen vor sich selbst*, *Juristenzeitung* 1998, S. 66 ff.

¹⁴ So auch die Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates „Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention“ vom 18.12.2014, S. 3.

¹⁵ So Ulfrid Neumann, in: Kindhäuser/Neumann/Paeffgen (Hrsg.), *Strafgesetzbuch*, 4. Auflage 2013, Vorbemerkungen zu § 211 Rn. 44.

¹⁶ Vgl. näher hierzu Steffen Augsberg, *Würde des Menschen als Gattungswesen. Zur Verrechtlichung des Gattungsgattungswesens*, in: Dabrock/Denkhaus/Schaede (Hrsg.), *Gattung Mensch. Interdisziplinäre Perspektiven*, 2010, S. 385 ff.

¹⁷ So zu Recht schon BT-Drs. 17/11126, S. 7 f.; BR-Drs. 230/06, S. 1.

geboten, einen Selbsttötungsversuch zu unterbinden, weil und soweit nicht erkennbar ist, ob diesem eine freiverantwortlich getroffene Entscheidung zugrunde liegt. Neben dem stets zu berücksichtigenden Schutz der Grundrechte Dritter (das klassische Beispiel liefern insoweit traumatisierte Lokführer) ist es primär diese kognitive Unsicherheit, die unhintergehbare Unklarheit hinsichtlich der tatsächlich autonom und im Vollbesitz der geistigen Kräfte getroffenen Entscheidung, die die rechtliche Legitimation für (polizeiliches) Einschreiten gegen Suizidversuche liefert.¹⁸ Empirisch valide abgestützt wird diese die entsprechende staatliche Vorgehensweise begründende Regelvermutung schon allein durch Statistiken, wonach die Anzahl der Suizidversuche 10 bis 20 Mal so hoch wie die Anzahl der Suizide.¹⁹ Offensichtlich besteht also eine massive Divergenz zwischen dem kurzzeitigen Suizidverlangen und dem langfristigen Überlebenswunsch. Aus demselben Grundgedanken heraus ist es aber auch prinzipiell nicht nur angängig, sondern angezeigt, möglichen Beeinflussungen der autonomen Entscheidungsfindung entgegenzutreten.

C. Der Gestaltungsspielraum des (Straf-)Gesetzgebers

Das deutsche Strafrecht muss den soeben beschriebenen verfassungsrechtlichen Grundanforderungen entsprechen. Aufgabe des (Straf-)Gesetzgebers ist es demnach, die Achtung vor dem grundlegenden, auch das eigene Lebensende umfassenden Selbstbestimmungsrecht des Menschen mit der Entscheidung, das hohe Rechtsgut Leben umfassend und konsequent zu schützen und Missbräuchen des Autonomieprinzips entgegenzuwirken, in Einklang zu bringen. Eine (strafrechtliche) Regelung darf demnach nicht so weit gehen, dass sie ihrerseits autonome Entscheidungen unzulässig beeinträchtigt; sie muss auf der anderen Seite aber relevanten Beeinflussungen dieser Entscheidungssituation entgegenwirken.

Das StGB lässt in diesem Sinne – völlig zu Recht – die (freiverantwortliche) Selbsttötung straffrei. Denn die §§ 211 ff. StGB erfassen nach nahezu einhelliger Auffassung nur die Tötung eines anderen Menschen.²⁰ Folgerichtig sind damit bislang – mangels einer strafbaren Haupttat – auch Teilnahmehandlungen straflos gestellt. Strafrechtlich erfasst und verboten ist über die Spezialvorschrift des § 216 StGB allerdings die Tötung auf Verlangen. Sie unterscheidet sich von der bislang straflosen Suizidbeihilfe dadurch, dass die Tatherrschaft bei einer anderen Person liegt. Die letztlich todbringende Handlung erbringt also nicht Suizident, sondern ein anderer. Bevor die Frage gestellt werden kann, ob § 216 StGB in der aktuellen Diskussion als (möglicherweise auch nur: abschreckendes) Vorbild dienen kann (dazu III.) ist zunächst allgemein an die verfassungsrechtlichen Anforderungen an den Strafgesetzgeber zu erinnern (dazu I.) und sind die Konsequenzen für die aktuelle Diskussion aufzuzeigen (dazu II.).

¹⁸ Restriktiver *Udo Di Fabio*, in: Maunz/Dürig (Begr.), GG, Loseblatt (Stand: 02/2004), Art. 2 Rn. 47: „Ein Recht auf Selbsttötung ist jedenfalls von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht umfasst, die öffentliche Gewalt darf jedem in den Arm fallen, der sich selbst zu töten anhebt. Grenzen werden nur dort sichtbar, wo die grundsätzlich zulässige aufgedrängte Lebenserhaltung den betroffenen Menschen zu einem bloßen Objekt herabwürdigt und ihn in seiner Subjektstellung als frei verantwortlich Handelnden missachtet. Hier sind Grenzfälle denkbar, wo die Gemeinschaft jedenfalls nicht mit Zwangsmitteln der Selbsttötung entgegenzutreten darf.“

¹⁹ Vgl. hierzu etwa *Georg Fiedler*, Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland – Daten und Fakten 2005, <http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf>.

²⁰ Vgl. hierzu nur *Ulfrid Neumann*, in: Kindhäuser/Neumann/Paeffgen (Hrsg.), Strafgesetzbuch, 4. Auflage 2013, Vorbemerkungen zu § 211 Rn. 37 ff. mw.N. auch zur vereinzelt vertretenen Gegenansicht.

I. Zur Funktion des Strafrechts im liberalen Rechtsstaat

Die strafrechtliche Sanktionierung eines Verhaltens stellt im Rechtssystem des Grundgesetzes die schärfste Form der Missbilligung dar. Strafrechtsvorschriften setzen grundlegende sozietale Wertentscheidungen im Sinne eines „ethischen Minimums“ so um, dass Verstöße nicht etwa den Bürgern anheimgestellt und lediglich mit bestimmten Konsequenzen versehen werden. Sie zielen vielmehr infolge der mit ihnen verbundenen besonders rigiden Sanktionierungsmaßnahmen, aber auch aufgrund der damit einhergehenden erheblichen Stigmatisierungswirkung prinzipiell auf strikte Sanktionsvermeidung. Sie sind also Verbote im strikten Sinne, und sie beinhalten damit eine besonders intensive Beeinträchtigung individueller Freiheitsrechte. Aus diesem Grunde bestehen berechtigte Bedenken dagegen, Strafrechtsnormen im Interesse der Durchsetzung bloßer moralischer Positionen (oder) schon im Vorfeld einer eigentlichen Rechtsgutgefährdung einzusetzen.²¹ Strafrechtliche Sanktionierung verlangt zudem besondere legislatorische Sorgfalt. Es ist sowohl die Zielsetzung der entsprechenden gesetzlichen Regelung deutlich festzulegen als auch sicherzustellen, dass die gewählten Formulierungen keine ungewollten negativen Effekte verursachen. Verbotsregelungen im Strafgesetzbuch sind zudem keineswegs alternativlos, sondern sollten vielmehr umgekehrt erst bzw. nur gewählt werden, wenn keine anderen überzeugenden Optionen existieren.

II. Zur Bedeutung des Strafrechts in der konkreten Debatte

Auch eingedenk dieser allgemeinen Voraussetzungen strafrechtlicher Gesetzgebungstätigkeit sind indes in der aktuellen legislatorischen Debatte keine durchgreifenden Bedenken anzumelden: Zunächst gilt – wie bei § 216 StGB (dazu sogleich) – auch für die Suizidbeihilfe, dass eine Gefährdung höchstrangiger Rechtsgüter, nämlich des menschlichen Lebens und der Autonomie des Individuums, gegeben ist, wenn Personen und Organisationen die personale Eigenverantwortlichkeit, die die Straflosigkeit des Suizids begründet, beeinflussen. Die Gefährdung muss dabei noch nicht eingetreten sein oder sich konkretisiert haben; vielmehr genügt „bereits die Abwehr der abstrakten Gefahr, dass sozialer Druck ausgeübt werden und Missbrauch freigesetzt werden könnte.“²² Gegenüber derartigen Gefährdungen ist eine staatliche Reaktion, auch mit den Mitteln des Strafrechts, angezeigt. Dies zumal, als andere, nicht strafrechtliche Maßnahmen wenig erfolgversprechend und mithin nicht gleichgeeignet sind. Nach den bisherigen Praxiserfahrungen haben sich namentlich weder das allgemeine Polizei- und Ordnungsrecht noch das Betäubungsmittel- oder das (ärztliche) Berufsrecht als ausreichend erwiesen, um den vordringenden Versuchen, den assistierten Suizid als Dienstleistung in Deutschland zu etablieren, wirksam zu begegnen.²³ Kein gleich-

²¹ Dazu grundlegend schon *Herbert L.A. Hart*, *Law, Liberty and Morality*, 1963; siehe aus jüngerer Zeit etwa *Günther Jakobs*, *Rechtsgüterschutz? Zur Legitimation des Strafrechts*, 2012; *Wolfgang Wohlers*, *Deliktstypen des Präventionsstrafrechts – zur Dogmatik „moderner“ Gefährdungsdelikte*, 2000.

²² *Josef Isensee*, in: *Merten/Papier* (Hrsg.), *Handbuch der Grundrechte in Deutschland und Europa*, Band IV, 2011, § 87 Rn. 214; zustimmend zitiert von *Josef Franz Lindner*, *Verfassungswidrigkeit des – kategorischen – Verbots ärztlicher Suizidassistenten*, NJW 2013, 136 (137).

²³ So erfolgte etwa im Fall des Berliner Arztes, der nach eigenen Angaben 150 Menschen beim Suizid begleitet hat, nicht nur keine strafrechtliche Verfolgung, sondern es wurde sogar eine berufsrechtliche Unterlassungsverfügung vom Verwaltungsgericht Berlin aufgehoben (VG Berlin, Urteil vom 30. März 2012 – VG 9 K 63.09 = MedR 2013, 58 ff.). Ein Seelsorger, der in Deutschland mehrfach Menschen beim Suizid geholfen hatte, wurde nur in einem Fall wegen Einfluhr und Überlassung eines Betäubungsmittels verurteilt (BGH, Urteil vom 7. Februar 2001 – 5 StR 474/00 = BGHSt 46, S. 279 ff.).

geeignetes Mittel sind auch dem strikten strafrechtlichen Verbot vorgelagerte Kontrollmaßnahmen. Zu Recht wird insoweit nicht nur auf die drohenden Vollzugsschwierigkeiten hingewiesen, sondern auch auf die Tatsache aufmerksam gemacht, dass damit der Tendenz, die Suizidhilfe als „normale Dienstleistung“ zu verstehen, sogar Vorschub geleistet würde, weil diese Angebote mit dem „Gütesiegel“ staatlicher Kontrolle versehen würden.²⁴

Nur am Rande angemerkt sei schließlich, dass die strafrechtliche Erfassung nicht nur sachgemessen ist, sondern auch kompetenzrechtliche Vorteile bietet: Denn nach – soweit ersichtlich – nahezu einhelliger Meinung fehlt es bei den beiden Gesetzentwürfen, die eine Regelung außerhalb des Strafrechts vorschlagen,²⁵ angesichts des Konflikts mit der den Ländern zustehenden Regelungsmaterie des ärztlichen Berufsrechts schon an der Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers.²⁶

III. Die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen als Vorbild?

Im Sinne einer Verdeutlichung der entsprechenden gesetzgeberischen Intentionen erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang noch eine weitere, in der hiesigen Diskussion oft fehlverstandene bzw. überinterpretierte Dimension des Themas. Ersichtlich stellt die Überlegung, die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) abzuschaffen oder doch zu modifizieren, zumindest im politischen Raum ein nicht anzutastendes Tabu dar. So will keiner der vorliegenden Gesetzentwürfe an diesem Verbot rütteln, und auch der Deutsche Ethikrat „bekräftigt [...], dass die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) unverändert erhalten bleiben muss.“²⁷ Demgegenüber herrscht, wenn man jüngeren Umfragen Glauben schenkt, in der Bevölkerung eher die Auffassung vor, dass auch insoweit eine „Liberalisierung“ geboten ist. Die reichlich subtile und auch für Juristen diffizile Unterscheidung anhand des normativen Merkmals der Tatherrschaft ist ersichtlich aus Laienperspektive kaum nachvollziehbar und dem breiteren Publikum schwer zu vermitteln. Nun bedeutet das natürlich schon angesichts der bekannten Ungenauigkeiten der Demoskopie, aber v.a. mit Blick auf die spezifische Funktionsweise der repräsentativen Demokratie, nicht, dass ein solches Unverständnis entsprechende Gesetzesreformen vorantreiben sollte. Immerhin bietet die Einsicht in den hier ersichtlich bestehenden Hiatus aber hinreichend Anlass zu der Frage, inwieweit für die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen (weiterhin) eine hinreichende Legitimationsgrundlage existiert und ob diese damit teleologisch betrachtet einen Vorbildcharakter für die aktuelle Debatte einnehmen kann.

Ein naheliegendes und gängiges Argumentationsmuster verweist insoweit auf die furchtbaren und in gewisser Hinsicht traumatisierenden Erfahrungen mit dem Euthanasieprogramm der nationalsozialistischen Terrorherrschaft. Allerdings wird in der jüngeren medizinhistorischen Forschung dieser Aspekt mit Blick auf die innermedizinischen Diskussionen nach 1945 jedenfalls erheblich

²⁴ BT-Drs. 17/11126, S. 8.

²⁵ BT-Drs. 18/5374 und 18/5375.

²⁶ Insoweit zutreffend jüngst das Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestags, Gesetzentwürfe zur Sterbebegleitung Gesetzgebungskompetenz des Bundes und Bestimmtheitsgebot, WD 3 – 3000 – 155/15 v. 5.8.2015.

²⁷ Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates „Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention“ vom 18.12.2014, S. 2.

relativiert.²⁸ Zudem lag der Schrecken des NS-Euthanasieprogramms gerade in seinem Zwangscharakter, weshalb die Verbindung zu der auf den Opferwillen bezogenen und diesen umsetzenden „Tötung auf Verlangen“ ohnehin brüchig ist. Aus juristischer Sicht relevanter ist indes, dass die bloße Bezugnahme auf historische Ereignisse kein für sich genommen tragfähiges legitimatorisches Fundament für strafrechtliche Regelungen bildet. *Historia docet*, aber sie stellt keine rechtlich verbindlichen Forderungen auf. Mit anderen Worten: Auch das Verbot der Tötung auf Verlangen lässt sich nicht mit objektiven, überindividuellen Argumenten rechtfertigen. In diesem Sinne wird es in der modernen (Straf-)Rechtswissenschaft sinnvollerweise (lediglich oder doch v.a.) als Instrument zur individuellen Autonomiesicherung im Sinne eines Schutzes vor einer momentanen Verzweiflungssituation entspringenden, übereilten und/oder (auch) fremdbestimmten Selbsttötungen rekonstruiert.²⁹ Folgt man dieser m.E. alternativlosen Deutung, dann ergibt sich aus dieser Einsicht nahezu zwangsläufig eine weitere: Auch anderen Beeinträchtigungen der autonomen Willensentscheidung ist entgegenzuwirken.

C. Verfassungsrechtliche Bewertung der aktuellen Gesetzgebungsvorschläge

Aus dem Vorgesagten lassen sich unschwer die Grundbedingungen ableiten, die eine (straf-)gesetzliche Regelung der Suizidbeihilfe zu beachten hat. Wenn es ihr darum zu tun ist, eine autonome, durch Drittinteressen möglichst unbeeinflusste Entscheidung zu ermöglichen, liegen insbesondere drei materielle Konsequenzen auf der Hand: Erstens darf es kein Pauschalverbot der Suizidbeihilfe geben. Zweitens sind aber Konstellationen regelungsbedürftig, in denen eine Autonomiegefährdung zu erwarten ist. Drittens ist auf Konsistenz zwischen der Neuregelung und den bestehenden Vorschriften, insbesondere der Tötung auf Verlangen, zu achten. Darüber hinaus ist, wie bereits erwähnt, in formaler Hinsicht auf eine hinreichend präzise Formulierung und v.a. auf die Einhaltung der gesetzgebungskompetentiellen Vorgaben des Grundgesetzes zu achten.

I. Gesetzentwurf Brand et. al. (BT-Drs. 18/5373)

Der Gesetzentwurf Brand et. al. (BT-Drs. 18/5373) genügt den beschriebenen verfassungsnormativen Anforderungen. Er beschränkt sich gestalterisch auf eine Änderung des StGB und kann sich in formeller Hinsicht mithin auf die entsprechende Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Strafrecht (Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG) stützen.

In inhaltlicher Hinsicht bezieht sich der Gesetzentwurf – in Einklang mit den oben vorgestellten Rahmenbedingungen – ausdrücklich auf den Schutz der individuellen Selbstbestimmung: „Ent-

²⁸ Vgl. hierzu die diversen Veröffentlichungen des Gießener Forschungsprojekts „Thematisierung der NS-Medizin in der Nachkriegszeit“; insbes. *Sascha Topp*, *Geschichte als Argument in der deutschen Nachkriegsmedizin*, 2013.

²⁹ Vgl. dazu nur *Hartmut Schneider*: in Münchener Kommentar zum StGB, Bd. 4, 2. Auflage 2012, § 216 Rn. 2 ff. m.w.N. Ähnlich aus öffentlich-rechtlicher Perspektive etwa *Ralf Müller-Terpitz*, in: Spickhoff (Hrsg.), *Medizinrecht*, 2. Aufl. 2014, GG Art. 2 Rn. 35: „Dieses Verbot der sog. aktiven Sterbehilfe rechtfertigt sich bereits aus der Erwägung, dass der Betroffene hier die Sphäre des rein Privaten verlässt und seinen Sterbewunsch auch zu einem Anliegen Dritter macht. Der Gesetzgeber hat indessen gute Gründe, ein solches in die gesellschaftliche Sphäre hineinwirkendes Geschehen zu untersagen. Nicht nur bekräftigt er hierdurch in symbolischer Weise den allgemeinen Stellenwert des Lebens, sondern errichtet zugleich Schutzwälle im Interesse der Betroffenen selbst, welche den Wunsch, zu sterben, womöglich aus Unkenntnis über alternative (palliative) Therapieformen geäußert haben oder zu einem solchen Entschluss durch das tatsächlich artikulierte oder auch nur gefühlte Verlangen naher Angehöriger oder sonstiger Dritte motiviert wurden.“

scheidend ist insoweit, dass die Neuregelung nicht nur die Möglichkeit jedes Einzelnen, frei und eigenverantwortlich über das Ende des eigenen Lebens zu entscheiden, unberührt lässt, sondern im Gegenteil sogar auf den Schutz einer von Fremdbeeinflussung freien Willensbildung abzielt.³⁰ Dabei basiert der Gesetzentwurf auf der verfassungsrechtlich nicht zu beanstandenden, sondern der gesetzgeberischen Einschätzungsprärogative unterfallenden Annahme, bei der Suizidbeihilfe handele es sich „eindeutig nicht um eine bloße, die autonome Willensbildung unterstützende Beratungsfunktion. Zugleich kann nicht angenommen werden, derartige, auf die technische Durchführung des Suizids konzentrierte Anstrengungen bauten auf einem sicher feststehenden Selbsttötungswunsch auf. Denn durch die Einbeziehung der Suizidhelferinnen und Suizidhelfer, die spezifische Eigeninteressen verfolgen, können die Willensbildung und Entscheidungsfindung der betroffenen Personen beeinflusst werden. Dem ist mit einer autonomiesichernden Regelung der Suizidbeihilfe zu begegnen.“³¹

Eine entsprechende Interessenheterogenität und eine daraus folgende autonomiegefährdende Rolle der Suizidhelfer hatte bereits ein Gesetzentwurf aus dem Jahre 2012³² angenommen, wenn letztere kommerzielle Ziele verfolgen. In diesem Sinne formuliert auch der Gesetzentwurf Künast et. al. ein Verbot der „gewerbsmäßigen“ Suizidbeihilfe. Der Gesetzentwurf Brand et. al. geht einen Schritt weiter und untersagt die „geschäftsmäßige“ Suizidbeihilfe. Geschäftsmäßig soll ausweislich der Begründung handeln, „wer die Gewährung, Verschaffung oder Vermittlung der Gelegenheit zur Selbsttötung zu einem dauernden oder wiederkehrenden Bestandteil seiner Tätigkeit macht, unabhängig von einer Gewinnerzielungsabsicht und unabhängig von einem Zusammenhang mit einer wirtschaftlichen oder beruflichen Tätigkeit.“³³ Dem liegt die von Verfassungen wegen nicht zu kritisierende, sondern im Gegenteil durchaus plausible Überlegung zugrunde, dass Interessenkollisionen nicht notwendig kommerziell bedingt sind. Vielmehr ist ein Eigeninteresse der Suizidhelfer an der Durchführung der Selbsttötung auch dann anzunehmen, wenn auf den assistierten Suizid „spezialisierte“ Organisationen oder Personen ein „Geschäftsmodell“ entwickeln und kontinuierlich betreiben (wollen). Auch in diesen Konstellationen kann es zudem zu Gewöhnungseffekten und Pfadabhängigkeiten kommen.³⁴

Bei einer Beschränkung des Verbots auf gewerbsmäßig Handelnde blieben diese nur geschäftsmäßig handelnden Suizidhelfer straffrei, obwohl von ihnen eine vergleichbar autonomiegefährdende Wirkung ausgeht. Das spricht sowohl aus Gründen des Integritäts- und Autonomieschutzes wie

³⁰ BT-Drs. 18/5373, S. 15 f.

³¹ BT-Drs. 18/5373, S. 13.

³² BT-Drs. 17/11126.

³³ BT-Drs. 18/5373, S. 21.

³⁴ Ähnlich auch die Empfehlung des Deutschen Ethikrates. Dieser hat in seiner Ad-hoc-Empfehlung vom 18. Dezember 2014 auf Basis einer umfangreichen Erörterung ausdrücklich festgehalten: „Allerdings sollten nach Auffassung der Mehrheit des Ethikrates Suizidbeihilfe sowie ausdrückliche Angebote dafür untersagt werden, wenn sie auf Wiederholung angelegt sind, öffentlich erfolgen und damit den Anschein einer sozialen Normalität ihrer Praxis hervorrufen könnten. Dies dient dem Schutz sozialer Normen und Überzeugungen, in denen sich der gebotene besondere Respekt vor dem menschlichen Leben widerspiegelt. Eine Suizidbeihilfe, die keine individuelle Hilfe in tragischen Ausnahmesituationen, sondern eine Art Normalfall wäre, etwa im Sinne eines wählbaren Regelangebots von Ärzten oder im Sinne der Dienstleistung eines Vereins, wäre geeignet, den gesellschaftlichen Respekt vor dem Leben zu schwächen. Des Weiteren und vor allem ist der Gefahr fremdbestimmender Einflussnahme in Situationen prekärer Selbstbestimmung vorzubeugen. Schließlich könnte es die Anstrengungen der Suizidprävention unterlaufen, wenn eine Beihilfe den Charakter einer gesellschaftlich akzeptierten Üblichkeit erhielte. Dabei ist es unerheblich, ob die Beihilfe durch eine Organisation oder eine Einzelperson erfolgt.“

des allgemeinen Gleichheitssatzes für die erweiterte Fassung. Unzutreffend ist es dabei, wenn gegenüber der „Geschäftsmäßigkeit“ der Vorwurf erhoben wird,³⁵ sie erhebe die bloße Wiederholung zum strafbarkeitsbegründenden Merkmal. Denn strafbegründend wirkt auch hier allein die Rechtsgutgefährdung; diese entsteht durch das Hinzutreten fremder Interessen, und diese wiederum werden indiziert durch eine Gewerbs- bzw. Geschäftsmäßigkeit. In diesem Sinne geht es in beiden Formulierungen darum, aus der Kommerzialisierung bzw. Wiederholungskonstellation auf die Interessenheterogenität der Beteiligten und die besondere Gefährdung der stets prekären freiverantwortlichen Entscheidung am Lebensende zu schließen. Diese Einschätzung begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken.

Nicht erfasst und folglich weiterhin nicht strafbar sind nach dem Entwurf Handlungen, die im Einzelfall altruistisch, häufig aufgrund einer besonderen persönlichen Verbundenheit erfolgen. Diese wichtige Einschränkung trägt dem verfassungsrechtlichen Übermaßverbot Rechnung.³⁶ Sie gilt nach dem Gesetzentwurf Brand et. al. ausdrücklich unabhängig davon, ob es sich bei den Suizidhelfern um Angehörige der Heilberufe oder um „Laien“ handelt. Insoweit beruht die im Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages erhobene Kritik, der verfassungsrechtliche Bestimmtheitsgrundsatz werde missachtet, weil die „Straflosigkeit von Suizidhilfe leistenden Ärzten wohl nicht hinreichend klar“ werde,³⁷ ersichtlich auf einer zu oberflächlichen Lektüre bzw. einem unzureichenden Verständnis des Gesetzentwurfs. Dieser enthält bewusst keine entsprechende berufsbezogene Ausnahme; ihr Fehlen kann dementsprechend auch nicht als Unbestimmtheit kritisiert werden. Aber auch diesseits dieses Missverständnisses bestehen gegenüber dem auch in anderen Gesetzestexten und sogar (wenn auch in etwas anderem Zusammenhang) bereits im StGB verwendete Begriff der „Geschäftsmäßigkeit“ keine Bedenken hinsichtlich der Bestimmtheit. Da abstrakt-generelle Regelungen notwendig ein gewisses Maß an Unbestimmtheit aufweisen müssen, darf die Bestimmtheitsorientierung nicht als Maximierungs- bzw. Optimierungsgebot verstanden werden. Denn eine solche Annahme führte zu unpraktikablen Rechtssätzen und ließe den Beruf des Juristen als Rechtsanwender letztlich obsolet werden, weil jeder direkt aus der Norm selbst erkennen könnte, was genau verlangt ist. Das ist erkennbar eine vollkommen unrealistische und eben deshalb auch nicht verfassungsnormativ eingeforderte Vorstellung.³⁸

³⁵ Vgl. auch dazu Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung – Brand et al. (BT-Drucks 18/5373) – Gesetzgebungskompetenz des Bundes und Bestimmtheitsgebot, *ÖstR* 2015, 3000 – 1 8/15 v. 24.8.2015, S. 11, Fn. 49 mw.N.

³⁶ Vgl. dazu etwa *Josef Franz Lindner*, Verfassungswidrigkeit des – kategorischen – Verbots ärztlicher Suizidassistenz *NJW* 2013, 136 (138).

³⁷ Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung – Brand et al. (BT-Drucks 18/5373) – Gesetzgebungskompetenz des Bundes und Bestimmtheitsgebot, *ÖstR* 2015, 3000 – 188/15 v. 24.8.2015, S. 10 f.

³⁸ Vgl. nur *Bernd Grzeszick*, in: *Maunz/Dürig (Begr.)*, GG, Loseblatt (Stand: 11/2006), Art. 20 Rn. 61 f.: „Die Herleitung des gebotenen Maßes an Bestimmtheit aus einer Relation der genannten Aspekte schließt auch aus, die rechtsstaatliche Bestimmtheit als ein Optimierungsgebot zu verstehen, im Sinne eines – möglichen – Höchstmaßes an Bestimmtheit; es genügt eine hinreichende Bestimmtheit. Im Ergebnis stellt das Gebot der Bestimmtheit nur Mindestanforderungen an die Fassung der Norm. Es reicht aus, daß sich mit Hilfe juristischer Auslegungsmethoden, insbesondere durch Heranziehung anderer Vorschriften des Gesetzes, der Berücksichtigung des Normzusammenhangs sowie der Begründung eine zuverlässige Grundlage für die Auslegung und Anwendung der Vorschrift gewinnen läßt. Der Bestimmtheitsgrundsatz schließt deshalb auch nicht aus, daß in Normen unbestimmte Rechtsbegriffe verwendet werden. Dies trifft auch auf Generalklauseln zu, insbesondere im Steuerrecht und selbst im Strafrecht. Entscheidend ist jeweils, daß die Norm hinreichend auslegungsfähig ist. Bei Generalklauseln und bei unbestimmten Rechtsbegriffen kann dabei auch ihre langjährige Konkretisierung durch die Rechtsprechung mitberücksichtigt werden.“

II. Gesetzentwurf Hintze et. al. (BT-Drs. 18/5374)

Gegenüber dem Gesetzentwurf Hintze et. al. bestehen durchgreifende kompetenzrechtliche Bedenken. Diese sind in einem Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages ausführlich und grosso modo zutreffend und überzeugend dargestellt worden; auf diese Darstellung kann insoweit verwiesen werden.³⁹

Damit erübrigt sich letztlich eine inhaltliche Auseinandersetzung. Nur klarstellungshalber ist dennoch auf zwei besonderen Widerspruch herausfordernde Punkte einzugehen: Verfassungsrechtlich in dieser Form schlicht inakzeptabel ist die Entscheidung, die Zulässigkeit der Suizidassistenten auf moribunde Patienten zu beschränken.⁴⁰ Einer derartigen Diskriminierung nicht-terminaler Betroffener steht der basale Verfassungsgrundsatz der Lebenswertindifferenz entgegen. Demnach ist jede unmittelbare oder mittelbare Unterscheidung nach dem Lebenswert unzulässig; jedes menschliche Leben genießt ohne Rücksicht auf seine Dauer den gleichen verfassungsrechtlichen Schutz; Be- und Abwertungen sind untersagt.⁴¹ Tragfähig und nachvollziehbar wäre die Beschränkung auf moribunde Patienten deshalb nur, wenn man die Todesnähe als bloßes Indiz für eine autonome Willensentscheidung ansähe. Einmal abgesehen davon, dass auch damit natürlich eine implizite Wertung verbunden wäre, stellte eine solche Einschätzung ersichtlich die den Gesetzentwurf tragende Annahme, die Ernsthaftigkeit und Freiwilligkeit ließen sich durch prozedurales Elemente hinreichend sicherstellen, massiv in Frage. Das führt zum zweiten Kritikpunkt, der fehlenden Kohärenz mit Blick auf § 216 StGB: Selbstredend kann auch ein strafrechtliches Verbot der Suizidbeihilfe nicht eine wirklich unbeeinflusste Entscheidungsfindung über das eigene Lebensende garantieren. Jeder Mensch ist in bestimmte Kommunikations- und Interaktionszusammenhänge eingebunden; die Vorstellung „reiner“ Autonomie ist insoweit illusorisch und realitätsfern. Allerdings bedeutet das nicht, dass nicht umgekehrt eine das Maß des Zuträglichen überschreitende Beeinflussung erkannt und sanktioniert werden kann und sollte. Jedenfalls erscheint eine entsprechende, gewissermaßen ex negativo und eher punktuell ansetzende Vorgehensweise deutlich weniger ambitioniert und problembeladen als der Versuch, Autonomie positiv zu bestimmen. Wer dies anders sieht und wie der Gesetzentwurf Hintze et. al. – etwa unter Zuhilfenahme zusätzlicher Verfahrensregelungen oder der Beschränkung auf bestimmte Berufsgruppen bzw. bestimmte Betroffenenengruppen – es für grundsätzlich möglich erachtet, die Autonomie einer Entscheidung (hinreichend) sicher festzustellen,⁴² muss nicht nur dennoch inzident zwischen „zulässigen“ und „unzulässigen“ Beeinflussungen differenzieren. Er erzeugt auch einen ungeheuren, letztlich nicht zu erbringenden Begründungsbedarf, weil erklärt werden muss, warum eine entsprechende „Liberalisierung“ dann nicht auch die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) mitumfassen soll. Dies bleibt der Gesetzentwurf schuldig.

³⁹ Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestags, Gesetzentwürfe zur Sterbebegleitung Gesetzgebungskompetenz des Bundes und Bestimmtheitsgebot, WD 3 – 3000 – 155/15 v. 5.8.2015, S. 15 ff.

⁴⁰ Ebenso zuvor schon *Gian Domenico Borasio/Ralf J. Jox/Jochen Taupitz/Urban Wiesing*, Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben, 2014.

⁴¹ Vgl. nur BVerfGE 115, 118 (158); deutlich schon BVerfGE 39, 1 (59): Menschliches Leben darf „keiner irgendwie gearteten unterschiedlichen Bewertung oder gar zahlenmäßigen Abwägung unterworfen werden.“

⁴² In diesem Sinne zuvor schon *Gian Domenico Borasio/Ralf J. Jox/Jochen Taupitz/Urban Wiesing*, Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben, 2014; ähnlich *Josef Franz Lindner*, Verfassungswidrigkeit des – kategorischen – Verbots ärztlicher Suizidassistenten, NJW 2013, 136 (139).

III. Gesetzentwurf Künast et. al. (BT-Drs. 18/5375)

Auch mit Blick auf den Gesetzentwurf Künast et. al. bestehen kompetenzrechtliche Bedenken.⁴³ Im übrigen ist an die oben bereits erwähnten Strafbarkeitslücken zu erinnern, und gegenüber der vorgesehenen „Absicherung“ durch ein Beratungsgespräch (§ 3 Abs. 2) sind ferner erneut die zuletzt angesprochenen Schwierigkeiten einer „positiven“ Feststellung der Autonomie und der entsprechenden Abgrenzung zu § 216 StGB hervorzuheben.

IV. Gesetzentwurf Sensburg et. al. (BT-Drs. 18/5376)

Der Gesetzentwurf Sensburg et. al. sieht wie der Entwurf Brand et. al. nur eine Änderung des StGB vor und kann sich damit ebenfalls auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG stützen.

Allerdings besteht ein evidenten Konflikt zwischen der dort statuierten pauschalen Pönalisierung jeglicher Beihilfehandlung und der verfassungsnormativen Garantie eines Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen auch über das eigene Lebensende. Denn akzeptiert man letzteres als verfassungsrechtliche Grundentscheidung, dann stellt die Straflosigkeit des Suizids keine bloße gesetzgeberische Dezision dar, sondern ist vielmehr Ausdruck und Folge der Anerkennung dieser verfassungsrechtlichen Wertung. Der Gesetzentwurf Sensburg et. al. verhält sich zu den oben angesprochenen verfassungsrechtlichen Problemen indes nicht. Statt dessen wird – rechtlich betrachtet erkennbar unzureichend – die Straflosigkeit des Suizid(versuchs) als bloße pragmatische Lösung (miss-)verstanden und ein angeblich entgegenstehendes, reichlich diffuses „gesellschaftliche[s] Rechtsempfinden“ hinsichtlich der Strafbarkeit der Suizidbeihilfe postuliert.⁴⁴

F. Fazit

Aus verfassungsrechtlicher Perspektive ergibt sich damit ein vergleichsweise klares Bild: Bereits in formeller Hinsicht bestehen gegenüber den Entwürfen Hintze et. al. und Künast et. al. durchgreifende Bedenken; beide Entwürfe weisen zudem auch in materieller Hinsicht zumindest deutliche Schwächen auf (Künast et. al.) bzw. sind als verfassungswidrig einzuordnen (Hintze et. al.). Letzterer Vorwurf trifft auch den Gesetzentwurf Sensburg et. al., soweit man wie hier vertreten mit der überwiegenden Auffassung der Staatsrechtslehre (sowie einer zunehmenden Anzahl von Strafrechtlern) ein auch die Selbsttötung umfassendes verfassungsbasiertes Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen akzeptiert. Demgegenüber lässt der Gesetzentwurf Brand et. al. nicht nur die individuelle Möglichkeit, frei und eigenverantwortlich über das Ende des eigenen Lebens zu entscheiden, unberührt, sondern zielt im Gegenteil gerade auf den Schutz einer von Fremdbeeinflussung freien Willensbildung ab. Wird die Strafbarkeit in diesem Sinne auf Situationen beschränkt, in denen hinreichende Indizien für eine autonomiegefährdende Einflussnahme durch dritte, aus spezifischen Eigeninteressen heraus an der Durchführung des Suizids interessierte Personen vorliegen, dann wirkt ein entsprechendes Verbot nicht nur integritäts-, sondern auch autonomieschützend.

⁴³ Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestags, Gesetzentwürfe zur Sterbebegleitung Gesetzgebungskompetenz des Bundes und Bestimmtheitsgebot, WD 3 – 3000 – 155/15 v. 5.8.2015, S. 4 ff.

⁴⁴ BT-Drs. 18/5376, S. 6 f.

Stellungnahme zu den Gesetzesentwürfen zur Sterbehilfe

Prof. Dr. Dr. h.c. Matthias Herdegen

I. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

a) Die unterschiedlichen Regelungskonzepte und die grundgesetzliche Kompetenzordnung

Die Gesetzesentwürfe *Brand et al.* (BT-Drucks. 18/5373) und *Sensburg et al.* (BT-Drucks. 18/5376) dienen dem strafrechtlichen Schutz des Lebens gegen die geschäftsmäßige Förderung des Suizids oder weitergehend gegen alle Formen der Anstiftung oder Beihilfe zur Selbsttötung und zielen damit auf eine Ausweitung des strafbewehrten „ethischen Minimums“ in der rechtlich verfassten Gemeinschaft. Hierfür ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes eindeutig aus Art. 74 Nr. 1 GG.

Die beiden anderen Entwürfe von *Hintze et al.* (BT-Drucks. 18/5374) und *Künast et al.* (BT-Drucks. 18/5375) berühren dagegen die Berufsausübung durch Ärzte und andere Personen. Die Abgrenzung zwischen Kompetenzen des Bundes im Strafrecht und im bürgerlichen Recht einerseits und Kompetenzen der Länder zur Regelung der ärztlichen und sonstigen Berufsausübung¹ andererseits hängt am Gesetzeszweck und dem „kompetenzbegründenden Schwerpunkt“² der Regelung sowie der Ausdehnung der Bundeskompetenz auf weitere Regelungsaspekte, die mit dem gesetzlichen Regelungskonzept sachgesetzlich eng verbunden sind (Kompetenz kraft Sachzusammenhanges).³

Die Bedingungen für die Anerkennung des Sterbewunsches als Ausdruck grundrechtlich geschützter Selbstbestimmung und seine zulässige Unterstützung durch Dritte sind Regelungsgegenstand des Bürgerlichen Rechts und des Strafrechts.

Allerdings unterfällt die ärztliche Berufsausübung der Gesetzgebungskompetenz der Länder; daher bedarf es einer Regelungsbefugnis des Bundes kraft Sachzusammenhanges.⁴ Entscheidend ist dabei, dass eine sinnvolle und verständige Ausübung der Bundeskompetenz zum Übergriff in den Regelungsstoff drängt, der den Ländern zugewiesen ist.⁵ Dabei kommt es auf die Verflechtung der Regelung der Patientenautonomie am Lebensende mit der (ärztlichen) Berufsausübung an.

¹ Hierzu BVerfGE 98, 265 (298ff.).

² Hierzu BVerfGE 98, 265 (299).

³ BVerfGE 3, 407 (421).

⁴ Hierzu BVerfGE 98, 265 (298ff.).

⁵ Hierzu BVerfGE 98, 265 (299f.).

b) Regelung des Bürgerlichen Rechts mit notwendiger Auswirkung auf das ärztliche Handeln

Der Bezug zum „Bürgerlichen Recht“ (Art. 74 Nr. 1 GG) liegt beim Gesetzesentwurf *Hintze et al.* in der gestärkten Achtung der Selbstbestimmung des Kranken im Rahmen rechtsgeschäftlicher Beziehungen (ärztlicher Behandlungsvertrag nach §§ 630ff. BGB) und gesetzlicher Rechtsverhältnisse. Insoweit bestehen Parallelen etwa zur der im Familienrecht verorteten Patientenverfügung (§§ 1901a ff. BGB), die ebenfalls die ärztliche Berufsausübung reflexhaft berührt (§ 630d Abs. 1 Satz 2 BGB). Der Bezug zum Familienrecht scheint etwa in der Nähe zu Betreuungsfragen und in der Fortwirkung des wirksamen Sterbewunsches nach Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit⁶ aufgrund lebensbeendender Maßnahmen auf. Im Übrigen lässt sich spätestens seit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte im Fall *Koch / Deutschland* (welches das Recht eines Ehemannes auf Achtung des Privatlebens auch auf den vom ihm unterstützten Sterbewunsch seiner kranken Ehefrau erstreckt hat)⁷ der starke familienrechtliche Bezug kaum bestreiten, auch wenn man die Ansicht des Gerichtshofes nicht in vollem Umfang teilen mag.

Der Schwerpunkt bei der Regelung der Sterbehilfe liegt bei der Selbstbestimmung des Patienten und nicht bei der ärztlichen Berufsausübung. Bestätigt wird dies durch die grundrechtliche Perspektive: Das Grundrecht der ärztlichen Berufsfreiheit (Art. 12 GG) kann sich bei der ärztlichen Sterbehilfe nur im Rahmen der individuellen Selbstbestimmung des Patienten (Menschenwürde nach Art. 1 Abs. 1 GG, allgemeines Persönlichkeitsrecht nach Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art 2 Abs. 1 GG) entfalten; umgekehrt fügt die ärztliche Berufsfreiheit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten wenig hinzu.

Für die Gesetzgebungskompetenz des Bundes kommt es entscheidend darauf an, dass das im Bürgerlichen Recht wurzelnde Gesetzesvorhaben nach seinem Zweck und den faktischen (empirischen) Rahmenbedingungen die ärztliche Mitwirkung im Interesse

- innerer Schlüssigkeit und
- faktischer Wirksamkeit des Regelungskonzeptes

mit regelt und so auch die ärztliche Berufsausübung mit erfasst.⁸

Für den Gesetzesentwurf *Hintze et al.* gehört die ärztliche Mitwirkung sachgesetzlich aus drei Gründen zum Regelungszweck:

- der Sicherung der gesetzlichen Bedingungen für den Sterbewunsch des Patienten aus medizinischer Sicht
- der suizidpräventiven Wirkung der ärztlichen Assistenz⁹ und

⁶ Zur gebotenen Achtung des einmal im einwilligungsfähigen Zustand ausgeübten Selbstbestimmungsrechts im Hinblick auf das Lebensende nach Verlust der Entscheidungsfähigkeit BGHZ 154, 205 (210 ff.).

⁷ EGMR, *Koch / Germany*, Beschwerde Nr. 497/05, Urteil vom 19.7.2012, paras. 50ff.

⁸ BVerfGE 98, 265 (298ff.) – Schwangerenberatung.

- der medizinischen Beratung und weiteren Begleitung zur Vermeidung unnötigen Leidens sowie schwerer Nebenfolgen bei untauglicher (Selbst-)Medikation.

Unter allen drei Zwecksetzungen ist die ärztliche Mitwirkung zumindest ein unverzichtbares Element einer gesetzlichen Regelung individueller Selbstbestimmung bei unheilbarer Krankheit im zivilrechtlichen Kontext. Sie wird damit von der Regelungskompetenz des Bundes für das Bürgerliche Recht erfasst.

Bestätigt wird dieses Ergebnis durch die Gegenprobe: Würde die Kompetenz der Länder für berufsrechtliche Regelungen ein landesrechtliches Verbot der ärztlichen Mitwirkung bei der Sterbehilfe tragen, könnte die Landesgesetzgebung jede sinnvolle Regelung der individuellen Selbstbestimmung über das Lebensende und deren Schranken durch den Bund vereiteln. Sterbebewillige Patienten mit unheilbarer Krankheit müssten ohne ärztliche Assistenz zu medizinisch unqualifizierten Dritten Zuflucht nehmen oder wären ganz auf sich gestellt. Eine gesetzliche Regelung des Bundes zur Lebensbeendigung in Würde und zur Suizidprävention durch qualifizierte Assistenz liefe ins Leere.

Dies würde schon deshalb gegen die grundgesetzliche Kompetenzordnung verstoßen, weil der Schwerpunkt der Regelung in der Selbstbestimmung des Patienten und nicht in der ärztlichen Berufsausübung liegt.

Für den Sachzusammenhang bei der Ausübung von Gesetzgebungskompetenzen des Bundes sind im Übrigen die Grundrechte von Bedeutung: Wenn der Bund die Achtung des Selbstbestimmungsrechtes im Hinblick auf das Lebensende regeln will, kann er nicht die Bedingungen für eine grundrechtskonforme Verwirklichung des Sterbewunsches ignorieren. Dazu gehört in erster Linie die ärztliche Mitwirkung.

Der entscheidende Gesichtspunkt ist dabei, dass die praktische Verwirklichung der grundrechtlich geschützten Selbstbestimmung des Patienten bei einem radikalen Verbot ärztlicher Assistenz jedenfalls bei unheilbarer Krankheit (und nicht nur dort) in der Typik faktisch blockiert oder zumindest ausgehöhlt wird, soweit es um würdige Bedingungen für die Lebensbeendigung geht. Damit sind substantielle Beschränkungen der ärztlichen Assistenz dem Schwerpunkt der Regelung nach im Zivil- oder Strafrecht und nicht im Bereich der ärztlichen Berufsausübung angesiedelt.

Schließlich würde sich ein Verbot der ärztlichen Mitwirkung als Verstoß gegen das Gebot der Widerspruchsfreiheit der Rechtsordnung darstellen. Es würde auch einen inkonsistenten und damit unzulässigen Eingriff in das Recht auf Privatleben nach Art. 8 EMRK darstellen.¹⁰

⁹ BT-Drucks. 18/5374, S. 9.

¹⁰ Zur Inkonsistenz bei faktischer Vereitelung eines gesetzlich erlaubten Schwangerschaftsabbruches durch Verweigerung der erforderlichen ärztlichen Diagnose: EGMR, R.R. / *Polen*, Beschwerde Nr. 27617/04, Urteil vom 26.5.2011, paras. 192ff.

c) **Regelung des Strafrechts mit notwendiger Auswirkung auf das ärztliche Handeln und andere Formen der Berufsausübung**

Der Entwurf *Künast et al.* bewegt sich mit seinem Anliegen des strafbewehrten Lebensschutzes unter Verbot gewerbsmäßiger Hilfe oder Förderung der Selbsttötung und der strafrechtlichen Absicherung bestimmter Verhaltenspflichten bei der Suizidassistenz weithin im anerkannten Themenspektrum des Kompetenzfeldes „Strafrecht“ (Art. 74 Nr. 1 GG).

Die Ausnahme für ärztliche Hilfe (§ 6) bleibt noch in hinreichend engem Sachzusammenhang zum strafrechtlichen Regelungsanliegen, soweit sie eine Ausnahme vom strafbewehrten Verbot der gewerbsmäßigen Assistenz und nicht etwa einen allgemeinen Erlaubnissatz für jede ärztliche Unterstützung bilden soll.¹¹ In diesem Sinne gehört die ärztliche Mitwirkung als integraler Bestandteil des Gesetzeskonzepts zu einem in sich stimmigen Regelungsgefüge. Dies dürfte wohl auch noch für das Beratungskonzept nach § 7 gelten. Hier bestehen gewisse Parallelen zu strafrechtlichen Regelungen in anderen Bereichen (Schwangerschaftsabbruch).

Die strafbewehrten Dokumentationspflichten (§§ 8, 9 Abs. 1 Nr. 3) und die Verordnungsermächtigung nach § 10 des Entwurfes dürften dagegen die gebotene „Verzahnung unterschiedlicher Rechtsgebiete im Schutzkonzept“¹² – hier also von strafrechtlichem Lebensschutz und Berufsausübungsregelung – sprengen. Jedenfalls ist hier der Nexus unterschiedlicher Rechtsgebiete im Schnittbereich von bundes- und landesrechtlichen Kompetenzen deutlich schwächer ausgeprägt als beim zivilrechtlichen Regelungskonzept¹³ für die ärztliche Assistenz.

II. **Materielles Verfassungsrecht**

1. **Ausgangspunkt: Grundrechtlich geschützte Selbstbestimmung des Sterbewilligen**

Die Gesetzesentwürfe stimmen — mit Ausnahme des auf umfassende Strafverfolgung der Teilnahme an der Selbsttötung zielenden Entwurfes von *Sensburg et al.* – im verfassungsrechtlichen Ansatz überein.

Im Sinne der seit einiger Zeit im deutschen Staatsrecht völlig herrschenden Auffassung¹⁴ anerkennen die Entwürfe *Hintze et al.*¹⁵ sowie der Entwurf *Künast et al.*¹⁶

¹¹ Sie führt im Übrigen über den Grundsatz der (bloßen) Straffreiheit (§ 2) hinaus. Den Begründungserwägungen (BT-Drucks. 18/5375, S. 10, zu § 2) folgend sollte aber klargestellt werden, dass der Grundsatz der Straffreiheit der Selbsttötung und der Hilfe hierzu in einem Erlaubnissatz (nämlich grundrechtlich geschützter Freiheit) wurzelt.

¹² BVerfGE 98, 265 (303).

¹³ BT-Drucks. 18/5374.

¹⁴ *Dreier* in: *Dreier* (Hrsg.), GG, 3. Aufl. (2013), Bd. 1, Art. 1 Abs. 1, Rn. 154; *Häberle* in: *Isensee/Kirchhof* (Hrsg.), *Handbuch des Staatsrechts*, 3. Aufl. Bd. 2, 2004, § 22, Rn. 96; *Herdegen* in: *Maunz/Dürig*, GG, Art. 1 Abs. 1, Rn. 85; *Kunig* in: *von Münch/Kunig* (Hrsg.) GG, 6. Aufl. (2012), Bd. 1, Art. 1, Rn. 36, Stichwort „Sterbehilfe“; siehe auch BGHZ 154, 205 (217f.).

¹⁵ BT Drucks. 18/5374, S. 8.

eine aus der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) folgende Achtung der individuellen Selbstbestimmung auch im Hinblick auf die Lebensbeendigung. Ähnlich anerkennt auch der Entwurf *Brand et al.*, dass sich aus der Garantie der Menschenwürde auch in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 GG ein Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Tod ergibt;¹⁷ der Entwurf stellt sein Regelungskonzept in den Dienst „einer Kultur der Würde auch am Ende des Lebens“.¹⁸

Dagegen will der Entwurf *Sensburg et al.* der „fälschlich als ‚Autonomie‘ bezeichneten Willkür des Einzelnen“ Grenzen ziehen und stützt sich dabei auf den Schutz der Menschenwürde.¹⁹ Dabei wird die Einigung über eine Beihilfe zur Selbsttötung auf eine Stufe mit einem auf Versklavung gerichteten Vertrag gestellt.²⁰ Diese Deutung einer autonomen Entscheidung am Lebensende betritt verfassungsrechtliches Neuland. Der Suizid wird so als eine zwar straflose, aber rechtlich kategorisch missbilligte Handlung eingestuft. Dieser Ansatz lässt sich nur dann vertreten, wenn jeglicher Nexus der individuellen Selbstbestimmung über das Lebensende selbst in äußersten Konfliktlagen zu den Grundrechten aus Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 GG abgesprochen wird. Hierauf und auf das nach einer Bestrafung verlangende „gesellschaftliche Rechtsempfinden“ baut das dann konsequent entwickelte Regelungskonzept auf.

Wegen der starken Grundrechtsprägung jeder Regelung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid muss die normative Ordnung dieser Materie jedenfalls in ihren Grundzügen nach allgemeinen grundrechtlichen und demokratischen Prinzipien dem parlamentarischen Gesetzgeber vorbehalten bleiben. Unabhängig von der föderalen Kompetenzverteilung scheidet jedes Verbot ärztlicher Hilfe zur Lebensbeendigung durch Ärztekammern an diesem Parlamentsvorbehalt.²¹ Verbotsregelungen der Ärztekammern in den einzelnen Ländern sind demnach unwirksam. Dies bedeutet, dass nach geltendem Recht die ärztliche Beihilfe zum Suizid im Grundsatz keinen Beschränkungen unterliegt.

2. Europäische Menschenrechtskonvention

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat die Selbstbestimmung über das Lebensende unter den Schutz des Privatlebens nach Art. 8 EMRK gestellt.²² Dabei hat der EGMR die Selbstbestimmung über das eigene

¹⁶ BT-Drucks. 18/5376, S. 6.

¹⁷ BT-Drucks. 18/5373, S. 10.

¹⁸ BT-Drucks. 18/5373, S. 9.

¹⁹ BT-Drucks. 18/5376, S. 7.

²⁰ BT-Drucks. 18/5376, S. 7.

²¹ In diesem Sinne auch VG Berlin, Urteil vom 30.3.2012 – 9 K 63.09, MedR 2013, 58-65.

²² EGMR, *Pretty / Vereinigtes Königreich*, Urteil vom 29.4.2002, Beschwerde Nr. 2346/02, para. 67; *Haas / Schweiz*, Urteil vom 22.1.2011, Beschwerde Nr. 31322/07, para. 51: „In the light of this case-law, the Court considers that an individual’s right to decide by what means and at what point his or her life will end, provided he or she is capable of freely reaching a decision on this question and acting in consequence, is one of the aspects of the right to respect for private life within the meaning of Article 8 of the Convention“; *Lambert / Frankreich*, Urteil vom 5.6.2015, Beschwerde Nr. 46043/14, paras. 142ff.; siehe auch EGMRK (Kammer), *Gross / Schweiz*, Urteil vom 14.5.2013, Beschwerde Nr. 67810/10; paras. 58ff. (Urteil von Großer Kammer aus prozessualen Gründen aufgehoben).

Lebensende bei drohendem körperlichem oder geistigem Verfall als Ausdruck der Menschenwürde und der menschlichen Freiheit gedeutet, die den Wesensgehalt der Europäischen Menschenrechtskonvention prägt.²³

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte räumt den Konventionsstaaten wegen der herrschenden Regelungsvielfalt innerhalb des Europarates einen Einschätzungsspielraum ein.²⁴ Jedoch wird eine Güterabwägung, etwa zwischen selbstbestimmter und würdiger Lebensbeendigung ohne unnötiges Leiden einerseits und der Kontrolle über die Verwendung von letalen Substanzen andererseits, eingefordert.²⁵ Der Gesetzgeber muss im Interesse der Rechtssicherheit die Bedingungen für den Zugang von Sterbewilligen zu letal wirkenden Substanzen verlässlich festlegen.²⁶

3. Die Rechtfertigung der Grundrechtsbeschränkungen

a) Zivilrechtliche Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung

Der Gesetzesentwurf zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BT-Drucks. 18/5374) kann durch die Einbettung ins Zivilrecht im Gegensatz zu den strafrechtlichen Entwürfen eine voll ausgeformte Regelung der ärztlichen Suizidassistenz bieten, ohne sich auf das strafbewehrte Minimum beschränken zu müssen. Die rechtliche Anerkennung des Patientenwunsches zur Lebensbeendigung und zu ärztlichem Beistand knüpft der Entwurf an strenge Voraussetzungen. Diese Bedingungen finden ihre Rechtfertigung im Nachweis der Authentizität des Patientenwunsches und der Einwilligungsfähigkeit sowie in der Feststellung einer Konfliktlage, die sich nach intersubjektiv vermittelbaren Kriterien als unzumutbar oder in nachvollziehbarer Weise als ausweglos darstellen lässt. Bei der rechtlichen Anerkennung des Patientenwunsches nach Lebensbeendigung für die Zwecke der ärztlichen Assistenz bewegt sich der Gesetzgeber in einem Bereich der Grundrechtsausübung, für den die diagnostische, beratende und unterstützende Mitwirkung des Arztes eine beachtliche Einschätzungsprärogative eröffnet. Gesteigert wird dieser Gestaltungsspielraum in dem Maße, in dem das Regelungskonzept des Gesetzgebers einer möglichen Suizidprävention durch ärztlichen Beistand jedenfalls in plausibler Weise Raum gibt.²⁷ Die Bedingungen für die rechtliche Anerkennung des Sterbewunsches für die Zwecke

²³ EGMR, *Pretty / Vereinigtes Königreich*, paras. 63, 65; *Lambert / Frankreich*, para. 142.

²⁴ EGMR, *Haas / Schweiz*, para. 55.

²⁵ EGMR, *Haas / Schweiz*, para. 56: „With regard to the balancing of the competing interests in this case, the Court is sympathetic to the applicant’s wish to commit suicide in a safe and dignified manner and without unnecessary pain and suffering, particularly given the high number of suicide attempts that are unsuccessful and which frequently have serious consequences for the individuals concerned and for their families. However, it is of the opinion that the regulations put in place by the Swiss authorities, namely the requirement to obtain a medical prescription, pursue, inter alia, the legitimate aims of protecting everybody from hasty decisions and preventing abuse, and, in particular, ensuring that a patient lacking discernment does not obtain a lethal dose of sodium pentobarbital (...)”.

²⁶ So EGMR, *Gross / Schweiz*, aaO (Urteil von Großer Kammer aus prozessualen Gründen aufgehoben).

²⁷ Siehe BT-Drucks. 18/5374, S. 9.

des ärztlichen Beistandes dienen nicht nur dem Schutz des Lebens (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) als einem Höchstwert der Verfassung. Sie erhöhen auch wesentlich die Rechtssicherheit gegenüber dem bisherigen Regelungszustand und damit auch die Bereitschaft zu ärztlicher Assistenz. Die ärztliche Gewissensfreiheit (Art. 4 Abs. 1 GG) bleibt unberührt. Dem Grundrechtsschutz des Patienten aus Art. 2 Abs. 2 GG dient der vorgesehene ärztliche Beistand auch insoweit, als er den Patienten vor den Folgen eines Suizidversuches, vor Leiden und sonstigen Beeinträchtigungen aufgrund aus ärztlicher Sicht ungeeigneter Mittel zu bewahren sucht.²⁸ Die Einschränkungen für die ärztliche Berufsausübung treffen das Grundrecht aus Art. 12 GG nur reflexartig, nämlich über die zulässigen Bedingungen für eine rechtliche Anerkennung des Patientenwunsches. Sie verlangen insoweit nicht nach einer besonderen Rechtfertigung. Insgesamt stellt sich der Gesetzesentwurf zur zivilrechtlichen Regelung der Suizidhilfe als verhältnismäßige und konsistente Austarierung unterschiedlicher Belange von Verfassungsrang dar.

b) Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung

Der Entwurf *Kinnast et al.* bezieht seine Rechtfertigung für das strafrechtliche Verbot gewerbsmäßiger Hilfe zur und gewerbsmäßiger Förderung der Selbsttötung (§ 4 f.) aus der Annahme, dass die Kommerzialisierung der Sterbehilfe die Selbstbestimmung des Patienten und den Schutz des Lebens gefährdet.²⁹ Diese Annahme wird empirisch schwach substantiiert, hat aber nach allgemeiner Lebenserfahrung eine gewisse Plausibilität für sich und dürfte damit vom Einschätzungsspielraum des Gesetzgebers im Hinblick auf die Eignung eines strafbewehrten Verbotes zum erstrebten Rechts- und Lebensgüterschutz gedeckt sein. Im Hinblick auf die Beschränkungen der Suizidhilfe ist der Einschätzungsspielraum des Gesetzgebers umso erheblicher, umso geringer die daraus folgenden Eingriffe in die individuelle Selbstbestimmung des Patienten sind. Das strafbewehrte Verbot für gewerbsmäßige Assistenz bei ausdrücklicher Zulassung der ärztlichen Sterbehilfe (§ 6) dürfte die individuelle Selbstbestimmung (Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 GG) allenfalls in einem Randbereich treffen. Nicht problematisch ist unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit die Strafandrohung für einzelne der in § 9 des Entwurfes genannten Pflichtverletzungen, insbesondere die Dokumentationspflichtverletzung.

Bedenken ist der Entwurf im Hinblick auf die gebotene Bestimmtheit von Straftatbeständen (Art. 103 Abs. 1 GG) ausgesetzt.³⁰

Dabei lässt sich das Merkmal der Gewerbsmäßigkeit (§§ 4, 5 des Entwurfes) im Lichte der Gesetzesbegründung³¹ eben für die Normadressaten in vorhersehbarer Weise konkretisieren. Keine hinreichende Klarheit besteht jedoch im Hinblick auf die Einbeziehung honorierter Arztleistungen, die nach der Gesetzesbegründung das

²⁸ Siehe zu diesen Belangen auch EGMR, *Haas / Schweiz*, para 56.

²⁹ BT-Drucks. 18/5375, S. 8.

³⁰ Wissenschaftliche Dienste des Bundestages, Gutachten WD 3 – 3000-155/15, S. 14 f.

³¹ BT-Drucks. 18/5375, S. 11.

Merkmal der Gewerbsmäßigkeit erfüllen könnten.³² Auf der anderen Seite wird die Hilfe zur Selbsttötung als mögliche ärztliche Aufgabe qualifiziert (§ 6 Abs. 2 des Entwurfes). Insoweit bleibt unklar, ob die ärztliche Assistenz vom Verbot der gewerbsmäßigen Hilfe ausgenommen werden soll oder ob es sich hier um eine allgemeine Erlaubnis zugunsten nicht gewerbsmäßigen ärztlichen Handelns handeln soll, die als allgemeine Regelung der Berufsausübung im gewählten strafrechtlichen Kontext deplatziert wäre. Nicht überzeugend erscheinen dagegen die Bedenken, die sich auf eine mögliche Einbeziehung palliativmedizinischer Maßnahmen beziehen, soweit diese nicht auf eine Lebensbeendigung zielen.³³

c) Strafbarkeit der gesetzmäßigen Förderung der Selbsttötung

Der Entwurf *Brand et al.* will sowohl die autonome Willensentscheidung des Einzelnen als auch das Rechtsgut des Lebens (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) schützen³⁴ und baut auf der Annahme auf, dass gerade die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung die Autonomie des Einzelnen und das Rechtsgut des Lebens gefährdet. Diese Annahme hat ohne eingehende Substantiierung weniger Plausibilität als das Gefährdungspotential einer gewerbsmäßigen Sterbehilfe.

Unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten problematisch ist vor allem der Bezug auf ein anhaltendes Verhaltensmuster unter Ausklammerung eines erst- und einmaligen Angebotes.³⁵ Damit wird der Sterbewillige bei der Suche nach Unterstützung auf das Novizentum fachlich unerfahrener Personen verwiesen. Mit einer einmaligen Assistenz hätte ein Arzt sein Beistandspotential gewissermaßen „aufgebraucht“. Umgekehrt kann die befürchtete Einflussnahme auf die autonome Willensbildung³⁶ nicht nur in einer wiederholten und nachhaltigen, sondern auch in einer ein- und erstmaligen Assistenz liegen. Schließlich liegt die Annahme nicht fern, dass die suizidpräventive Wirkung insbesondere ärztlicher Assistenz mit dem Erfahrungsschatz des betreuenden Arztes eher wächst als abnimmt.

³² BT-Drucks. 18/5375, S. 11 zu § 4 Abs. 1.

³³ Anders wohl Wissenschaftliche Dienste des Bundestages, aaO, S. 15.

³⁴ BT-Drucks. 18/5373, S. 13.

³⁵ BT-Drucks. 18/5373, S. 17.

³⁶ BT-Drucks. 18/5373, S. 18.

Prof. Dr. jur. Dr. phil. Eric Hilgendorf
Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Rechtstheorie,
Informationsrecht und Rechtsinformatik
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Hilgendorf@jura.uni-wuerzburg.de

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages am 23. September 2015*

A. Zusammenfassung

Nach den Entwürfen von *Sensburg et al.* und *Brand et al.* ergeben sich erhebliche Strafbarkeitsrisiken für Ärzte und Pflegekräfte in Hospizen und Palliativeinrichtungen und darüber hinaus letztlich für jeden, der regelmäßig mit Sterbenden zu tun hat. Der Verfasser plädiert deshalb dafür, von einer Neukriminalisierung des assistierten Suizids abzusehen.

B. Ausgangslage

Der enorme medizinische und technische Fortschritt der letzten Jahrzehnte hat auch vor dem Lebensende nicht Halt gemacht. Zu welchem Zeitpunkt ein Menschen stirbt, ist heute nicht mehr naturgegebenes Schicksal, sondern über weite Strecken durch Entscheidungen der behandelnden Ärzte, der Verwandten oder durch andere Menschen beeinflussbar. Auf diese Weise entstehen fortwährend neue (Be-) Handlungsmöglichkeiten, aber auch schwerwiegende ethische und rechtliche Fragen, denen in einer humanen, an der Würde des Menschen orientierten Gesellschaft nicht ausgewichen werden darf.

Bedenklich sind insbesondere Versuche, durch eine emotional aufgeladene, in der Sache aber erheblich unterkomplexe Terminologie - etwa: „böse“ Sterbehilfe versus „gute“ Sterbebegleitung“, „böses“ Sterben „von der Hand“ versus „gutes“ Sterben „an der Hand“ eines Anderen – drängende ethische und rechtliche Fragen zu kaschieren. Jede Art des Umgangs mit Menschen, die deren verbleibende Lebenserwartung verkürzen kann - also auch die lebensverkürzende Schmerzmittelvergabe und der

Abbruch von Behandlungen - ist ethisch wie rechtlich problematisch und sollte nicht durch sprachliche Manöver und wohlklingende Worthülsen verharmlost werden. Wir haben es bei der Sterbehilfe mit einem Kontinuum von teilweise hoch komplexen Detailfragen zu tun, bei denen einfache Antworten versagen.

Das damit angedeutete Problemfeld wird in der Rechtswissenschaft ebenso wie in der Ethik und der Moralthologie seit jeher unter der Bezeichnung „Sterbehilfe“ behandelt. Die maßgebende Definition des Münchner Strafrechtslehrers *Claus Roxin* dafür lautet: **„Unter Sterbehilfe (Euthanasie) versteht man eine Hilfe, die einem schwer erkrankten Menschen auf seinen Wunsch oder doch mindestens im Hinblick auf seinen mutmaßlichen Willen geleistet wird, um ihm einen seinen Vorstellungen entsprechenden menschenwürdigen Tod zu ermöglichen“** ¹

Im Rahmen der Sterbehilfe werden in der juristischen, aber auch der ethischen und moralthologischen Diskussion traditionell mehrere Fallgruppen unterschieden. Weitgehend unbestritten ist heute² die Zulässigkeit des *Behandlungsabbruchs* (passive Sterbehilfe), also der Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen auf Wunsch des Patienten. Weitgehend unbestritten ist auch die Zulässigkeit der sog. *indirekten aktiven Sterbehilfe*, bei der der Arzt mit dem Ziel der Schmerzlinderung aktiv (z.B. durch eine Spritze oder eine Medikamentengabe) einen Stoff verabreicht, der u.U. extreme Schmerzen lindert, dafür aber die verbleibende Lebenserwartung verkürzt. Der medizinische Fortschritt scheint es zu ermöglichen, unbeabsichtigte Lebensverkürzungen mehr und mehr zu vermeiden; völlige Sicherheit lässt sich jedoch kaum jemals erreichen.

* Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich auf den bislang nicht hinreichend reflektierten Aspekt möglicher ungewollter Strafbarkeitsrisiken durch eine Neukriminalisierung des assistierten Suizids. Ich beschränke mich dabei im Wesentlichen auf die Entwürfe von *Brand et. al.* und *Sensburg et al.* Für weitergehende strafrechtswissenschaftliche Analysen der aktuellen Thematik vgl. u.a. *Armin Engländer*, Festschrift Bernd Schönemann, 2014, S. 583 ff.; *Eric Hilgendorf*, JZ 2014, S. 545 ff.; *Thomas Hillenkamp*, Festschrift für Christian Kühl, 2014, S. 521 ff.; *Frank Saliger*, medstra 2015, S. 132 ff.; *Thorsten Verrel*, Festschrift für Hans-Ullrich Paeffgen, 2015, S. 331 ff.; umfassend *Frank Saliger*, Selbstbestimmung bis zuletzt. Rechtsgutachten zum Verbot organisierter Sterbehilfe, 2015.

¹ *Claus Roxin, Ulrich Schroth* (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, 4. Aufl. 2010, S. 83.

² Noch vor 20 Jahren war die Diskussionslage eine andere. Dies wirkt sich noch heute in vielen Unsicherheiten über das rechtlich gebotene Verhalten z.B. gegenüber Notfallpatienten, aber auch gegenüber Sterbenden ohne Patientenverfügung aus.

Nach Absprache mit dem betroffenen Patienten durchgeführte Behandlungsabbrüche (also die passive Sterbehilfe) gehören heute ebenso wie die indirekte aktive Sterbehilfe zum medizinischen Alltag, insbesondere in den Hospizen und der Palliativmedizin. Aus juristischer Perspektive gilt sogar: Ein Mediziner, der einem Patienten vorsätzlich die erforderliche indirekte Sterbehilfe verweigert oder gar ihn gegen seinen Willen weiterbehandelt, dem Patienten also nicht einmal passive Sterbehilfe zukommen lässt, könnte sich wegen Nötigung (§ 240 StGB) und/oder Körperverletzung (§ 223 StGB) strafbar machen.

Aktive Sterbehilfe i.e.S., also die direkte aktive Tötung eines anderen auf dessen Wunsch, ist in Deutschland hingegen verboten und fällt im Regelfall unter den § 216 StGB (Tötung auf Verlangen). Dieses Verbot ist in Deutschland derzeit nahezu unstrittig und war jedenfalls der Sache nach auch nicht Thema der jüngsten Auseinandersetzungen. Bedauerlicherweise wurde allerdings die aktive Sterbehilfe gelegentlich in der Medienberichterstattung und auch in manchen politischen Stellungnahmen mit der Hilfe zu Selbsttötung konfundiert, was zusammen mit der bereits eingangs kritisierten beschönigenden und problemkaschierenden Sprachverwendung einiger Diskussionsteilnehmer erheblich zu einer **Verwirrung der Begriffe** beigetragen hat.

Von einer *Hilfe zur Selbsttötung* (Suizid³) spricht man, wenn eine Person eine andere bei deren Suizid unterstützt. So begeht etwa Hilfe zum Suizid, wer einem anderen einen Stoff reicht, mit dem sich diese Person sodann tötet. Kennzeichnend für die Hilfe zur Selbsttötung (auch „assistierter Suizid“ genannt) ist stets, dass derjenige, der die Tötungshandlung an sich vornimmt, die Situation unter Kontrolle hat und freiverantwortlich handelt, während sich der Helfer auf eine unterstützende Tätigkeit beschränkt.

³ Mit „Suizid“ oder „Selbsttötung“ soll im Folgenden ein Verhalten bezeichnet werden, durch das sich der Akteur (durch Tun oder Unterlassen) selbst tötet. Die Selbsttötung kann rasch erfolgen, sich aber auch über einen längeren Zeitraum erstrecken, z.B. bei einem gewollten Hungertod. Subjektiv kann der Suizident den eigenen Tod intendieren, ihn wissentlich herbeiführen (ohne ihn zielgerichtet herbeiführen zu wollen) oder ihn auch nur als Folge seines Verhaltens billigend in Kauf nehmen. Der Ausdruck „Selbstmord“ sollte vermieden werden, weil die damit bezeichneten Menschen oft aus Verzweiflung handeln und die scharf negative Wertung „Mörder“ auf sie nicht passt.

Die Hilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland seit dem Erlass des Strafgesetzbuchs straflos. Dies liegt daran, dass eine Beihilfehandlung nur dann bestraft wird, wenn die Haupttat, zu der Hilfe geleistet wird, ebenfalls unter Strafe steht. Der Suizid wird in Deutschland aber schon seit langem nicht mehr bestraft. Daraus folgt, dass auch die Beihilfe zum Suizid nicht bestraft werden kann – ohne Haupttat keine Beihilfe. Juristen sprechen vom *Grundsatz der (limitierten) Akzessorietät*.⁴ Es handelt sich um ein Grundprinzip, welches auch in allen übrigen Bereichen des deutschen Strafrechts, also nicht bloß im Strafrecht der Sterbehilfe, gilt.

Seit etwa 10 Jahren wächst die Beunruhigung darüber, dass die Straflosigkeit der Beihilfe zur Selbsttötung kommerziell ausgenutzt werden könnte, indem bestimmte Personen Hilfe beim Suizid gegen Geld anbieten. Ein derartiges Vorgehen, so wurde und wird befürchtet, untergrabe den Lebensschutz, indem es Kranke und Verzweifelte in die Arme von skrupellosen Geschäftemachern treibt, und könnte zu einem gefährlichen Druck auf Kranke und Alte führen, „sozialverträglich“ aus dem Leben zu scheiden. Nahezu alle Beteiligten der gegenwärtigen Debatte sind sich einig, dass eine derartige „wilde Sterbehilfe“ keinerlei Unterstützung verdient und in einem humanen Werten verpflichteten Rechtsstaat mit allen legalen Mitteln unterbunden werden muss – auch wenn dazu neue Gesetze nötig sind.

Die Realität der sog. „Sterbehilfevereine“ stimmt mit dem von ihren Kritikern gezeichneten Bild allerdings nicht überein. Es ist nicht anzunehmen, dass etwa „Dignitas“, der in der Schweiz ansässige bekannteste Sterbehilfeverein, durch seine Hilfen zum Suizid gezielt in nennenswertem Ausmaß Vermögen ansammelt, denn dies wäre in der Schweiz, anders als in Deutschland, sogar strafbar (Art. 115 Schweiz. StGB). Beachtlich ist der Beitrag der Sterbehilfevereine zur *Suizidprophylaxe*.⁵

⁴ Eric Hilgendorf, Brian Valerius, Strafrecht Allgemeiner Teil, 2. Aufl. 2015, § 9 Rn. 107 ff.

⁵ Angesichts von rund 10.000 Suiziden pro Jahr in Deutschland verwundert es, dass der Gesetzgeber so wenig unternimmt, um die Suizidprophylaxe zu verbessern, während die wenigen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid mit einer drastischen Verschärfung des Strafrechts beantwortet werden sollen. Es liegt auf der Hand, dass Ärzte und andere Personen, denen eine Strafbarkeit wegen Beihilfe zum Suizid durch Tun oder Unterlassen droht, als Gesprächspartner und Vertrauenspersonen potentieller Suizidenten erheblich eingeschränkt sind.

Problematisch erscheint eher, wenn Sterbehilfe in wenig transparenter Form von Einzelnen geleistet wird, selbst wenn dies mit großem moralischen Ernst geschieht. Nicht mehr akzeptabel ist es, wenn die Freiverantwortlichkeit des Sterbewilligen nicht in jedem Einzelfall durch geeignete Maßnahmen zweifelsfrei sichergestellt wird. Wer eine alte oder schwerkranke Person, die sich über ihren Sterbewunsch im Unklaren ist, zum Suizid drängt, leistet keine Sterbehilfe und ist u.U. sogar wegen Totschlags (§ 212 StGB) strafbar.

Wie das letzte Beispiel zeigt, enthält unser Strafrecht also durchaus schon Möglichkeiten, problematischen Formen von angeblicher „Sterbehilfe“ in angemessener Weise zu begegnen. Mit der ganz überwiegenden Mehrzahl der deutschen Strafrechtsprofessorinnen und Strafrechtsprofessoren⁶ vertrete ich daher die Ansicht, dass eine Änderung des Strafrechts zum jetzigen Zeitpunkt nicht zielführend ist und sogar erheblichen Schaden stiften könnte, weil die vorgeschlagene strafrechtliche Regelung von Sterbehilfe – genauer: der Hilfestellung beim Suizid – nicht möglich ist, ohne auch die Ärzteschaft, insbesondere die im Bereich der Hospiz- und Palliativmedizin tätigen Ärzte, in einen strafrechtlichen Graubereich zu ziehen.

Zu bedenken ist dabei stets, dass die Staatsanwaltschaft in Deutschland schon dann tätig werden muss, wenn auch nur der Verdacht einer strafbaren Handlung vorliegt (§ 152 Abs. 2 StPO). Dies bedeutet im Ergebnis, dass alle Unklarheiten und Unsicherheiten eines neuen Straftatbestandes im Kontext der Sterbehilfe erst einmal zu Lasten der Ärzteschaft gehen. Bereits ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren wird in der Regel für den betroffenen Hospizarzt oder die betroffene Palliativmedizinerin potentiell berufsvernichtende Konsequenzen haben – ein u.U. erst Jahre darauf erfolgender gerichtlicher Freispruch kommt zu spät.

C. Zur Strafbarkeit der Beihilfe im Allgemeinen

Im Kern der Vorschläge von *Sensburg et al.* und *Brand et al.* steht die Neukriminalisierung der Beihilfe zum Suizid. Um diese Vorschläge angemessen

⁶ Siehe die „Stellungnahme deutscher Strafrechtslehrerinnen und Strafrechtslehrer zur geplanten Ausweitung der Strafbarkeit der Sterbehilfe“, abgedruckt in *medstra. Zeitschrift für Medizinstrafrecht* 2015, S. 129 – 131. Die Stellungnahme haben bis heute (14.9.2015) 150 Professorinnen und Professoren der Strafrechtswissenschaft unterzeichnet.

würdigen zu können, ist es erforderlich, sich zunächst Klarheit darüber zu verschaffen, was eine Strafbarkeit wegen Beihilfe im deutschen Recht bedeutet und in welchen Formen eine Beihilfe auftreten kann.⁷

Als Gehilfe wird nach § 27 StGB bestraft, „wer vorsätzlich einem anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat Hilfe geleistet hat“.

Der Grund der Strafbarkeit der Beihilfe wird von der ganz h.M. darin gesehen, dass der Helfer das in der Verwirklichung eines Straftatbestands liegende Unrecht fördert.⁸ Wer dem Täter bei einem Mord hilft, fördert das Unrecht der Haupttat „Mord“ und wird deshalb bestraft. Liegt keine tatbestandsmäßige Haupttat vor, so kann es auch keine strafbare Beihilfe dazu geben. Der notwendige Bezug der Beihilfe auf eine Haupttat drückt sich sogar in der gesetzlichen Formulierung des § 27 StGB aus: „einem anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat“ Hilfe leisten.

Beihilfe wird durch *jedes Fördern der Haupttat* geleistet. Eine solche Hilfeleistung kann etwa im Überreichen einer Tatwaffe oder in der Bereitstellung eines Transportmittels liegen. Nach ständiger Rechtsprechung kann strafbare Beihilfe nicht nur bei der unmittelbaren Ausführung der Tat geleistet werden, sondern bereits im Rahmen der Tatvorbereitung, aber auch noch dann, wenn die eigentliche Tathandlung (z.B. der Bankraub) bereits vollendet ist und der Täter die Tat nur noch in der sog. „Beendigungsphase“ unterstützt, indem er etwa beim Abtransport der Beute hilft (sog. *sukzessive Beihilfe*).⁹ Die Beihilfehandlung muss nach Ansicht der Rechtsprechung für den Erfolg der Haupttat also nicht kausal geworden sein. Anders ausgedrückt: *die Hilfe muss sich im Ergebnis der Tat nicht auswirken.*

⁷ Der Ausdruck „Beihilfe“ scheint in Teilen des moraltheologischen Schrifttums in anderer, teilweise erheblich engerer Weise verwendet zu werden, indem Beihilfe etwa auf eine intentionale Unterstützung, die kausal für ein bestimmtes Ergebnis ist, beschränkt wird. Da es hier um die Bewertung eines gesetzlichen Regelungsvorschlags geht, ist nicht der moraltheologische, sondern der juristische Sprachgebrauch ausschlaggebend.

⁸ BGHSt 9, 379; *Thomas Fischer*, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 62. Aufl, 2015 Vor § 25 Rn. 1 mit weiteren Nachweisen.

⁹ BGHSt 2, 345; 3, 40, 43 f.; BGH NJW 1985, 814; 1990, 645; BGH NSTZ –RR 1999, 208; OLG Bamberg NJW 2006, 2935, 2936.

Eine bloß versuchte Beihilfe ist nach deutschem Recht nicht strafbar. Anders verhält es sich bei der versuchten Anstiftung, die aus historischen Gründen in § 30 Abs. 1 StGB unter Strafe gestellt wurde.

Der Gehilfe muss vorsätzlich handeln. Vorsatz kann dabei in drei Formen vorliegen: Absicht, Wissentlichkeit, und *dolus eventualis*. Dies bedeutet, dass der Gehilfe die Tat entweder absichtlich unterstützen muss, oder aber sicher wissen muss, dass er die Tat unterstützt (ohne dies jedoch zu beabsichtigen). Strafbare Beihilfe liegt aber auch schon dann vor, wenn der Gehilfe nur mit *dolus eventualis* handelt, d.h. wenn er mit der Möglichkeit einer Hilfe zur Tat rechnet und sich damit abfindet.

Die genannten Vorsatzelemente beziehen sich auf das Fördern der Tat. Der Gehilfenvorsatz muss darüber hinaus aber auch die Haupttat selbst umfassen. Man spricht deshalb von einem „*doppelten Gehilfenvorsatz*“. Dies bedeutet, dass etwa eine Beihilfe zum Raub folgende Tatbestandselemente umfasst: 1a: die Haupttat „Raub“, 1b: ein (objektives) Fördern dieser Haupttat, 2a: Vorsatz in Bezug auf die Haupttat, und 2b: Vorsatz in Bezug auf das Fördern der Haupttat.

Beihilfe kann durch *Rat und Tat* geleistet werden. Im ersten Fall spricht man von psychischer, im zweiten von physischer Beihilfe. Auch alltägliche („sozialadäquate“) Handlungen können nach h.M. strafbare Beihilfe darstellen. Beihilfe kann des Weiteren sowohl durch *aktives Tun* (Gehilfe A gibt dem Haupttäter B das Tatwerkzeug) als auch durch *Unterlassen* geleistet werden (Gehilfe A schreitet nicht ein, als Haupttäter B eine Waffe aus der Jacke des A nimmt, wobei A sich damit abfindet, dass mit der Waffe eine bestimmte Straftat begangen werden wird).

Der Haupttäter braucht von der ihm gewährten Hilfe nichts zu wissen. Wenn also A eine Waffe so ablegt, dass sie von Haupttäter B bemerkt werden kann und der sie dann tatsächlich, ohne von As Zutun zu wissen, zur Haupttat verwendet, so liegt eine strafbare Beihilfe vor, wenn A auch nur die Möglichkeit dieses Ablaufs vorausgesehen und sich damit abgefunden hat (*dolus eventualis*).

D. Fallbeispiele

Fallbeispiel 1

Sterbehelfer A reicht dem Sterbewilligen B auf dessen Verlangen ein todbringendes Mittel, welches dieser in einem Glas Wasser auflöst, ohne weitere Hilfe zu sich nimmt und sodann verstirbt.

B hat einen Suizid begangen, der nach geltender Rechtslage nicht den Tatbestand eines Strafgesetzes erfüllt. Daher ist auch die Hilfeleistung zu dieser Tat nicht strafbar. Eine strafbare Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) liegt nicht vor, da sich A auf eine Hilfeleistung beschränkt hat und keine Tatherrschaft innehatte.

Nach dem Entwurf von *Sensburg et al.* ist der neue Tatbestand des § 217 Abs. 1 n.F. (Teilnahme an einer Selbsttötung) verwirklicht. Da A auch vorsätzlich handelte, hätte er sich bei Zugrundelegung dieses Gesetzentwurfs strafbar gemacht.

Nach dem Entwurf von *Brand et al.* soll lediglich die *geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung* unter Strafe gestellt werden. A hat dem B Gelegenheit zum Suizid gewährt. Fraglich ist, ob er dies geschäftsmäßig getan hat. Als geschäftsmäßig wäre As Handlung dann anzusehen, wenn davon auszugehen wäre, dass A „die Wiederholung gleichartiger Taten zum Gegenstand seiner Beschäftigung machen will“.¹⁰ Aus dem Sachverhalt geht dies nicht eindeutig hervor. Da aber nach dem Gesetzentwurf bereits „das erstmalige Angebot“ zur Erfüllung des objektiven Tatbestands ausreichen soll, wenn es „den Beginn einer auf Fortsetzung angelegten Tätigkeit darstellt“¹¹, kann bei einem Sterbehelfer wohl „Geschäftsmäßigkeit“ bejaht werden. Im subjektiven Tatbestand ist die Absicht erforderlich, die Selbsttötung eines anderen zu fördern (doppelter Gehilfenvorsatz). Dies ist hier gegeben. Damit hätte sich A auch nach dem Gesetzentwurf von *Brand et al.* strafbar gemacht.

¹⁰ Gesetzentwurf *Brand et. al.*, BT-Drucksache 18/5373, S. 17 (mit umfangreichen Nachweisen zur Literatur und Rechtsprechung).

¹¹ Ebenda.

Fallbeispiel 2

Arzt A legt seinem Patienten B, der wiederholt über Suizid gesprochen hat, über das Wochenende eine Packung eines Medikamentes in den Nachttisch/Zimmerschrank, welches, wie beide wissen, in hohen Dosen tödlich wirkt. Der geistig klare B nimmt in Abwesenheit des Arztes die gesamte Packung zu sich, wobei er damit rechnet, dass er daran sterben wird. Kurz darauf ist B tot.

Nach derzeit geltender Rechtslage ist das Geschehen erneut nicht als Beihilfe des A erfassbar. Denkbar erscheint eine Fahrlässigkeitstat des A, die jedoch wegen des frei verantwortlichen Handelns des B abzulehnen sein dürfte.¹²

Nach dem Entwurf von *Sensburg et al.* liegt objektiv eine Hilfeleistung zum Suizid vor. Ein Helfervorsatz des A (*dolus eventualis*) kann jedenfalls nicht von vornherein ausgeschlossen werden, so dass ein Anfangsverdacht auf Teilnahme an einer Selbsttötung, § 217n.F. StGB, gegeben ist.

Durch die Platzierung des Medikamentes hat A dem B die Gelegenheit zum Suizid verschafft. Seine Strafbarkeit hängt nach dem Entwurf von *Brand et al.* zunächst davon ab, ob A „geschäftsmäßig“ gehandelt hat. Dies bestimmt sich danach, ob eine Verhaltensweise wie die skizzierte (Aufbewahren einer höheren, potentiell tödlichen Medikamentendosis in Reichweite des Patienten) einen Einzelfall darstellt oder häufiger vorkommt. Nimmt man letzteres an (was der Praxis zumindest mancher Einrichtungen entsprechen dürfte, Medikamente im Zimmer der Patienten aufzubewahren), so verlagert sich das Schwergewicht der Prüfung auf den subjektiven Tatbestand:

Wie oben (B) ausgeführt, muss der Gehilfenvorsatz in doppelter Weise vorliegen: Er muss sich auf die Förderung als solche richten, und er muss die Haupttat umfassen. Nach dem Entwurf von *Brand et al.* muss sich die *Absicht* des Täters „lediglich auf die Förderung der Selbsttötung beziehen, nicht auf die tatsächliche Durchführung der Selbsttötung“. Für letztere soll *dolus eventualis* Vorsatz genügen.¹³

¹² *Hilgendorf/Valerius*, Strafrecht Allgemeiner Teil, § 12 Rn. 35.

¹³ *Brand et al.*, BT-Drucks. 18/5373, S. 19 (mit Begründung).

Überträgt man dies auf den vorliegenden Fall, so ergibt sich folgendes Bild: Eine auf die Durchführung der Selbsttötung gerichtete *Absicht* ist nicht anzunehmen. Hier reicht aber nach der Entwurfsbegründung schon *dolus eventualis* aus, also ein „Sich-Abfinden“ mit der Haupttat. Ob dies vorliegt, lässt sich dem Sachverhalt nicht eindeutig entnehmen. In Bezug auf die Förderung als solche (also die Platzierung der Medikamente) liegt Absicht vor: A hat sie absichtlich (intentional, zielgerichtet) in den Nachtschrank bzw. den Zimmerschrank gelegt.

Fallbeispiel 3

Krebspatient B ist an eine Morphinpumpe angeschlossen, deren Regler er je nach Schmerzintensität eigenständig bedienen kann. Der behandelnde Arzt A informiert B darüber, dass das Morphin in zu hohen Dosen lebensverkürzend wirken könnte. B dreht den Regler daraufhin in Abwesenheit des A über das gesamte Wochenende hinweg absichtlich voll auf und verstirbt. Sachverständige kommen zu dem Schluss, dass B ohne das Morphin möglicherweise länger gelebt hätte.

Nach geltender Rechtslage wäre hier Strafflosigkeit für A anzunehmen (man könnte aber immerhin an eine Fahrlässigkeitstat nach § 222 StGB, also eine fahrlässige Tötung, denken, die allerdings wegen der Freiverantwortlichkeit des Handelns von B abzulehnen wäre).

Das Verhalten des A wäre nach dem Entwurf von *Sensburg et al.* möglicherweise als vollendete Teilnahme an einer Selbsttötung strafbar, wenn es tatsächlich zu einer Lebensverkürzung gekommen ist. (Lässt sich eine Lebensverkürzung durch das Morphin nicht nachweisen, kommt zumindest ein Versuch nach § 217 Abs. 2 n.F. in Betracht).

Der objektive Tatbestand (Förderung des Suizids) ist erfüllt. Fraglich ist, ob A den Suizid auch billigend in Kauf genommen hat. Dies dürfte hier nicht der Fall sein: die in der Einstellung des Reglers und der Information über die Tödlichkeit einer hohen Dosis liegende Hilfeleistung erfolgte zwar absichtlich (d.h. A hat den Regler absichtlich so eingestellt), sein Vorsatz bezog sich aber nicht auf die Selbsttötung (kein doppelter Gehilfenvorsatz). Etwas anderes ließe sich vertreten, wenn derartige Fälle in der

Einrichtung des A häufiger vorkämen; dann läge wohl zumindest der Verdacht nahe, eine Selbsttötung der Patienten würde billigend in Kauf genommen.

Auf der Grundlage des Entwurf von *Brand et al.* stellt sich zunächst die Frage, ob der behandelnde Arzt A durch die Anbringung der Morphinpumpe „äußere Umstände“ herbeigeführt hat, „die geeignet sind, die Selbsttötung zu ermöglichen oder wesentlich zu erleichtern“.¹⁴ Dies ist ohne Weiteres zu bejahen. Das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit liegt ebenfalls vor; gerade in der Onkologie ist das Anschließen an Morphinpumpen mit Selbstregler weit verbreitet.

Das Schwergewicht des Falles verlagert sich nun wieder auf den subjektiven Tatbestand, also die Absicht der Suizidförderung. Man wird davon auszugehen haben, dass Arzt A letztlich das Ziel hatte, dem B eine selbstbestimmte Linderung seiner Schmerzen zu ermöglichen. Dabei wusste er, dass sich B möglicherweise sehr hohe Dosen zuführen würde, und er wusste auch, dass diese Dosen möglicherweise lebensverkürzend wirken würden.

Nach dem Entwurf von *Brand et al.* muss sich die Absicht des Täters wie oben bereits ausgeführt „lediglich auf die Förderung der Selbsttötung beziehen, nicht auf die tatsächliche Durchführung der Selbsttötung“. Für letztere genügt *dolus eventualis*.¹⁵ Arzt A handelte in Bezug auf die Förderung des Suizids mit Absicht, denn es war seine Absicht, den Morphinregler (jedenfalls teilweise) frei bedienbar einzustellen. Sein (Fern-)Ziel war dabei die Schaffung der Möglichkeit von selbstbestimmter Schmerzlinderung. Dagegen handelte Arzt A in Bezug auf den Suizid selbst nicht absichtlich. Je nach Sachlage hat er jedoch mit der Möglichkeit eines Suizids rechnen können. Damit rückt die subjektive Tatseite sehr nahe an einen *dolus eventualis* heran. Zumindest ein Anfangsverdacht dürfte zu bejahen sein.

Fallbeispiel 4a

Patient B liegt im Sterben und leidet unerträgliche Schmerzen. Arzt A gibt ihm, wie er es in solchen Fällen häufig tut, ein starkes Schmerzmittel, das sich dieser bei Bedarf

¹⁴ Gesetzesentwurf *Brand et al.*, BT-Drucks. 18/5373, S. 18 unter Berufung auf *Fischer*, StGB § 180 Rn. 5.

¹⁵ *Brand et al.*, BT-Drucks. 18/5373, S. 19.

selbst zuführen kann. Es lindert die Schmerzen, verringert jedoch, was A und B wissen, die verbleibende Lebenserwartung des B. Trotzdem nimmt B das Schmerzmittel in großen Mengen ein.

Nach geltender Rechtslage liegt mangels tatbestandsmäßiger und rechtswidriger Haupttat keine strafbare Beihilfe vor.

Nach dem Entwurf von *Sensburg et al.* liegt in diesem Fall dagegen eine Straftat vor. In der Einnahme des Schmerzmittels liegt eine (zeitlich ausgedehnte) Selbsttötung. Die Hingabe des Schmerzmittels durch A an B ist eine Hilfeleistung zur Selbsttötung, die je nach Wirkung des Stoffes vollendet oder bloß versucht (§ 217 Abs. 2 n.F. StGB) ist. A handelt zumindest mit dolus eventualis.

Nach dem *Entwurf Brand et al.* ist jedenfalls der objektive Tatbestand des § 217 n.F. gegeben. Problematisch erscheint wieder die subjektive Tatseite. Erblickt man das Fördern des Suizids in der Gabe der Schmerzmittel, so wird man wieder festzuhalten haben, dass sich der Vorsatz des A in Form von Absicht eben darauf bezieht. Der Suizid selbst wird nicht beabsichtigt; für eine Strafbarkeit ist dies aber auch nicht erforderlich, da nach dem Willen der Entwurfsverfasser dolus eventualis ausreichen soll.

Fallbeispiel 4b (Abwandlung)

Arzt A verabreicht dem Sterbenden B über eine Infusion ein schmerzlinderndes Medikament, welches aber dessen verbleibende Lebenserwartung verringert. As Verhalten stellt einen typischen Fall indirekter Sterbehilfe dar, die nach heute ganz h.M. straflos ist. Daran wollen offenbar auch die Entwürfe *Sensburg et al.* und *Brand et al.* nichts ändern.

Nach beiden Entwürfen besteht deshalb zwischen der Lösung des Ausgangsfalles (Strafbarkeitsrisiken bei der Beihilfe) und der Lösung der Fallabwandlung (Straflosigkeit bei Täterschaft) ein deutlicher Wertungswiderspruch.

Fallbeispiel 5

Patient B hat Suizid begangen, ist aber noch nicht tot. Der herbeigerufene Arzt A erkennt, dass jede Hilfe zu spät kommt. Er bleibt bei dem Sterbenden und lindert seine Schmerzen, bis dieser verstirbt.

Nach gegenwärtiger Rechtslage hat sich A nicht strafbar gemacht.

Entgegen der Alltagsintuition ließe sich in diesem Fall auf der Grundlage des Entwurfs von *Sensburg et al.* eine Strafbarkeit des A vertreten. Es handelt sich um einen Fall sukzessiver (d.h. nach der eigentlichen Tathandlung, aber vor der Tatbeendigung erfolgreicher) Hilfeleistung. Dass die Hilfeleistung für den Todeseintritt nicht kausal war, spielt nach Ansicht der Rechtsprechung (s.o. B) keine Rolle. Folgte man dieser Rechtsprechung bei der Interpretation der von *Sensburg et al.* vorgeschlagenen Strafnorm § 217 n.F. StGB, so könnte sich A im Fallbeispiel 5 dem Wortlaut der Norm nach wegen einer vollendeten Teilnahme an einer Selbsttötung strafbar machen – ein kaum überzeugendes Ergebnis!

Nach dem Entwurf von *Brand et al.* liegt hier keine Straftat vor, da eine Gelegenheit zur Selbsttötung weder gewährt, verschafft noch vermittelt wurde.

Fallbeispiel 6

Die geistig klare 90jährige Patientin B liegt im Hospiz. Sie möchte, wie sie ihren Angehörigen und ihrem Arzt auseinandergesetzt hat, nun sterben und verweigert fortan die Nahrungsaufnahme (Sterbefasten). Der behandelnde Arzt A respektiert den Wunsch der Patientin und unternimmt nichts, woraufhin sie nach einiger Zeit verstirbt.

Nach geltender Rechtslage bleibt A straflos (passive Sterbehilfe); durch eine Zwangsernährung¹⁶ könnte sich der Arzt sogar wegen Körperverletzung, § 223 StGB, oder Nötigung, § 240 StGB, strafbar machen.

Nach dem Entwurf von *Sensburg et al.* ließe sich eine Teilnahme an einer Selbsttötung durch Unterlassen annehmen, § 13. Der Verzicht auf Zwangsernährung war kausal für den Eintritt des Todes; der Arzt hat also durch sein Unterlassen Hilfe zum Suizid der

¹⁶ Zu denken ist etwa an das Setzen einer PEG-Sonde durch die Bauchdecke.

B geleistet. Eine zwangsweise Ernährung wäre ohne Weiteres möglich gewesen. Eine Garantenstellung liegt vor, da A der behandelnde Arzt ist. Das Vorliegen von Vorsatz ist unproblematisch.

Dem Entwurf von *Brand et al.* zufolge hat der Arzt der Patientin zumindest durch Unterlassen (bei Verlegung in ein anderes, ruhiges Zimmer auch durch aktives Tun) die Gelegenheit verschafft, sich selbst durch Nahrungsverweigerung zu töten. Sofern solche Fälle öfter vorkommen (was in vielen Hospizen und Krankenhäusern der Fall sein dürfte), handelt der Arzt auch geschäftsmäßig. Eine Garantenstellung liegt vor. Das Nicht-Eingreifen des Arztes erfolgt mit Absicht, auch wenn der Suizid selbst nicht beabsichtigt, sondern nur billigend in Kauf genommen sein dürfte. Damit liegt eine Strafbarkeit nach dem von *Brand et al.* vorgeschlagenen § 217 n.F. vor.

E. Ethische und juristische Bewertung

Schon die bewusst knapp gehaltenen Falllösungen zeigen, dass die Neukriminalisierung des ärztlich assistierten Suizids Strafbarkeitsrisiken für Ärzte und Pflegepersonal in Hospizen, Palliativeinrichtungen und Krankenhäusern birgt. Betroffen wäre aber letztlich jeder, der mit Sterbenden zu tun hat. Dies gilt insbesondere für den Entwurf von *Sensburg et al.*, der mit so *vielen deutlich sichtbaren Strafbarkeitsrisiken für behandelnde Ärzte und das Pflegepersonal verbunden* ist, dass er bei konsequenter Umsetzung durch die Staatsanwaltschaften die Hospiz- und Palliativarbeit im bisherigen Sinne unmöglich machen würde. Hinzu kommen *Wertungswidersprüche*, wie unter 4a und 4b aufgezeigt. Ein anderer, noch gravierenderer Widerspruch besteht im Hinblick auf die in Absatz 2 des § 217 n.F. normierte Strafbarkeit der versuchten Beihilfe zur Selbsttötung und der (nach dem Entwurf unverändert bleibenden) Straflosigkeit der versuchten Beihilfe zum Mord (§ 211 StGB): Dass versuchte Beihilfe zur Selbsttötung strafbar sein soll, versuchte Beihilfe zum Mord aber nicht, ist nicht vermittelbar.

Aber auch der Entwurf von *Brand et al.* führt zu weitreichenden Strafbarkeitsrisiken für Menschen, die regelmäßig mit Sterbenden zu tun haben, insbesondere für Ärzte und Pflegepersonal. Der Entwurf ist an einigen entscheidenden Stellen sehr unbestimmt¹⁷

¹⁷ Zutreffend deshalb die Analyse des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages WD 3 3000 188/15 vom 24.8.2015, S. 11.

– Wann genau liegt ein „geschäftsmäßiges“ Handeln vor? Beabsichtigt auch derjenige die Förderung eines Suizids, der durch das (beabsichtigte?) Zur-Verfügung-Stellen von Mitteln zur Selbsttötung letztlich eine Schmerzlinderung anstrebt (ohne den damit verbundenen Suizid zu wollen)? Es bleibe dahingestellt, ob diese Unbestimmtheit ausreicht, um das Verdikt der Verfassungswidrigkeit zu rechtfertigen. Der Entwurf von *Brand et al.* weist jedenfalls einen deutlich weiteren Interpretationsspielraum für Strafrichter und Staatsanwälte auf als der Entwurf von *Sensburg et. al.*, was eine Prognose des zu erwartenden Entscheidungsverhaltens der Gerichte sehr schwierig macht.

Die aufgezeigten Unsicherheiten sollten niemanden verwundern: Gerade so tiefgreifende Veränderungen wie eine Kriminalisierung von Hilfeleistungen trotz Straffreiheit der Haupttat – unter Abwendung von einer über 140jährigen gefestigten und bislang auch völlig unbestrittenen Tradition – stellen Rechtsprechung, Staatsanwaltschaften und auch die Rechtswissenschaft vor erhebliche Herausforderungen. Natürlich lassen sich problematische Ergebnisse durch einschränkende Interpretation und Etablierung von passenden Rechtfertigungs- und Entschuldigungsgründen vermeiden. Die deutschen Strafgerichte besitzen ohne jede Frage die dafür notwendigen Qualifikationen und Handlungsspielräume. Bis jedoch eine neue Rechtslage durch die höchstrichterliche Rechtsprechung fest etabliert ist, könnten Jahre, wenn nicht Jahrzehnte vergehen, und solange eine Strafbarkeit auch nur möglich erscheint, müssen die Staatsanwaltschaften ermitteln. Es ist fraglich, ob das grundsätzlich billigenwerte Ziel der Eindämmung „wilder Sterbehilfe“ es rechtfertigt, Ärzten und Pflegepersonal derartige Unsicherheiten und Strafbarkeitsrisiken aufzubürden.

E. Fazit

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass der Entwurf von *Sensburg et. al.* und (in allerdings geringerem Ausmaß) auch der von *Brand et al.* beträchtliche Strafbarkeitsrisiken für Ärzte und Pflegepersonal aufwirft. Das höchst intime, auf unbedingtes Vertrauen basierende Verhältnis zwischen dem Sterbenden und seinem Arzt droht dadurch erheblich beeinträchtigt zu werden.

Der Entwurf von *Künast et al.* sieht in den §§ 4, 5 und 8 Strafbestimmungen vor. Insbesondere § 4 ist nicht unproblematisch, weil darin die Abgrenzung zwischen medizinisch sinnvollem Handeln, das aber eine Selbsttötung fördern kann, und solchem Handeln, das strafbar sein soll, allein über den subjektiven Tatbestand vorgenommen wird. Auch Ärzte können „gewerbsmäßig“ i.S. des § 4 der Entwurfsfassung handeln.

Damit bleibt der Entwurf von *Hintze et al.* Durch den Verzicht auf eine strafrechtliche Neuregelung bleibt die bisherige Rechtslage im Strafrecht bestehen. Gleichzeitig wird die Praxis der Sterbehilfe durch Ärzte vereinheitlicht. Man wird davon ausgehen können, dass dann, wenn Ärzte in extremen Fällen Hilfe auch um den Preis der Lebensverkürzung leisten, die Nachfrage nach „wilder“ nichtärztlicher Sterbehilfe deutlich zurückgehen wird.

Der BGH und die Strafgerichte werden in die Lage versetzt, die Rechtslage im Strafrecht, aber auch im Hinblick auf die neuen zivilrechtlichen Regelungen weiter behutsam und von Fall zu Fall fortzuentwickeln. Verfassungsrechtliche Bedenken im Hinblick auf die Zuständigkeit des Bundes, wie sie der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages geäußert hat,¹⁸ ließen sich u.U. durch eine Verringerung der Regelungsintensität ausräumen.

Die Ärzteschaft bleibt aufgerufen, die missliche Zersplitterung des Standesrechts, die durch die Änderung der Musterberufsordnung 2011 aufgetreten ist, sobald wie möglich zu bereinigen. *Strafrechtliche Neuregelungen wären dagegen zum jetzigen Zeitpunkt wenig zielführend und schädlich.*¹⁹

¹⁸ WD 3 3000 155/15 vom 5. 8. 2015, S. 18 f.

¹⁹ Eine strafrechtliche Regelung ließe sich derzeit allenfalls für solche Fälle vertreten, in denen die Freiverantwortlichkeit des Suizidenten nicht zweifelsfrei feststeht (bislang wirken sich Zweifel an der Freiverantwortlichkeit grundsätzlich nicht zu Lasten des Hilfeleistenden aus). Andere möglicherweise strafwürdige Fallgestaltungen sind das Ausnutzen einer Zwangslage oder erhebliche kommerzielle Interessen.

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz – PA 6
Sekretariat
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Adenauerallee 18-22

Postanschrift:
Adenauerallee 24-42
53113 Bonn

per Email: rechtsausschuss@bundestag.de

Prof. Dr. Christian Hillgruber
Sekretariat: Frau Gabriele Knott
Tel.: 0228/73-7925
Fax: 0228/73-4869
LSHillgruber@jura.uni-bonn.de
www.jura.uni-bonn.de/hillgruber

Bonn, den 14.09.2015

Schriftliche Stellungnahme zu dem

- a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Michael Brand, Kerstin Griese, Kathrin Vogler, Dr. Harald Terpe und weiterer Abgeordneter
Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung
BT-Drucksache 18/5373
- b) Gesetzentwurf der Abgeordneten Peter Hintze, Dr. Carola Reimann, Dr. Karl Lauterbach, Burkhard Lischka und weiterer Abgeordneter
Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz)
BT-Drucksache 18/5374
- c) Gesetzentwurf der Abgeordneten Renate Künast, Dr. Petra Sitte, Kai Gehring, Luise Amtsberg und weiterer Abgeordneter
Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung
BT-Drucksache 18/5375
- d) Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Patrick Sensburg, Thomas Dörflinger, Peter Beyer, Hubert Hüppe und weiterer Abgeordneter
Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung
BT-Drucksache 18/5376

zur Vorbereitung der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages am 23. September 2015 erstattet im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur

von Prof. Dr. Christian Hillgruber

A.	Der verfassungsrechtliche Rahmen	3
I.	Die grundrechtliche Einordnung des Suizids als solchem	3
1.	(Negatives) Grundrecht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG)?	3
2.	Die freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG).....	4
a)	Die Freiverantwortlichkeit als Voraussetzung der Grundrechtsfähigkeit	5
b)	Die krankhafte Störung der inneren Freiheit als Legitimation und Schutzauftrag zur staatlichen Freiheitseinschränkung.....	6
3.	Kein Schutz durch die Garantie der Menschenwürde Art. 1 Abs. 1 GG.....	10
II.	Die grundrechtliche Einordnung der Suizidhilfe.....	12
1.	Die bei der Suizidbeihilfe in Rede stehenden Grundrechte	13
a)	Das Grundrecht des Suizidenten aus Art. 2 Abs. 1 GG	13
b)	Die Grundrechtspositionen des Suizidhelfers	14
2.	Legitime Gründe, die prinzipiell eine Einschränkung oder ein (strafbewehrtes) Verbot der Suizidbeihilfe rechtfertigen können.....	15
a)	Das Lebensrecht des Suizidenten	15
b)	Schutz der freien Willensbestimmung des potenziellen Suizidenten	15
c)	Schutz der allgemeinen Achtung vor dem Leben?.....	16
d)	Die Schutzpflicht aus der Menschenwürdegarantie (Art. 1 Abs. 1 GG).....	17
e)	Ergebnis.....	18
B.	Verfassungsrechtliche und rechtspolitische Bewertung der Gesetzentwürfe BT-Drucks. 18/5373, 5374, 5375, 5376	19
I.	Gesetzentwurf Brand/Griese u.a., BT-Drucks. 18/5373.....	19
II.	Gesetzentwurf Künast/Dr. Sitte u.a., BT-Drucks. 18/5375	23
III.	Gesetzentwurf Dr. Sensburg/Dörflinger u.a., BT-Drucks. 18/5376	30
IV.	Gesetzentwurf Hintze/Dr. Reimann u.a., BT-Drucks. 18/5374.....	31
C.	Zusammenfassung	38

Ehe auf die vier vorliegenden Gesetzesentwürfe im Einzelnen eingegangen wird (unter B.), sollen zunächst die verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen einfachgesetzlicher Regelungen im Bereich der Suizidhilfe dargelegt werden (unter A.). Dabei muss zunächst der Suizid als solcher in den Blick genommen werden (unter I.), um sodann die Suizidhilfe verfassungsrechtlich einzuordnen und etwaige Einschränkungen und Verbote auf ihre prinzipielle verfassungsrechtliche Zulässigkeit zu prüfen (unter II.).

A. Der verfassungsrechtliche Rahmen

I. Die grundrechtliche Einordnung des Suizids als solchem

Würde der Suizid als solcher strafbewehrt verboten oder sein Erlaubtsein an bestimmte einschränkende Voraussetzungen geknüpft, so läge darin ein Grundrechtseingriff, vorausgesetzt der Suizidwillige ist hinreichend selbstbestimmungs- und selbstverantwortungsfähig.

Für die Realisierung seines Selbsttötungswunsches kann sich der Einzelne zwar nicht auf das Grundrecht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG), wohl aber auf seine allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) berufen. Die Garantie der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) ist dagegen nicht berührt.

1. (Negatives) Grundrecht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG)?

Schon der Wortlaut – Jeder hat das Recht „auf Leben“ – wie auch die Entstehungsgeschichte – die in der deutschen Verfassungsgeschichte erstmalige grundrechtliche Garantie des Lebensrechts war die Antwort auf die massenhaften Tötungen in der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft – legen die Annahme nahe, dass Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ausschließlich den Sinn hat, das Leben des Menschen willkürlich ausgeübter staatlicher Verfügungsmacht zu entziehen, ohne dem Einzelnen seinerseits – gegenüber dem Staat – insoweit ungehinderte, beliebige Einwirkung auf sein eigenes Leben zu gestatten. Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG hat insoweit¹ also nicht den Charakter eines Freiheitsrechts² mit verschiedenen

¹ Ob das auch für das in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG mit gewährleistete Recht auf körperliche Unversehrtheit gilt, ist fraglich. Siehe dazu Sondervotum BVerfGE (amtliche Entscheidungssammlung der Bundesverfassungsgerichts) (Bd.) 52, (S.) 131, 171, 173 f., 175: „Das Grundrecht des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG [...] gewährleistet zuvörderst *Freiheitsschutz* im Bereich der leiblich-seelischen *Integrität* des Menschen [...]. Die Bestimmung über seine leiblich-seelische Integrität gehört zum ureigensten Bereich der Personalität des Menschen. In diesem Bereich ist er aus der Sicht des Grundgesetzes frei, seine Maßstäbe zu wählen und nach ihnen zu leben und zu entscheiden. Eben diese Freiheit zur Selbstbestimmung wird – auch gegenüber der normativen Regelung ärztlicher Eingriffe zu Heilzwecken – durch Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG besonders hervorgehoben und verbürgt.“

² So aber BVerfGE 115, 118, 139 unter (zweifelhafter) Berufung auf BVerfGE 89, 120, 130 (betreffend die Zumutbarkeit eines ärztlichen Eingriffs), ohne dass daraus jedoch auf ein Verfügungsrecht geschlossen würde: „Mit diesem Recht wird die biologisch-physische Existenz jedes Menschen vom Zeitpunkt ihres Entstehens an bis zum Eintritt des Todes unabhängig von den Lebensumständen des Einzelnen, seiner körperlichen und seelischen Befindlichkeit, gegen staatliche Eingriffe geschützt. Jedes menschliche Leben ist als solches gleich wertvoll“.

Handlungsoptionen, sondern ist ein – das Leben in seinem Bestand schützendes – Statusrecht, „ein Grundrecht mit ausschließlich positivem Gewährleistungsgehalt“.³

Dem Grundrecht auf Leben nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG lässt sich allerdings umgekehrt auch kein Verbot der Selbsttötung entnehmen; die Vorschrift garantiert im Verhältnis zu dem durch sie verpflichteten Staat ein Recht auf Leben, begründet aber keine staatlicherseits einforderbare Pflicht zum Leben. Bezogen auf das Grundrecht des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG stellt sich der Suizid weder als Grundrechtsausübung noch als Grundrechtsverzicht dar; denn wer sich selbst das Leben nimmt, dispensiert nicht die Staatsgewalt von der ihr aufgegebenen Beachtung des Grundrechts auf Leben.⁴

2. Die freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG)

Das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG, demzufolge jeder das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit hat, schließt die (Entscheidung für die) Selbsttötung ein. Einer solchen Annahme wird entgegengehalten: „Wer das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG nicht für die Selbstentfaltung, sondern für die Zerstörung seiner eigenen menschlichen Existenz in Anspruch nehmen will, kann sich schwerlich auf das Grundrecht der freien Entfaltung der Persönlichkeit berufen.“⁵ Das BVerfG versteht jedoch unter „Entfaltung der Persönlichkeit“ seit der Elfes-Entscheidung⁶ in ständiger Rechtsprechung die allgemeine Freiheit jedes Einzelnen, sein Verhalten so einzurichten, wie er es kraft seiner eigenen, für sich selbst wertsetzenden Entscheidung für richtig hält. Dieses Verständnis des Art. 2 Abs. 1 GG, das sich auf die Entstehungsgeschichte stützen kann,⁷ hat praktisch zur Konsequenz, dass es kein Tun oder Lassen gibt, dass grundsätzlich, d.h. von vornherein außerhalb jeglichen Grundrechtsschutzes liegt. Daraus folgt notwendig, dass auch der freiverantwortlich gefasste Entschluss, durch eigenhändige Tötung aus dem Leben zu scheiden, und der Vollzug dieses Entschlusses eine – wegen ihrer Irreversibilität allerdings definitiv letzte, äußerste – Ausübung der grundrechtlich geschützten Handlungsfreiheit darstellt.⁸ Dementsprechend hat

³ Wie hier *R. Müller-Terpitz*, Handbuch des Staatsrechts (HStR), VII, 32009, § 147 Rn. 38 m.w.N. in Fn. 122. A.A. insbesondere *U. Fink*, Selbstbestimmung und Selbsttötung, 1992, S. 110 ff., 156. Diese Auslegung des grundgesetzlichen Lebensrechts deckt sich mit der Interpretation, die die entsprechende Gewährleistung des Art. 2 Abs. 1 S. 2 EMRK, in der Rechtsprechung des EGMR erfahren hat. Siehe *Case of Pretty v. The United Kingdom*, Application no. 2346/02, Judgment, 29 April 2002, §§ 39 f.

⁴ *C. Hillgruber*, Der Schutz des Menschen vor sich selbst, 1992, S. 83, 137.

⁵ VG Karlsruhe Juristenzeitung (JZ) 1988, 208, 209; *D. Lorenz*, HStR, VI, 1989, § 128 Rn. 62 m.w.N. Auch *A.W. Bauer*, Todes Helfer, in: Landt/Bauer/Schneider, Sterbehilfe, 2013, S. 159 f. spricht davon, das Grundrecht der freien Entfaltung der Persönlichkeit werde bei diesem Verständnis „geradezu pervertiert“.

⁶ BVerfGE 6, 32.

⁷ Siehe dazu näher *C. Hillgruber*, in: Umbach/Clemens (Hrsg.), Grundgesetz. Mitarbeiterkommentar und Handbuch, 2002, Bd. 1, Art. 2 I Rn. 1-16.

⁸ A.A. *aus ethischer Sicht* *A.W. Bauer*, Todes Helfer, in: Landt/Bauer/Schneider, Sterbehilfe, 2013, S. 156, 164 unter 9.: „Die Autonomie, die als Fähigkeit der menschlichen Vernunft, sich eigene Gesetze zu geben und nach diesen zu handeln, beschrieben werden kann, hat ihre Voraussetzung in der physischen Existenz der Person. Sie ist Folge, nicht Ursache unserer biologischen Konstitution. Daher beschränkt sich die legitime Reichweite der Autonomie des Menschen auf den Bereich diesseits ihrer physischen Grundlage.“ *A. Bauer* spricht

der EGMR im Fall Haas v. Switzerland ausdrücklich anerkannt, dass das Recht des Einzelnen, selbst zu entscheiden, auf welche Weise und zu welchem Zeitpunkt das eigene Leben enden soll, integraler Bestandteil des Rechts auf Achtung des privaten Lebens im Sinne des Art. 8 Abs. 1 EMRK ist, vorausgesetzt, er oder sie ist in der Lage, seinen/ihren eigenen Willen frei zu bilden und entsprechend zu handeln.⁹

Der Rückgriff auf die durch Art. 2 Abs. 1 GG garantierte allgemeine Verhaltensfreiheit wird hier auch nicht durch Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG gesperrt, weil diese Vorschrift, wie gesehen, zur Selbsttötung keine Stellung nimmt. Etwas anderes kann auch nicht aus dem Umstand gefolgert werden, dass nach ständiger Rechtsprechung des BVerfG das menschliche Leben „als die vitale Basis der Menschenwürde und die Voraussetzung aller anderen Grundrechte“ ungeachtet des Gesetzesvorbehalts des Art. 2 Abs. 2 S. 3 GG „innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung einen Höchstwert“ darstellen soll.¹⁰ Diese Wertordnung bindet nämlich den Staat, nicht den Einzelnen, der für seine Person auch von Grundrechts wegen auf dem Standpunkt stehen kann, dass sein Leben für ihn nicht das höchste Gut ist, sondern etwas, das ihm nichts mehr wert erscheint und dass er deshalb aufgeben will.

a) Die Freiverantwortlichkeit als Voraussetzung der Grundrechtsfähigkeit

Art. 2 Abs. 1 GG schützt die Freiheit als das Vermögen, sein Verhalten selbst zu bestimmen. Die Inanspruchnahme dieser grundrechtlichen Freiheit setzt daher Selbstbestimmungsfähigkeit voraus. Das BVerfG spricht in anderem Zusammenhang von der „Grundrechtsvoraussetzung, dass auch die Bedingungen freier Selbstbestimmung tatsächlich gegeben sind“¹¹, dass also tatsächlich frei entschieden werden konnte.

Welche verfassungsrechtlichen Anforderungen sind von Verfassungen wegen an die Freiwilligkeit dessen, der den Wunsch äußert, sich selbst zu töten, zu stellen? „Wie klar muss er sein, wie schmerzfrei, wie unbeeinflusst, damit man die Suizidentscheidung noch als freiwillig ansehen kann, damit die Schutzpflicht für das Leben nicht ‚anspringt‘?“¹² An die Freiwilligkeit sind mit Blick auf die Irreversibilität einer Selbsttötung hohe Anforderungen zu stellen. Die Grundrechte schützen grundsätzlich immer auch die Möglichkeit einer Selbstkorrektur; sie halten prospektiv den Raum für eine spätere, anders gerichtete Ausübung der

(ebd., S. 156 f.) von „unberechtigter Gewalt gegen sich selbst“; dies deckt sich mit der Bewertung des Selbstmords durch *I. Kant* als „Verbrechen gegen die eigene Person“, den er in seiner *Metaphysik der Sitten*. Erster Teil. Einleitung in die Rechtslehre, Königsberg 1797 im ersten Teil der „*Ethischen Elementarlehre*“, *Tugendlehre*, § 6 Von der Selbstentleibung, in: *ders.*, Werke in sechs Bänden, hrsg. von *W. Weischedel*, Bd. IV, 1956, A 71 ff., S. 501 ff. (564 f.) behandelt.

⁹ EGMR, Application No. 31322/07, Judgment, 20 January 2011, § 51.

¹⁰ BVerfGE 39, 1, 42; 46, 160, 164; 49, 24, 53; 115, 118, 139; hier ist allerdings vom „*Recht auf Leben*“ als „Höchstwert“ die Rede.

¹¹ BVerfGE 81, 242, 255.

¹² Diese Fragen stellt mit Recht *E. Reimer*, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, *ZfL* 2015, 66, 76 unter D.I.

Freiheitsrechte offen.¹³ Daran fehlt es bei der finalen Entscheidung des Grundrechtsträgers, seine vitale Freiheitsbasis zu zerstören.

Es ist unstrittig, dass es nur ganz wenige nicht-pathologische Bilanzselbstmorde gibt, die allermeisten Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, dagegen unter schweren Depressionen leiden, also psychisch krank sind. Indes schließt nicht jeder krankhafte Zustand bereits die Bildung eines freien Willens im rechtlichen Sinne aus. Man wird hier vielmehr „zwischen an sich krankhaften Willensentschlüssen“ einerseits „und auf Grund der Krankheit gebildeten Willensentschlüssen, die sich gegenüber den ersteren durch bilanzierende Momente auszeichnen“, andererseits differenzieren müssen.¹⁴

Tatsächliche äußere wie empfundene innere Zwänge schränken die dem Einzelnen zur Wahl stehenden Handlungsoptionen stets mehr oder weniger ein. Auch die in vermeintlich aussichtsloser Lage vorgenommene Verzweiflungstat ist aber grundsätzlich eine in einem grundrechtlichen Sinne „freie“ Entscheidung, d.h. dem Grundrechtsträger als „seine“ zurechenbar. Solange der Einzelne weiß, was er will und tut, was er will, ist von einer Ausübung grundrechtlich prima facie geschützter Freiheitsausübung auszugehen. Daran fehlt es nur bei ganz erheblicher Beeinträchtigung der Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit, also dann, wenn der Kranke entweder die Tragweite seiner Entscheidungen nicht mehr zu erkennen vermag oder aber infolge der Krankheit sein Verhalten nicht mehr gemäß seiner Erkenntnis zu steuern vermag und deshalb für sein Tun, wenn es sich gegen andere richtete, nicht verantwortlich gemacht werden könnte. Schuldunfähigkeit oder auch nur eingeschränkte Schuldfähigkeit im Sinne der §§ 20, 21 StGB liegen bei Selbsttötungen in der Regel jedoch nicht vor.¹⁵

b) Die krankhafte Störung der inneren Freiheit als Legitimation und Schutzauftrag zur staatlichen Freiheitseinschränkung

Auch schwächere depressive Zustände als Krankheit sind allerdings verfassungsrechtlich bedeutsam, und zwar bei der Frage, welche Grenzen der Staat der Freiheit zur Selbsttötung ziehen darf.

¹³ E. Reimer, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, ZfL 2015, 66, 70 unter B. III.2.

¹⁴ Zu den hier notwendigen Differenzierungen siehe näher M. Feldmann, Neue Perspektiven in der Sterbehilfediskussion durch Inkriminierung der Suizidteilnahme im Allgemeinen?, Goldammers Archiv für Strafrecht (GA) 2012, 498, 513 f., die auch mit Recht darauf aufmerksam macht, dass der „strenge Freiheitsbegriff“ der Psychiater „ein funktionaler ist“, der die Frage der medizinischen Schutz- und Hilfsbedürftigkeit der Betroffenen in den Vordergrund stellt“ (S. 513).

¹⁵ Siehe dazu H.-L. Schreiber, Strafbarkeit des assistierten Suizids, in: Festschrift Günther Jakobs, 2007, S. 615, 616. Für E. Reimer, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, ZfL 2015, 66, 76 unter D.I. genügt es hinsichtlich des Geisteszustandes nicht, dass sich der Suizident „diesseits einer Störung im Sinne des §§ 20, 21 StGB befindet.“

Grundrechtlicher Freiheitsausübung darf der Staat grundsätzlich nur wehren, wenn sie Rechte Dritter oder berechnigte Gemeinschaftsbelange beeinträchtigt. Dies ist bei der Selbsttötung nicht der Fall. Eine Schädigung wird nur dann zu einem Unrechtsvorgang, wenn sie im zwischenmenschlichen Bereich geschieht.¹⁶ Die Selbsttötung ließe sich nur dann als Unrecht (und nicht bloß als „Unglück“) begreifen, wenn der Einzelne eine Rechtspflicht zum Weiterleben hätte. Dem ist jedoch nicht so. Die grundgesetzliche Rechtsordnung nimmt den Menschen in die Pflicht, solange er lebt. Sie verpflichtet ihn aber nicht (weiter) zu leben¹⁷, weder im Hinblick auf die staatliche Gemeinschaft, der er angehört, noch im Hinblick auf Dritte, denen er familiär verbunden ist, obwohl ein Suizid für andere Familienmitglieder schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben kann.

Bei Art. 2 Abs. 1 GG kommt als dritte Schranke noch das Sittengesetz in Betracht, dessen verfassungsrechtliche Legitimität angesichts der Entscheidung des Verfassungsgebers, der allgemeinen Freiheit auch insoweit eine normative Grenze zu setzen, nicht ernstlich bestritten werden kann.¹⁸ Nach anderer Auffassung kann das Sittengesetz der Gesetzgebung „selbst zum Richtmaß dienen, insofern es einen sonst unzulässigen oder in seiner Zulässigkeit zweifelhaften Eingriff des Gesetzgebers in die menschliche Freiheit legitimieren kann.“¹⁹ Wie immer man jedoch das Sittengesetz als Schranke zur Anwendung bringen will, es dürfte hier wohl nicht eingreifen. Eine allgemeine sozialetische Missbilligung des Selbstmordes lässt sich nicht nachweisen; eine klare Ablehnung durch die Gesellschaft ist nicht (mehr) feststellbar. Das Publikum reagiert auf einen Selbstmord(versuch) nicht mit moralischer Verurteilung, sondern bestenfalls mit Bestürzung und Entsetzen.

Der „Unwert“ oder die „Selbstschädlichkeit“ einer Handlungsweise berechnigen den Staat dagegen grundsätzlich nicht, dem Einzelnen ein bestimmtes Verhalten zu verbieten und ihn mit Zwangsmitteln davon abzuhalten. Gesetzliche Bestimmungen, die ihrer objektiven Zielrichtung nach ausschließlich den Zweck verfolgen, den Einzelnen gegen seinen beachtlichen Willen vor den Folgen seiner Grundrechtsausübung, d.h. vor sich selbst zu schützen, sind verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen.²⁰

Dies kann jedoch gegenüber kranken Menschen nicht uneingeschränkt gelten. Auch wenn ihre Krankheit sie noch nicht ihrer (für die Grundrechtsausübung vo-

¹⁶ Dazu klassisch *I. Kant*, *Metaphysik der Sitten*. Erster Teil. Einleitung in die Rechtslehre, § B, A 32, Königsberg 1797, in: *ders.*, *Werke in sechs Bänden*, hrsg. von W. Weischedel, Bd. IV, 1956, S. 303 ff. (337): „denn der Begriff des Rechts, sofern er sich auf eine ihm korrespondierende Verbindlichkeit bezieht, betrifft erstlich nur das äußere und zwar praktische Verhältnis einer Person gegen eine andere, sofern ihre Handlungen als *Facta* aufeinander (unmittelbar oder mittelbar) Einfluß haben können“.

¹⁷ Dazu *C. Hillgruber*, *Der Schutz des Menschen vor sich selbst*, 1992, S. 82 f.; *R. Ingelfinger*, *Grundlagen und Grenzbereiche des Tötungsverbots*, 2004, S. 184, 220 f., *R. Müller-Terpitz*, *HStR*, VII, ³2009, § 147 Rn. 39.

¹⁸ Siehe dazu näher *C. Hillgruber*, *Der Schutz des Menschen vor sich selbst*, 1992, S. 169.

¹⁹ BVerfGE 6, 389, 439.

²⁰ Siehe dazu BVerfGE 59, 275, 278 f.; 121, 317, 359; 130, 131, 145; ferner allgemein *C. Hillgruber*, *Der Schutz des Menschen vor sich selbst*, 1992, S. 118 ff.

rauszusetzenden) Freiheitsfähigkeit verlustig gehen lässt, so ist ihre innere Freiheit doch aufgrund ihrer Erkrankung nicht unerheblich eingeschränkt.²¹ Dies rechtfertigt dem Grunde nach auch diesem Umstand Rechnung tragende fürsorgliche Eingriffe zum Schutz des Kranken vor sich selbst.²²

Daraus folgt: Solange nicht ausgeschlossen werden kann, dass der Entschluss zur Selbsttötung, auch wenn er nicht schon an sich krankhaft ist, doch auf einer die innere Freiheit des Sterbewilligen erheblich einschränkenden Krankheit, namentlich einer Depression, beruht, darf die öffentliche Gewalt „jedem in den Arm fallen, der sich selbst zu töten anhebt.“²³ Nur dann besteht nämlich die Möglichkeit, dem Kranken eine neue Lebensperspektive aufzuzeigen und damit seine eingeschränkte Freiheit wieder zu erweitern. Grenzen dieser Befugnis liegen dort, „wo die grundsätzlich zulässige aufgedrängte Lebenserhaltung den betroffenen Menschen zu einem bloßen Objekt herabwürdigt und ihn in seiner Subjektstellung als frei verantwortlich Handelnden missachtet. Hier sind Grenzfälle denkbar, wo die Gemeinschaft jedenfalls nicht mit Zwangsmitteln der Selbsttötung entgegenzutreten darf.“²⁴ Dies dürften die wenigen, aber sich immerhin doch ereignenden, nicht durch Krankheit beeinflussten Bilanzselbstmorde sein. Da der Staat dies aber ex ante im Regelfall nicht wissen wird, erfährt seine Eingriffsbefugnis dadurch keine praktisch bedeutsame Einschränkung. Im Übrigen gilt, dass das betroffene menschliche Leben bei staatlicher Untätigkeit unwiederbringlich verloren wäre, während die staatliche Lebensrettung zwar die im Bilanzselbstmord zum Ausdruck kommende persönliche Grenzenscheidung missachtet, aber die grundrechtliche Freiheit zur Selbsttötung nicht endgültig aufhebt.

Der Staat dürfte bei einem durch Depression ausgelösten Wunsch, aus dem Leben zu scheiden, zur Ergreifung lebensrettender Maßnahmen nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet sein. Dies folgt aus dem grundrechtlichen Schutzauftrag des Staates für das menschliche Leben, der seinen Grund in der staatlichen Verpflichtung zu Achtung und Schutz der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) hat und dessen Art und Ausmaß durch Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG näher bestimmt werden. Die umfassende grundrechtliche Schutzpflicht des Staates für das menschliche Leben verpflichtet den Staat, „sich schützend und fördernd vor dieses Leben zu stellen, das heißt vor allem, es auch vor rechtswidrigen Eingriffen von seiten anderer zu bewahren“.²⁵ Bei der Selbsttötung fehlt es zwar an einem rechtswidrigen Eingriff durch einen Dritten. Dass hier der Grundrechtsträ-

²¹ A.W. Bauer, Todes Helfer, in: Landt/Bauer/Schneider, Sterbehilfe, 2013, S. 145: „Die Depression schränkt die Wahl- und Handlungsmöglichkeiten stark ein.“

²² So auch wegen der Vulnerabilität und psychischen Labilität auch dieser Suizidenten M. Feldmann, GA 2012, 498, 514. Siehe ferner E. Reimer, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, ZfL 2015, 66, 76 unter D. I., der es für die Annahme von Freiwilligkeit für erforderlich hält, dass der Suizident „im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte“ ist. „Umgekehrt ist eine Entscheidung, die auf einer Depression oder auch nur einer depressiven Verstimmung beruht, nicht freiwillig im Sinne der Grundrechte.“

²³ So auch U. Di Fabio, in: Maunz-Dürig, Grundgesetz, Kommentar, Art. 2 Abs. 2 (Stand: Februar 2004) Rn. 39.

²⁴ Ebd.

²⁵ BVerfGE 39, 1, 42; 88, 203, 251.

ger selbst die Gefahr für das grundrechtliche Schutzgut Leben gesetzt hat, lässt die staatliche Schutzpflicht aber nicht entfallen. Der Tatbestand, der nach der Rechtsprechung des BVerfG die Schutzpflicht auslösen soll, ist offen für Lebensbedrohungen, die andere Ursachen als einen Übergriff Dritter haben, etwa im Fall von Naturkatastrophen, für die kein Mensch verantwortlich gemacht werden kann.

Bei selbstgefährdenden oder selbstschädigenden Handlungen kommt eine staatliche Schutzpflicht jedenfalls dann in Betracht, wenn der Handelnde psychisch krank ist und seine Freiheit durch die Krankheit zumindest erheblich eingeschränkt ist. Ein depressiv gestimmter Selbstmordkandidat will seinen Tod, weil er – krankheitsbedingt – ein Weiterleben für sinn- und wertlos hält, „fest davon überzeugt ist, dass alle anderen Handlungsmöglichkeiten für ihn noch unerträglicher wären als die Beendigung seines Lebens“.²⁶ Gleichwohl ist bei ihm nicht nur – aus den oben angegebenen Gründen – eine staatliche Eingriffsermächtigung gegeben, sondern der Staat zum Schutz durch Hilfestellung auch verpflichtet. Da die Entscheidung zur Selbsttötung krankheitsbedingt als Verzweiflungstat in einer Situation vermeintlicher Ausweg- und Alternativlosigkeit getroffen worden ist, muss der Staat in Erfüllung der ihm für jedes einzelne menschliche Leben treffenden Schutzpflicht²⁷ Schutzmaßnahmen mit dem Ziel ergreifen, der psychischen Notlage, in der sich der zur Selbsttötung Entschlossene befindet, abzuhelpen. Nur die Verhinderung der Selbsttötung eröffnet die Chance, die dem Selbsttötungswunsch zugrundeliegende Depression zu behandeln und bei dem verhinderten Selbstmörder wieder Lebensmut zu wecken. Der Schutz des menschlichen Lebens obliegt dabei dem Staat, wie *Udo Di Fabio* ausgeführt hat, „immer aus einem doppelten Grunde, zuvörderst wegen des in Not befindlichen Menschen, aber auch immer objektivrechtlich: Er muss mit dem Eintreten für das Leben und gegen alle Emanationen der Lebensmüdigkeit immer auch eines der höchsten Rechtsgüter der Verfassung sichtbar machen. [...] Einer dem Leben zugewandten freiheitlichen Gesellschaft kann nicht gleichgültig bleiben, wenn Menschen in Verzweiflung oder Verwirrtheit das eigene Leben und die eigene Gesundheit missachten, sich selbst aufgeben und dabei für andere falsche Signale setzen. Das Grundrecht auf Leben ist auch eine Wertentscheidung für das Leben, für eine lebenbejahende Gesellschaft, die hier entschieden Position bezieht.“²⁸

Die Entscheidung für den Suizid ist nur dann staatlicherseits als Akt zu achtender, individueller Selbstbestimmung unbedingt hinzunehmen, wenn sie nicht auf einer krankhaften Störung wie einer Depression oder depressiven Verstimmung beruht *und wenn sie nicht durch fremde äußere Einflüsse maßgeblich bestimmt worden ist*. Es muss rechtssicher ausgeschlossen sein, dass der Suizident Einflüsterungen Dritter erliegt, die ihn zum Suizid motivieren oder ihn dazu sogar

²⁶ So *A.W. Bauer*, Todes Helfer, in: Landt/Bauer/Schneider, Sterbehilfe, 2013, S. 159, der es jedoch ablehnt, eine in dieser Überzeugung getroffene Entscheidung „für den an sich selbst beziehungsweise mit Hilfe Dritter vollzogenen Tod“ als „frei“ anzuerkennen.

²⁷ BVerfGE 88, 203, 252.

²⁸ *U. Di Fabio*, in: Maunz-Dürig, Grundgesetz, Kommentar, Art. 2 Abs. 2 (Stand: Februar 2004) Rn. 48.

drängen. Zweifel am Fehlen äußerer Einflüsse berechtigen, ja verpflichten den Staat zur Intervention. „Ob eine Tötungshandlung nach den strafrechtlichen Tat-herrschaftskriterien als Fremdtötung zu qualifizieren ist, ist weder notwendige noch hinreichende Bedingung für den Ausschluss dessen, was grundrechtlich noch als (wirksame) Selbstbestimmung des Suizidenten anzusehen ist. [...] Wo es um Leben und Tod geht und die Entscheidung irreversibel ist, können die mit der bloßen Möglichkeit externer Einflüsse einhergehenden Risiken [...] nicht hingenommen werden.“²⁹

3. Kein Schutz durch die Garantie der Menschenwürde Art. 1

Abs. 1 GG

Die Freiheit, über den eigenen Tod selbstbestimmt nach Art und Zeitpunkt zu entscheiden, ist nicht durch die Unantastbarkeit der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 S. 1 GG) garantiert.

Gegen die Gleichsetzung von Menschenwürde und Autonomie bestehen durchgreifende verfassungsrechtliche Bedenken. Vor dem Hintergrund, dass Art. 2 Abs. 1 GG, wie dargelegt, als allgemeines Freiheitsrecht, Verhaltensfreiheit und damit Selbstbestimmung im umfassenden Sinne garantiert, erscheint die Annahme, dass Art. 1 Abs. 1 GG mit der Garantie der Menschenwürde gleichfalls Autonomie gewährleisten will, wenig plausibel. Juristen pflegen die Anwendungsbereiche und Gewährleistungsgehalte einer in einem systematischen Zusammenhang stehenden Mehrzahl von Rechtssätzen in aller Regel so abzuschichten, dass überflüssige Doppelungen von Normaussagen ebenso vermieden werden wie Widersprüchlichkeiten in den Rechtsfolgen.

Die eigenständige und ganz bewusst den Freiheits- und Gleichheitsgrundrechten im Grundrechtsabschnitt vorangestellte Garantie des Art. 1 Abs. 1 GG muss daher wohl etwas anderes im Sinn haben als Art. 2 Abs. 1 GG. Damit soll nicht in Abrede gestellt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen Menschenwürde und Verhaltensfreiheit gibt, dass es einer rechtlichen Sicherung äußerer Freiheit bedarf, um ein Leben in Würde führen zu können, wie Art. 1 Abs. 2 GG mit seiner Überleitung von der Menschenwürde zu den Grundrechten (Art. 1 Abs. 3 GG) über das Bekenntnis zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten anerkennt und verdeutlicht. Aber die Menschenwürde als der „Grund der Grundrechte“ ist mit diesen, auf ihr beruhenden Grundrechten deshalb nicht einfach inhaltsgleich: „Selbstbestimmung ist weder Synonym noch ‚Kern‘ der grundrechtlich geschützten Menschenwürde, sondern allenfalls einer ihrer Aspekte. Die freie, selbstbestimmte, tätige Entfaltung der Persönlichkeit, der souveräne Selbstentwurf und dessen prinzipiell ungehinderte Realisierung sind „darum“, um der Menschenwürde willen, grundrechtlich geschützt. Sie sind aber nicht Thema des ersten, sondern des zweiten Grundgesetzartikels, dessen erster

²⁹ E. Reimer, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, ZfL 2015, 66, 76 unter D. II.

Absatz vom Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung als allgemeine Handlungsfreiheit im umfassenden Sinne gedeutet wird.³⁰

Sähe man dies anders, würde sich auch ein Problem bei der Bestimmung der Grenzen dieser Rechtsgarantie ergeben. Der Schutz der allgemeinen Freiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG steht unter dem Vorbehalt der Schrankentrias des zweiten Halbsatzes; die Freiheit zu tun und zu lassen, was man will, kann auf gesetzlicher Grundlage, um der Freiheit der anderen willen, aber auch aus Gemeinwohlgründen verhältnismäßige Einschränkungen erfahren; die Menschenwürde dagegen ist nach Art. 1 Abs. 1 GG unantastbar; ihre Achtung und ihr Schutz sind dem Staat unbedingt aufgegeben. Die Schrankendivergenz lässt sich nicht sinnvoll auflösen. Zwar ist es vorstellbar, den Freiheitsschutz durch die Menschenwürdeggarantie auf einen Kernbereich der Autonomie zu reduzieren, bei dem mangels gegenläufiger Freiheits- oder Gemeinwohlinteressen die individuelle Freiheit sich definitiv durchsetzt. Doch dafür bedürfte es keiner Hochzoning des Schutzniveaus; dasselbe Resultat würde sich auch bei angenommener Einschränkung nach Art. 2 Abs. 1 GG ergeben; denn Freiheitseinschränkungen sind danach nur zulässig, soweit sie zur Verfolgung legitimer Zwecke erforderlich sind.

Autonomie, d.h. die Willensentschließungs- und Betätigungsfreiheit wird folglich durch Art. 2 Abs. 1 GG geschützt. Art. 1 Abs. 1 GG wiederholt nicht einfach dieses Schutzversprechen, geschweige denn dass diese Bestimmung die Autonomiegewähr verabsolutieren will, indem sie die individuelle Selbstbestimmung für uneinschränkbar erklärt.

Es gibt einen weiteren Einwand gegen die Gleichsetzung von Menschenwürde und Selbstbestimmung, der noch schwerer wiegt: Wer Vernunftbegabung und Selbstbestimmungsfähigkeit als die entscheidenden Faktoren betrachtet, die die Menschenwürde konstituieren, kann nicht widerspruchsfrei Menschen als würdebegabt erfassen, die über die Eigenschaften noch nicht, nicht oder nicht mehr verfügen, verfolgt also ein Konzept, das, gewollt oder ungewollt, mit innerer Logik exkludiert. Eine Sichtweise, derzufolge Würde nicht allen Menschen zugesprochen werden kann, sondern in ihrer Anwendbarkeit auf freiheits- und damit selbstverantwortungsfähige Personen beschränkt bleibt, widerspricht aber offensichtlich dem Schutzzweck des ersten Grundgesetzartikels, der in Reaktion auf die Erfahrungen der nationalsozialistischen Gewalt- und Willkürherrschaft gerade einen rechtlichen Schutz davor bereit stellen sollte, dass einzelne Menschen oder ein Gruppe von Menschen noch einmal aus der Rechtsgemeinschaft herausdefiniert werden konnten. Die Würde des Menschen, die Art. 1 Abs. 1 GG für unantastbar erklärt, ist die Würde ausnahmslos jedes Menschen. Ganz in diesem Sinne formuliert das BVerfG: „Menschenwürde ist nicht nur die individuelle Würde der jeweiligen Person, sondern die Würde des Menschen als Gattungswesen. Jeder besitzt sie, ohne Rücksicht auf seine Eigenschaften, seine

³⁰ C. Goos, „Innere Freiheit“. Der grundgesetzliche Würdebegriff in seiner Bedeutung für die Begleitung Schwerkranker und Sterbender, in: N. Feinendegen/G. Höver/A. Schaeffer/K.

Leistungen und seinen sozialen Status. Sie ist auch dem eigen, der aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustands nicht sinnhaft handeln kann.³¹ Das BVerfG spricht mithin explizit auch Menschen die Würde zu, die keine oder defizitäre Selbstbestimmungsfähigkeit aufweisen. Die allen Menschen eigene, gleiche Würde kann nicht jene Freiheitsfähigkeit meinen, die einigen offensichtlich fehlt. Die Menschenwürde, die Art. 1 Abs. 1 GG schützt, dürfte vielmehr gerade in der Unvollkommenheit und Unzulänglichkeit des Menschen sowie seiner Leidensfähigkeit liegen, die ihn besonders verletzlich macht.³²

II. Die grundrechtliche Einordnung der Suizidhilfe

Die Beteiligung Dritter am tödlichen Geschehen verändert die verfassungsrechtliche Rechtslage. Jetzt geht es nicht mehr nur um den Schutz individuellen menschlichen Lebens vor zerstörerischen Einwirkungen des Rechtsgutträgers selbst, sondern auch um dessen Schutz vor Handlungen Dritter.

Das gilt nicht nur für den Fall einer Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), sondern auch bei der Anstiftung oder Beihilfe zur Selbsttötung. „Dass Unterschiede zwischen Suizidrecht und einem Recht Dritter zur Suizidassistenz bestehen, wird in der strafrechtlichen Diskussion vielfach ausgeblendet: Das Strafrecht ist mit der Akzessorietät der Teilnahme zur Täterschaft, der Beihilfe zur Haupttat gewohnt, im Kern eine Maßstabsidentität von Täterschaft und Teilnahme anzunehmen.“³³ Gewiss, der Suizident selbst begeht kein Unrecht, geschweige denn ein strafbares, und weil im deutschen Strafrecht hinsichtlich der Teilnahme eine strenge Akzessorietät besteht (§§ 26, 27 Abs. 1 StGB), sind auch die Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord nicht strafbar. Deshalb verläuft in der strafrechtlichen Bewertung eine scharfe Grenze zwischen der Tötung auf Verlangen, bei der der Dritte, der den Todeswunsch des Getöteten in die Tat umsetzt, das tödliche Geschehen beherrscht und der Selbsttötung mit Hilfe eines Dritten, bei der die Tatherrschaft beim Suizidenten liegt. Aber dieser strafrechtliche Unterschied ist verfassungsrechtlich nicht derart relevant, dass in letzterem Fall eine Berechtigung oder gar eine Schutzpflicht des Staates, diese Art von tödlicher „Hilfeleistung“ zu unterbinden, entfiele. Auch der Gehilfe wirkt an der Zerstörung des Lebens eines – aus seiner Sicht – anderen mit.³⁴ Sein Tatbeitrag fällt allerdings geringer aus. Er vollstreckt nicht den Todeswunsch des Lebensmüden eigenhändig, sondern trägt zu dessen Realisierung durch diesen selbst lediglich bei. Diese unterschiedliche Form der Tatbeteiligung bewirkt im Hinblick auf den Lebensschutz in verfassungs-

Westerhorstmann (Hrsg.), *Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende. Impulse aus Theorie und Praxis*, 2014, S. 53, 81 f.

³¹ BVerfGE 87, 209, 228; 115, 118, 152.

³² Siehe dazu näher C. Hillgruber, *Die Menschenwürde und das verfassungsrechtliche Recht auf Selbstbestimmung – ein und dasselbe?*, ZfL 2015, 86, 88 f. unter IV.

³³ E. Reimer, *Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen*, ZfL 2015, 66, 71 unter B.IV.

³⁴ Siehe dazu unter Berufung auf ein Positionspapier der CDL (ZfL 2012, 47, 51) A.W. Bauer, *Todes Helfer*, in: Landt/Bauer/Schneider, *Sterbehilfe*, 2013, S. 133 m. Fn. 30: „Anders als bei anderen Tatbeständen, bei denen Gehilfe und Täter sich gegen dasselbe Rechtsgut wen-

rechtlicher Perspektive aber lediglich einen graduellen, keinen kategorialen Unterschied.³⁵ Ob es zu dem einen (Tötung auf Verlangen) oder anderen (Suizidbeihilfe) Szenario kommt, hängt häufig allein davon ab, ob derjenige, der aus dem Leben scheiden will, noch physisch in der Lage ist, diesen Entschluss, und sei es mit Hilfe Dritter, selbst zu verwirklichen oder sich in die Hand eines Dritten begeben muss, um seinem Leben wunschgemäß ein Ende zu setzen. Dass auch die „bloße“ Teilnahme an der Selbsttötung einem täterschaftlichen Angriff auf das für den Teilnehmer fremde Leben in seiner Bedeutung gleichkommen kann, macht der Fall der Anstiftung deutlich: Wer einen anderen, noch nicht, jedenfalls nicht endgültig zur Selbsttötung entschlossenen Menschen zu diesem Schritt verleitet, den tödlichen Entschluss in ihm erst hervorruft, ist für den anschließenden Tod dieses Menschen nicht weniger verantwortlich, als derjenige, der auf Verlangen tötet.³⁶

1. Die bei der Suizidbeihilfe in Rede stehenden Grundrechte

a) Das Grundrecht des Suizidenten aus Art. 2 Abs. 1 GG

Der Suizident selbst kann geltend machen, dass sein „Grundrecht auf Selbsttötung“ aus Art. 2 Abs. 1 GG ihm prima facie auch das Recht vermittelt, sich, ungehindert durch staatliche Verbote oder Restriktionen, der Hilfe Dritter bei der Realisierung seines Todeswunsches zu bedienen.³⁷ Allerdings steht dieses Recht ebenfalls unter dem Vorbehalt der Schrankentrias des Halbsatzes 2 und kann daher aus jedem denkbaren legitimen Grund eingeschränkt werden. Ein absolutes Recht im Sinne eines verfassungsrechtlich uneinschränkbaren Anspruchs auf Hilfe zum eigenen Suizid gewährleistet weder das Grundgesetz noch die Europäische Menschenrechtskonvention.³⁸

den, unterscheidet sich beim Suizid das bedrohte Rechtsgut für Täter und Gehilfen grundsätzlich: Der Suizident zerstört sein eigenes Leben, der Gehilfe das Leben eines anderen.“

³⁵ Auch *E. Reimer*, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, *ZfL* 2015, 66, 71 unter B.IV. ist der Ansicht, „dass die binäre Grenzziehung, die das Strafrecht zwischen einem direkten Eingriff in das Leben des Patienten (Sterbehilfe) und der bloßen Ermöglichung einer Selbsttötung (Suizidassistenz) macht, verfassungsrechtlicher Reflektion und Modifikation bedarf. Die Leitfrage lautet hier: Dürfte oder müsste die Dichotomie von Täterschaft und Teilnahme zugunsten einer offenen, auch Fälle einer verminderten Freiwilligkeit sinnvoll abbildenden Dynamisierung der Grenzen zwischen Täterschaft und Teilnahme aufgelöst werden?“ Siehe auch ebd., S. 76 unter D.II.: Jemand könne zwar strafrechtlich betrachtet Täter sein, „zugleich aber polizei- und verfassungsrechtlich als schutzbedürftiges Opfer seiner eigenen Depression, seiner Schmerzen oder auch nur seiner Ungeduld erscheinen, das Einflüsterungen Dritter gegenüber schutzlos ist“.

³⁶ § 26 StGB trägt diesem Wertungsumstand dadurch Rechnung, dass der Anstifter gleich einem Täter bestraft wird.

³⁷ Ebenso sah der EGMR im Fall *Pretty* den Wunsch einer Frau, die an einer schweren, unweigerlich zum Tod führenden Krankheit litt, aber aufgrund ihres Krankheitszustandes sich nicht mehr selbst töten konnte, mit Hilfe ihres Mannes aus dem Leben zu scheiden, als von everyone's right of respect to his private life (Art. 8 Abs. 1 EMRK) erfasst an (*Case of Pretty v. The United Kingdom*, Application no. 2346/02, Judgment, 29 April 2002, §§ 65, 67).

³⁸ Das BVerfG hat in E 76, 248, 252, weil nicht entscheidungserheblich, offengelassen, ob es einen „verfassungsrechtlich verbürgten Anspruch auf aktive Sterbehilfe durch Dritte“ geben kann. Siehe zur Reichweite des Art. 8 EMRK die Entscheidung des EGMR im Fall *Pretty*, Urteil vom 29.4.2002, NJW 2002, 2851-2856, §§ 61 ff.

b) Die Grundrechtspositionen des Suizidhelfers

Der Suizidhelfer kann sich, je nachdem in welchem Kontext er agiert und in welchem Verhältnis er zum Suizidenten steht, für eine Suizidbeihilfe, die er leisten will, prima facie auf verschiedene Grundrechte berufen und stützen:

der Ehegatte oder Familienangehörige auf Art. 6 Abs. 1 GG,

der Freund auf Art. 2 Abs. 1 GG,

eine nicht-gewinnorientierte Vereinigung, zu deren satzungsgemäßer Aufgabe die Sterbehilfe gehört, auf Art. 9 Abs. 1 GG und

Ärzte sowie kommerzielle Organisationen auf die Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG, sofern man dieser todbringenden „Dienstleistung“ nicht von vornherein wegen ihrer Sozial- und Gemeinschaftsschädlichkeit den Schutz der Berufsfreiheit vorenthält.³⁹ Es spricht allerdings wohl mehr für eine Lösung dieser Problematik auf der Rechtfertigungsebene.⁴⁰

Dagegen scheidet – auch für ärztlich geleistete Suizidbeihilfe⁴¹ – eine Berufung auf die Gewissensfreiheit aus. Die Gewissensfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 GG schützt den Einzelnen v.a. vor der Pflicht, gegen sein Gewissen handeln zu müssen.⁴² Zugleich schließt sie aus dem Schutzbereich das Interesse daran aus, dass die Gewissensmaßstäbe des Einzelnen zum generellen Maßstab für die Gültigkeit oder Anwendung von Gesetzen werden.⁴³ Auf seine Gewissensfreiheit könnte sich ein Arzt bei einer Suizidbeihilfe allenfalls dann berufen, wenn er geltend machen könnte, dass ihm sein Gewissen gerade diese Handlung – ohne jegliche gewissensschonende Handlungsalternative – zwingend gebietet, ein kaum je eintretender Ausnahmefall. Dagegen gibt die Gewissensfreiheit nicht

³⁹ So *D. Lorenz*, Sterbehilfe als Beruf?, *MedR* 2010, 823, 828. Sterbehilfe sei kein verfassungsrechtlich geschützter Beruf im Sinne des Art. 12 Abs. 1 GG; die Wertentscheidung des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG stehe „der grundrechtlichen Aufwertung einer Sterbehilfe mit den äußeren Merkmalen einer Berufstätigkeit, ungeachtet ihrer einfach-gesetzlichen Zulässigkeit, entgegen“.

⁴⁰ Siehe dazu näher *E. Reimer*, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, *ZfL* 2015, 66, 72 unter B.IV. 1.c).

⁴¹ A.A. *VG Berlin*, *Urt. v. 30.03.2012 – 9 K 63.09*, *BeckRS* 2012, 51943 = *ZfL* 2012, 80 (m. Anm. *Büchner*), *Ls. 4*, *Rn. 36 ff.*, 53 ff.

⁴² Art. 4 Abs. 1 GG schützt daher zum Beispiel die aus einer Gewissensentscheidung heraus begründete Weigerung, an einer Abtreibung mitzuwirken, es sei denn die Mitwirkung ist notwendig, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden (§ 12 Abs. 1 u. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz). Nach *BVerfGE* 88, 203, 294 „fällt das Recht, die Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen - mit Ausnahme medizinisch indizierter - zu verweigern, in den Schutzbereich seines durch das ärztliche Berufsbild geprägten Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 12 Abs. 1 GG)“. Dagegen kann, so das Bundesverfassungsgericht (*BVerfGE* 88, 203, 308), die Frau, die sich nach Beratung zum Abbruch entschließt, für die damit einhergehende Tötung des Ungeborenen nicht etwa eine grundrechtlich in Art. 4 Abs. 1 GG geschützte Rechtsposition in Anspruch nehmen.

⁴³ Siehe *M. Germann*, in: *Epping/Hillgruber*, *Grundgesetz, Kommentar*, 2013, Art. 4 *Rn. 90*.

ein Recht darauf, alles zu tun, was man mit seinem eigenen Gewissen glaubt vereinbaren zu können.⁴⁴

2. Legitime Gründe, die prinzipiell eine Einschränkung oder ein (strafbewehrtes) Verbot der Suizidbeihilfe rechtfertigen können

a) Das Lebensrecht des Suizidenten

Die staatliche Schutzpflicht für das menschliche Leben kommt allerdings nur zum Tragen, wenn der Suizident nicht freiwillig aus dem Leben scheiden will, wobei an die Freiwilligkeit wegen der Irreversibilität des Suizids wie gesehen strenge Anforderungen zu stellen sind. Bei (ausnahmsweise) anzunehmender Freiwilligkeit mutierte dagegen der an sich legitime grundrechtliche Schutz des durch den Suizid bedrohten, konkreten Lebens als vitale Basis der Menschenwürde zu einem verfassungsrechtlich illegitimen aufgedrängten Schutz des Suizidenten vor sich selbst.⁴⁵ Der Integritätsschutz kommt daher nur in Verbindung mit dem Autonomieschutz in Betracht.

b) Schutz der freien Willensbestimmung des potenziellen Suizidenten

Autonomieschutz bedeutet, dass den Möglichkeiten der Manipulation und Beeinflussung des Willens des Suizidenten entgegengewirkt wird. Übereilungsschutz muss gewährleisten, dass der Suizidwunsch tatsächlich nachhaltig ist.

Der Sterbende darf, ja muss vor dem (wirklichen oder auch nur gefühlten) Druck seiner Umgebung in Richtung Suizid effektiv geschützt werden, wenn von einer wirklichen freien, als Selbstbestimmung zu achtenden individuellen Entscheidung die Rede sein soll. Die Gefahr einer Verfälschung des wirklichen Willens des Sterbenden ist als hoch einzuschätzen. „Gerade im Umfeld schwerstkranker Patienten ist das Risiko, dass der Rechtsanwendung ein vorgestellter oder vorgepiegelter Sachverhalt zugrunde gelegt wird, der der Realität nicht entspricht, signifikant erhöht.“⁴⁶

Die zusätzlich erforderliche Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches ist kaum zu verifizieren. „Die Nachhaltigkeit einer derart höchstpersönlichen, das Innerste des

⁴⁴ Siehe dazu *C. Goos*, Gewissensauseinandersetzungen in der Gesellschaft – Gewissensfreiheit im Recht, *ZevKR* 59 (2014), 69, 90; *ders.*, Strafbarkeit der Suizidbeihilfe – verfassungswidrig?, *ZfL* 2015, 49, 50 f.

⁴⁵ Ebenso *E. Reimer*, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, *ZfL* 2015, 66, 73 unter B.IV.2b)aa.

⁴⁶ *E. Reimer*, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, *ZfL* 2015, 66, 76 unter D.IV.

Menschen betreffenden Entscheidung lässt sich äußerlich also ebenfalls nicht mit hinreichender Gewissheit beurteilen.⁴⁷

Der Gesetzgeber bekräftigt mit einem Verbot nicht nur „in symbolischer Weise den allgemeinen Stellenwert des Lebens, sondern errichtet auch zugleich Schutzwälle im Interesse der Betroffenen selbst, welche den Wunsch, zu sterben, womöglich aus Unkenntnis über alternative (palliative) Therapieformen geäußert haben oder zu einem solchen Entschluss durch das tatsächlich artikulierte oder auch nur gefühlte Verlangen naher Angehöriger oder sonstiger Dritter motiviert wurden.“⁴⁸ Ob Missbrauch, d.h. verkappte Fremdbestimmung, wirklich auch auf andere Weise, durch inhaltliche und prozedurale Vorkehrungen, gleich effektiv abgewehrt bzw. ausgeschlossen werden könnte, liegt jedenfalls in der Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers. Verneint er die Frage, bewegt er sich im Rahmen dessen, was verfassungsrechtlich vertretbar ist.

Auch der EGMR hat im Fall *Pretty* ein im englischen Recht enthaltenes strafbewehrtes Verbot assistierter Selbsttötung als Eingriff in das Recht auf Achtung des Privatlebens im Sinne des Art. 8 Abs. 2 EMRK mit der Begründung gerechtfertigt, dass das Gesetz, das die Bedeutung des Rechts auf Leben reflektiere, dazu bestimmt sei, „to safeguard life by protecting the weak and vulnerable and especially those who are not in a condition to take informed decisions against acts intended to end life or to assist in ending life. Doubtless the condition of terminally ill individuals will vary. But many will be vulnerable and it is the vulnerability of the class which provides the rationale for the law in question. It is primarily for States to assess the risk and the likely incidence of abuse if the general prohibition on assisted suicides were relaxed or if exceptions were to be created. Clear risks of abuse do exist, notwithstanding arguments as to the possibility of safeguards and protective procedures.“⁴⁹

c) Schutz der allgemeinen Achtung vor dem Leben?

In Betracht kommt auch eine Begründung eines Verbots mit der staatlicherseits zu gewährleistenden allgemeinen Achtung vor dem Leben. Eine von Suizidhilfeangeboten ausgehende abstrakte Gefahr für eine Entwertung menschlichen Lebens lässt sich kaum bestreiten. So könnte es zu einem wachsenden Druck auf todkranke Menschen kommen, mit vermeintlich fürsorglicher Hilfestellung ihrer „Ballastexistenz“ für andere (Angehörige, Pfleger, Erben etc.) schon vor dem sich noch verzögernden Eintritt des natürlichen Todes ein Ende zu setzen. Ferner könnte es zu einem negativen Bewusstseinswandel im Umgang mit dem Leben kommen, insbesondere die Bereitschaft sich erhöhen, auch ohne oder gar gegen den freien Willen des Sterbenden dessen Leben zu beenden, weil es von Dritten als sinnlos und nicht mehr lebenswert angesehen wird. Die nega-

⁴⁷ E. Reimer, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, ZfL 2015, 66, 76 unter D.III.

⁴⁸ R. Müller-Terpitz, HStR, VII, 32009, § 147 Rn. 103.

⁴⁹ EGMR, Case of *Pretty v. The United Kingdom*, Application no. 2346/02, Judgment, 29 April 2002, § 74.

tiven Erfahrungen, die insoweit in den Niederlanden und Belgien mit dortigen Euthanasiegesetzen gemacht worden, bestätigen solche Befürchtungen⁵⁰ und wecken erhebliche Zweifel daran, dass solche Missbräuchen allein durch verfahrensrechtliche Sicherungen verhindert werden können.

Auch der Suizidhelfer setzt „den Wert des Rechtsguts Leben objektiv-kommunikativ einer Gefährdung aus“. „Natürlich hat die freie Selbsttötung immer einen kommunikativen Gehalt, gewollt oder ungewollt. Allein ihre Möglichkeit ist mehr als eine philosophische Herausforderung: Sie ist ein soziologisch relevantes Faktum. Kann man demjenigen, der einmal Suizidbeihilfe geleistet oder sie auch nur – als Angehöriger – ins Gespräch gebracht hat, noch unbefangen begegnen? [...] Senkt die Möglichkeit assistierter Selbsttötung zugleich die Schwelle zur aktiven Sterbehilfe, d.h. zu einer Fremdtötung? Der Gesetzgeber hat die verfassungsrechtliche Kompetenz, diese Fragen mit Ja zu beantworten. Wegen ihrer Breitenwirkung, vor allem aber wegen der stets verbleibenden individual- und sozialpsychologischen Unsicherheiten einerseits und der fast immer, vielleicht sogar immer bestehenden schmerzlosen alternativen zu einer Selbsttötung durch Pflege, Zuwendung und Palliativmedizin kann der Gesetzgeber die Abwägung zwischen den widerstreitenden Verfassungsgütern ohne Verfassungsverstoß so vornehmen, dass er die Suizidbeihilfe generell verbietet.“⁵¹

d) Die Schutzpflicht aus der Menschenwürdegarantie (Art. 1 Abs. 1 GG)

Die staatliche Schutzpflicht für jedes einzelne menschliche Leben wurzelt in der Menschenwürdegarantie. Sie verpflichtet den Staat dazu zu verhindern, dass Private, seien es Angehörige, Ärzte oder Dritte, andere Menschen auf Verlangen töten. „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ heißt, dass das Leben eines Menschen niemals und von niemandem rechtmäßig mit der Begründung ausgelöscht werden darf, es sei nicht mehr wert, gelebt zu werden. Der Lebensmüde bringt durch seine Entscheidung für den Tod zum Ausdruck: Mein Leben ist es *für mich* nicht mehr wert, weiter gelebt zu werden. Der Dritte, der sich auf seine Bitte hin die Tötungshandlung vornimmt und damit die Letztverantwortung für das Geschehen übernimmt, übernimmt diese Einschätzung als *externe*: Für diesen Menschen ist es besser, zu sterben als

⁵⁰ Siehe zur niederländischen Praxis „A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-Assisted Dying in the Netherlands“, abrufbar unter: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2426428>; deutschsprachige Zusammenfassung in: Lebensmüdigkeit zunehmend Motiv für Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien, abrufbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/63756/Lebensmuedigkeit-zunehmend-Motiv-fuer-Sterbehilfe-in-den-Niederlanden-und-in-Belgien>. Zur steigenden Zahl von Sterbehilfefällen in den Niederlanden siehe den Jahresbericht 2013 der fünf Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe in den Niederlanden, abrufbar unter: https://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag2013DU%20def_tcm52-41744.pdf; Zusammenfassung des Berichts in: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/steigende-tendenz-der-sterbehilfe-faelle-in-den-niederlanden>.

⁵¹ E. Reimer, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, ZfL 2015, 66, 73 f. unter B.IV.2b)dd.

weiterzuleben. *Sein* Leben ist nicht mehr lebenswert. Eine Rechtsordnung aber, die auf der unantastbaren Würde des Menschen, jedes Menschen gründet, die jedem Menschen Wert und Würde zuschreibt, kann die handlungsleitende externe Bewertung eines menschlichen Lebens als „nicht mehr lebenswert“ unter keinen Umständen akzeptieren. Die Menschenwürde verlangt vielmehr, dass dem Leben eines Menschen von Dritten in jeder Situation ein positiver Wert zuerkannt wird; dies gilt auch für Menschen, die schwer leiden, deren Leben voraussichtlich nur mehr kurz dauern wird und/oder die im jeweiligen Augenblick ihren eigenen Tod wünschen.

Für die Suizidassistenten aber gilt nichts anderes: Auch der Gehilfe macht sich die Wertung des Lebensmüden, sein Leben sei nicht mehr wert, weiter gelebt zu werden, zu eigen; darin aber liegt eine vom Staat in Erfüllung seiner Schutzpflicht abzuwehrende Missachtung des in der Menschenwürde gründenden Eigenwerts jedes menschlichen Lebens. Der darin zum Ausdruck kommenden Fremdeinschätzung, das Leben eines anderen sei nicht mehr lebenswert, muss der Staat auch dann entgegentreten, wenn sie nicht durch Tötung auf Verlangen, sondern mittels einer Hilfeleistung zur Selbsttötung in die Tat umgesetzt werden soll.⁵²

e) Ergebnis

Der Gesetzgeber ist aus den o.a. Gründen berechtigt, die Suizidbeihilfe (auch umfassend) zu verbieten.⁵³ Ein Verbot ist aufgrund der verfassungsrechtlichen Schutzpflicht des Staates für das menschliche Leben und die Würde jedes Menschen sogar geboten.⁵⁴ Für das Bestehen einer Schutzpflicht im Kontext der Suizidbeihilfe sprechen nicht zuletzt „die enormen Unsicherheiten bei der Feststellung eines beständigen, frei gebildeten und von Einsichtsfähigkeit getragenen Willen des Suizidenten“.⁵⁵

Ein Verbot der Suizidbeihilfe kann ungeachtet des ultima-ratio-Prinzips auch strafbewehrt sein.⁵⁶ Dafür maßgeblich ist die hohe Missbrauchsgefahr und die

⁵² Der dagegen möglicherweise vorzubringende Einwand, der Suizidhelfer akzeptiere lediglich die Selbsteinschätzung, „dass das Leben des zum Suizid Entschlossenen *aus der Sicht des Lebensmüden* nicht mehr lebenswert ist“, ändert nichts an der Tatsache, dass der Suizidhelfer diese Einschätzung als Dritter teilt und eben deshalb an der Zerstörung des Lebens eines – aus seiner Sicht – anderen mitwirkt. Im Übrigen verhält es sich auch bei der Tötung auf Verlangen nicht anders. Der tötende Dritte folgt hier dem ernstlichen Verlangen des Sterbewilligen, der sein Leben für nicht mehr lebenswert hält, und macht sich diese Selbsteinschätzung als Dritter handlungsleitend zu eigen.

⁵³ Ebenso K. Gavela, *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, 2013, S. 236, 253; E. Reimer, *Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen*, ZfL 2015, 66, 74 unter B.IV.3.

⁵⁴ Siehe dazu näher C. Hillgruber, *Die Bedeutung der staatlichen Schutzpflicht für das menschliche Leben bezüglich einer gesetzlichen Regelung zur Suizidbeihilfe*, ZfL 2013, 70, 75 ff.

⁵⁵ E. Reimer, *Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen*, ZfL 2015, 66, 75 unter C.

⁵⁶ Ebenso K. Gavela, *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, 2013, S. 236, 253; E. Reimer, *Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen*, ZfL 2015, 66, 75 unter B.V. 4. Für eine Befugnis des Gesetzgebers, „unter Berufung auf seine aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG fließende Schutzpflicht die bislang straflose Bei-

damit verbundene, wenn auch zunächst nur abstrakte Gefahr für das Leben als eines höchstrangigen Rechtsguts. Nach hiesiger Auffassung liegt in der Suizidbeihilfe zudem eine nicht hinnehmbare Missachtung des in der Menschenwürde gründenden Eigenwerts jedes menschlichen Lebens ungeachtet der Selbsteinschätzung dieses Lebens durch den Rechtsgutsträger selbst.

Die Strafbewehrung des Verbots ist allerdings verfassungsrechtlich nicht zwingend geboten. Wenn ausreichende Schutzmaßnahmen anderer Art getroffen werden, darf von einer Strafdrohung abgesehen werden und kann es genügen, das verfassungsrechtliche Verbot der Suizidbeihilfe in der Rechtsordnung auf andere Weise hinreichend deutlich zum Ausdruck zu bringen. Sofern allerdings eine nicht strafbewehrte Verbotsnorm strukturelle Vollzugsdefizite aufweist, d.h. eine Norm, die ein bestimmtes Verhalten verbietet, ohne Strafandrohung als unbeachtlich angesehen würde und daher voraussehbar keine verhaltenssteuernde Wirkung zu erzielen vermag, kann eine Strafandrohung verfassungsrechtlich notwendig sein.⁵⁷ Etwaige zivilrechtliche (familienrechtliche) oder ordnungsrechtliche (gefahrenabwehrrechtliche) statt strafrechtliche Lösungen der Suizidbeihilfeproblematik sind daher kritisch auf ihre tatsächliche Vollzugsfähigkeit zu prüfen.

B. Verfassungsrechtliche und rechtspolitische Bewertung der Gesetzentwürfe BT-Drucks. 18/5373, 5374, 5375, 5376

Vor diesem verfassungsrechtlichen Hintergrund sollen im Folgenden die vier vorliegenden Gesetzentwürfe verfassungsrechtlich und rechtspolitisch bewertet werden, von denen drei auf unterschiedlich weitreichende strafrechtliche Lösungen setzen (BT-Drucks. 18/5373, 5375, 5376), während einer eine in das bürgerliche Recht integrierte Regelung anstrebt (BT-Drucks. 18/5374).

I. Gesetzentwurf Brand/Griese u.a., BT-Drucks. 18/5373

Dieser Gesetzentwurf will die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung nach § 217 StGB-E als abstrakt das Leben gefährdende Handlung unter Strafe stellen.⁵⁸ Als Gründe für die Notwendigkeit eines solchen strafbewehrten Verbots werden der Autonomie- und der Integritätsschutz sowie die andernfalls eintretende Schwächung des gesellschaftlichen Respekts vor dem Leben benannt⁵⁹: „Es ist nicht nur rechtlich zulässig, sondern geboten, einen Selbsttö-

hilfe zur Selbsttötung strafbewehrt untersagen“, auch *R. Müller-Terpitz*, HStR, VII, 32009, § 147 Rn. 104; ferner *D. Lorenz*, Aktuelle Verfassungsfragen der Euthanasie, JZ 2009, 57, 64 f.

⁵⁷ Siehe dazu *E. Reimer*, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, ZfL 2015, 66, 74 unter B.V.3.

⁵⁸ BT-Drucks. 18/5373, Begründung, A. Allgemeiner Teil, II., S. 14.

⁵⁹ BT-Drucks. 18/5373, Begründung, A. Allgemeiner Teil, I., S. 9-11, hinsichtlich des zuletzt genannten Gesichtspunkts unter Berufung auf die ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates vom Dezember 2014: „Eine Suizidbeihilfe, die keine individuelle Hilfe in tragischen Ausnahmesituationen, sondern eine Art Normalfall wäre, etwa im Sinne eines wählbaren

tungsversuch zu unterbinden, soweit nicht erkennbar ist, ob diesem eine freiverantwortlich getroffene Entscheidung zugrunde liegt. Es liegt nicht nur im Interesse des Integritäts-, sondern auch des Autonomieschutzes, Manipulationen und Beeinflussungen der freien Verantwortlichkeit gegenzusteuern.⁶⁰ Aus der „Interessenheterogenität der Beteiligten“ folge eine „besondere Gefährdung der stets prekären freiverantwortlichen Entscheidung am Lebensende“.⁶¹ Entsprechende Interessenkollisionen seien nicht nur bei kommerzialisierter Sterbehilfe zu befürchten, sondern entstünden immer dort, wo Suizidbeihilfe zum Geschäftsmodell werde, so dass „ein (auch nicht finanziell motiviertes) Eigeninteresse der Suizidhelferinnen und -helfer an der Durchführung der Selbsttötung besteht“.

Die vorgeschlagene Pönalisierung geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe, bei der diese wiederholt geleistet und zum Gegenstand einer Beschäftigung gemacht wird, ist richtig und verfassungsrechtlich unproblematisch.

Jede organisierte Form der Sterbehilfe ist geeignet, als „institutionalisierte Förderung der Selbsttötung“⁶² dem Suizid dadurch Vorschub zu leisten, dass sie als eine gewöhnliche Dienstleistung erscheint, die wie ebenso wie jede andere Dienstleistung angeboten und bei Bedarf in Anspruch genommen werden kann.⁶³ Suizidbeihilfe wird damit zur „Exit-Option“, bei der man nicht selbst dilettantisch und eventuell ohne den gewünschten Erfolg Hand an sich legen muss, sondern professionell unterstützt und begleitet wird. Es liegt auf der Hand, dass nicht wenige an ihrem Leben Verzweifelte ein solches Angebot, wenn es doch sichere Erlösung von Schmerz und Leid verspricht, annehmen werden. Jede Form organisierter Sterbehilfe erleichtert den Suizid, unterläuft damit die verfassungsrechtliche Grundentscheidung für den Wert und die Erhaltung jedes menschlichen Lebens und gefährdet so deren Beachtung hochgradig. Eine Begrenzung der Strafbarkeit auf kommerzielle Suizidbeihilfe griffe zu kurz, zumal die Gewinnerzielungsabsicht, die Voraussetzung für die Gewerbsmäßigkeit ist, durch hohe Verwaltungskosten leicht verschleiert werden kann.⁶⁴

Die in dem strafbewehrten Verbot liegende Einschränkung der Vereinigungs- und Berufsfreiheit (Art. 9 Abs. 1 GG; 12 Abs. 1 GG), subsidiär der allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) ist verfassungskonform. Hinsichtlich der Berufs- und der allgemeinen Handlungsfreiheit kann auf die zutreffende Begründung des Gesetzentwurfs verwiesen werden.⁶⁵ Hinsichtlich der Vereinigungsfreiheit ergibt sich dies aus der Schrankenregelung des Art. 9 Abs. 2 GG. Unter den Strafgesetzen, denen die Zwecksetzung oder Tätigkeit von Vereini-

Regelangebots von Ärztinnen und Ärzten oder im Sinne der Dienstleistung eines Vereins, wäre geeignet, den gesellschaftlichen Respekt vor dem Leben zu schwächen.“ (Deutscher Ethikrat: „Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention. Ad-hoc-Empfehlung“, 18.12.2014, S.4).

⁶⁰ BT-Drucks. 18/5373, Begründung, A. Allgemeiner Teil, I., S. 10.

⁶¹ BT-Drucks. 18/5373, Begründung, A. Allgemeiner Teil, I., S. 11.

⁶² Begriff bei S. Birkner, Assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe – Gesetzgeberischer Handlungsbedarf?, ZRP 2006, 52, 53.

⁶³ Siehe dazu auch D. Lorenz, Aktuelle Verfassungsfragen der Euthanasie, JZ 2009, 57, 65.

⁶⁴ A.W. Bauer, Todes Helfer, in: Landt/Bauer/Schneider, Sterbehilfe, 2013, S. 143 m. Fn. 42.

⁶⁵ BT-Drucks. 18/5373, Begründung, A. Allgemeiner Teil, I., S. 12 f.

gungen nicht zuwiderlaufen dürfen, sind alle allgemeinen, nicht spezifisch gegen vereinsmäßige Betätigungen gerichtete Strafnormen zu verstehen⁶⁶; darunter fällt auch § 217 StGB-E, der jedes regelmäßige Suizidhilfeangebot erfasst und nicht ausschließlich und gerade das vereinsmäßige organisierte Angebot.

Die Strafnorm ist auch erforderlich. Jedenfalls ist die dem Gesetzentwurf zugrundeliegende Einschätzung, dass andere Maßnahmen nicht greifen oder nicht gleich wirksam sind⁶⁷, vertretbar.

Das strafbewehrte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verletzt auch nicht Unionsrecht. Die Dienstleistungsfreiheit nach Art. 56 AEUV kann gemäß Art. 62 i.V.m. Art. 52 AEUV aus Gründen der öffentlichen Ordnung, Sicherheit oder Gesundheit beschränkt werden. Darüber hinaus hat die Rechtsprechung des EuGH eine Reihe von weiteren, Beschränkung legitimierenden zwingenden Gründen des Allgemeininteresses herausgestellt wie etwa die Ziele des Verbraucherschutzes sowie der Verhütung von Störungen der sozialen Ordnung im Allgemeinen. In Ermangelung einer Harmonisierung des hier in Rede stehenden Regelungsthemas durch die Europäische Union ist es Sache der einzelnen Mitgliedstaaten, in diesen Bereichen im Einklang mit ihrer eigenen Wertordnung zu beurteilen, welche Erfordernisse sich aus dem Schutz der betroffenen Interessen ergeben.⁶⁸

Rechtspolitisch zweifelhaft erscheint dagegen die Beschränkung der Strafbarkeit auf die Fälle organisierter, wiederholter Sterbehilfe. Zur Begründung führt der Gesetzentwurf an, man wolle nicht die Suizidbeihilfe, „die im Einzelfall in einer schwierigen Konfliktsituation gewährt wird“, kriminalisieren.⁶⁹ Zudem wird geltend gemacht, dass ein vollständiges Verbot der Beihilfe zum Suizid, wie es in einzelnen anderen europäischen Staaten besteht, „mit den verfassungspolitischen Grundentscheidungen des Grundgesetzes kaum zu vereinbaren“ sei.⁷⁰ Ein solches Verbot wäre ein „überscharfer“, unverhältnismäßiger Eingriff in die Selbstbestimmung von Sterbewilligen.⁷¹

Die Begründung ist in verfassungsrechtlicher Hinsicht unzutreffend (siehe dazu näher unten unter III.), die Differenzierung in der Sache nicht überzeugend.

⁶⁶ Siehe dazu nur *M. Cornils*, in: Epping/Hillgruber, Grundgesetz, Kommentar, 2013, Art. 9 Rn. 25.

⁶⁷ BT-Drucks. 18/5373, Begründung, A. Allgemeiner Teil, I., S. 14: „Andere, nicht strafrechtliche Maßnahmen sind wenig erfolgversprechend und mithin nicht gleichermaßen geeignet. Nach den bisherigen Praxiserfahrungen haben sich namentlich weder das allgemeine Polizei- und Ordnungsrecht noch das Betäubungsmittel- oder das (ärztliche) Berufsrecht als ausreichend erwiesen, um den Versuchen, den assistierten Suizid als Dienstleistung in Deutschland zu etablieren, wirksam zu begegnen.“

⁶⁸ Siehe dazu EuGH, Urteil vom 8.9.2009 – C-42/07 –, *Liga Portuguesa de Futebol Profissional, Bwin International Ltd, vormals Baw International Ltd* ./ *Departamento de Jogos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*, Rn. 56 f. = NJW 2009, 3221, 3223; siehe ferner EuGH, Urteil vom 14. 10. 2004 – C-36/02 –, *Omega Spielhallen- und Automatenaufstellungen GmbH* ./ *Oberbürgermeisterin der Bundesstadt Bonn*, Rn. 28-40. (Laserdrome).

⁶⁹ BT-Drucks. 18/5373, S. 3.

⁷⁰ Ebd.

⁷¹ BT-Drucks. 18/5373, Begründung, A. Allgemeiner Teil, II., III., S. 14, 15.

Die die Begründung des Gesetzentwurfs durchziehende Gleichsetzung von Einzelfall und schwieriger Konfliktsituation bzw. tragischer Ausnahmesituation oder altruistischen Motiven⁷² geht fehl; deshalb ist auch der in § 217 Abs. 2 StGB-E vorgesehene persönliche Strafausschließungsgrund für Angehörige und andere dem Suizidwilligen nahestehende Personen nicht angezeigt. Diese Regelung soll berücksichtigen, dass kein Strafbedürfnis gegenüber Personen besteht, die ihren Angehörigen oder anderen engen Bezugspersonen in einer in der Regel emotional sehr belastenden und schwierigen Ausnahmesituation beistehen wollen. Solche Personen legten „ein von tiefem Mitleid und Mitgefühl geprägtes Verhalten an den Tag.“

Es bestehen aber gerade auch im engeren familiären Umfeld des Sterbenskranken Abhängigkeiten und Erwartungshaltungen, die die, wie der Entwurf richtig sieht, stets prekäre freiverantwortliche Entscheidung am Lebensende strukturell gefährden. Gerade auch gegenüber Angehörigen kann – durch deren explizites oder konkludentes Verhalten ausgelöst – bei Sterbenskranken das Gefühl beherrschend werden, anderen nicht länger zur Last fallen zu wollen. Suizidbeihilfe durch Ehegatten oder Familienangehörige kann nicht nur Ausdruck von Mitleid mit dem vermeintlich Suizidwilligen sein, sondern auch von (zwar verständlichem, aber rechtlich nicht tragfähigem) Selbstmitleid aufgrund der mit dem Umgang und/oder mit der Pflege des Sterbenden verbundenen eigenen physischen wie psychischen Belastungen des Suizidhelfers. „Man spricht aus, dass Sterben Erlösung sein kann, und sucht den Erlöser im Diesseits. Und zugleich verschiebt sich die Anschauung darauf, wer eigentlich der Erlösung bedarf: Ist es allein der Kranke, oder sind es auch Angehörige, Pflegepersonal [...] Können wir ausschließen, dass in dem Wunsch, dem Kranken den Freitod zu ermöglichen, ein Akt der Selbsterlösung des Suizidhelfers liegt, der vor dem Sterbenden Reißaus nehmen möchte? [...] Welche Erwartungen projizieren der Kranke und die Angehörigen in die jeweils andere Seite? Welche Erwartungen drücken sie möglicherweise sogar aus?“⁷³ Eine manipulative Einflussnahme auf die Willensbildung des Sterbenskranken aufgrund einer Interessenheterogenität ist im familiären Umfeld in gleicher Weise vorstellbar wie bei geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe. Autonomieschutz vor nicht unwahrscheinlicher willensbestimmender Einflussnahme ist auch hier notwendig. Dass im Einzelfall stets oder auch nur überwiegend nur nach sorgfältiger Untersuchung und unter strikter Orientierung an der freiverantwortlich getroffenen Entscheidung einer zur Selbsttötung entschlossenen Person Suizidhilfe gewährt wird⁷⁴, was allein eine Straflosigkeit dieser Form der Suizidhilfe rechtfertigen könnte, ist eine nicht zu verifizierende Annahme.⁷⁵

⁷² BT-Drucks. 18/5373, S. 3, Begründung, A. Allgemeiner Teil, I., S. 9, 14, B. Besonderer Teil, Zu Nummer 2 (§ 217 StGB-E), Zu Absatz 2, S. 19 f.

⁷³ E. Reimer, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, ZfL 2015, 66, 67 unter A.II.

⁷⁴ Siehe dazu BT-Drucks. 18/5373, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Nummer 2 (§ 217 StGB-E), Zu Absatz 1, S. 18.

⁷⁵ Insofern zutreffende Kritik in BT-Drucks. 18/5375, Begründung, A. Allgemeiner Teil, I., S. 8: „Es wäre falsch, Einzelpersonen zwingend immer für vertrauenswürdiger zu halten, als

Nach dem Wortlaut und der Begründung des Entwurfs⁷⁶ bleibt unklar, ob mehrfach, d.h. sukzessiv immer wieder einmal von einem Arzt geleistete Suizidhilfe eine „geschäftsmäßige“ ist und ob zu den nahestehenden Personen im Sinne des § 217 Abs. 2 StGB-E auch Ärzte gehören können, wenn sie dem Suizidwilligen, etwa freundschaftlich, aber eventuell auch nur aufgrund eines langjährigen vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses, enger verbunden sind. Wenn dem so wäre, könnten auf diese Weise die in den Berufsordnungen vieler Landesärztekammern enthaltenen standesrechtliche Verbote ärztlicher Suizidassistenz unterlaufen werden. Das Verhältnis der vorgesehenen Strafnorm zum ärztlichen Berufsrecht ist jedenfalls nicht hinreichend geklärt.

Ein nur die Fälle geschäftsmäßiger Förderung der Selbsttötung erfassender Straftatbestand birgt auch die Gefahr falscher Rückschlüsse. Strafnormen werden, wie die Erfahrung mit der Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs gelehrt hat, bei der aus der Formel „rechtswidrig, aber nicht strafbar“, in Deformation des Rechtsbewusstseins ein „straflos und daher auch nicht rechtswidrig“ wurde, nicht selten statt als (ergänzende und ultimative) Verbotsnormen als implizite Erlaubnisnormen gelesen: Alles was nicht tatbestandsmäßig ist, gilt im Umkehrschluss als nicht nur straffrei, sondern erlaubt.

Die Strafwürdigkeit geschäftsmäßiger Suizidassistenz als „institutionalisierter Förderung der Selbsttötung“ gründet aber letztlich in der Sache selbst, nicht in besonderen Begleitumständen dieser makabren „Dienstleistung“. Sie können nicht strafbarkeitsbegründend, sondern nur strafverschärfend wirken.

II. Gesetzentwurf Künast/Dr. Sitte u.a., BT-Drucks. 18/5375

Dieser Gesetzentwurf ist schon in formeller Hinsicht teilweise verfassungswidrig. Dem Bund fehlt jedenfalls für die vorgesehene Regelung des § 6 Abs. 2 des Entwurfs eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung („Die Hilfe zur Selbsttötung kann eine ärztliche Aufgabe sein und darf Ärzten nicht untersagt werden. Dem entgegenstehende berufsständische Regelungen sind unwirksam.“) die erforderliche Gesetzgebungskompetenz.

Sie ergibt sich, da es sich insoweit nicht um eine strafrechtliche Regelung handelt, nicht aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG, ebensowenig aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, der nur die Zulassung zu den ärztlichen und anderen Heilberufen in die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes stellt. Im Übrigen aber liegt das ärztliche Berufsrecht – abgesehen vom Recht der Vertragsärzte (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) – in der ausschließlichen Regelungskompetenz der Länder.

Die sich über diese bundesstaatliche Zuständigkeitsverteilung hinweg setzende Regelung des § 6 Abs. 2 S. 2 lässt sich auch nicht, wie in der Begründung des Gesetzentwurfs versucht, damit verfassungsrechtlich rechtfertigen, dass sie

Sterbehilfeorganisationen. Auch im persönlichen Nahbereich existiert theoretisch eine interesselgeleitete Missbrauchsgefahr.“ Die Gefahr ist im Übrigen nicht nur theoretisch existent.

⁷⁶ Siehe dazu BT-Drucks. 18/5373, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Nummer 2 (§ 217 StGB-E), Zu Absatz 2, S. 20.

„notwendiger Bestandteil des Schutzkonzepts für die betroffenen sterbewilligen Menschen und die sie betreuenden Ärzte sei“.⁷⁷ Zwar hat das BVerfG in seiner Entscheidung zum Bayerischen Schwangerenhilfefeergänzungsgesetz anerkannt, dass die Verzahnung unterschiedlicher Rechtsgebiete in einem einheitlichen Schutzkonzept dem Bund unter bestimmten Umständen auch die Kompetenz verleihen kann, die nach diesem Konzept unerlässlichen Regelungen im ärztlichen Berufsrecht zu treffen, solange er damit die diesbezügliche Länderkompetenz nicht aushöhlt. Diese Befugnis steht ihm kraft Sachzusammenhangs zu, wenn und soweit er die ihm obliegende Aufgabe nicht erfüllen kann, ohne zugleich diese Länderzuständigkeit hierfür in Anspruch zu nehmen.⁷⁸ Wann ein zwingender Konnex zwischen der Wahrnehmung einer ausdrücklich zugewiesenen Bundeskompetenz und der punktuellen Inanspruchnahme einer Landeskompetenz besteht, lässt sich nicht generell und abstrakt bestimmen. Die Frage kann vielmehr nur unter Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweiligen Regelungsgegenstandes beantwortet werden.⁷⁹ Für das Bestehen einer solchen Kompetenz sind folglich die Besonderheiten des Regelungsgegenstandes ausschlaggebend.⁸⁰

In Sachen Schwangerschaftsabbruch begründete nach Ansicht der Mehrheit des Ersten Senats das aus der Verfassung abgeleitete Junktim zwischen der Zulässigkeit der Aufhebung strafrechtlicher Vorschriften und der gleichzeitigen Normierung eines alternativen Schutzkonzepts für das ungeborene Leben eine Bundeskompetenz kraft Sachzusammenhangs für solche Einzelregelungen, die zur Verwirklichung dieses Konzepts unerlässlich sind und bei denen auf eine gemeinsame Regelung der Länder nicht gewartet werden konnte.⁸¹ Maßgeblich für die ausnahmsweise erfolgende Anerkennung einer solchen ungeschriebenen Bundeskompetenz war folglich die „Sondersituation, dass der Bundesgesetzgeber von einer Bestrafung des Schwangerschaftsabbruchs nur dann teilweise absehen durfte, wenn er zugleich die rechtlichen Rahmenbedingungen dergestalt änderte, dass der verfassungsrechtlich gebotene Lebensschutz gewahrt blieb. Die partielle Ablösung der Strafnorm setzte ein ausreichendes Alternativkonzept voraus, dessen Verwirklichung Übergriffe in die Länderkompetenz unausweichlich machte.“⁸²

Eine solche Sondersituation ist hier nicht gegeben. Suizidhilfe, auch durch Ärzte, denen diese standesrechtlich untersagt ist, ist bereits nach geltendem Recht straffrei und wird nicht erst durch das vorgesehene Gesetz über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung straflos. Das Ausgreifen auf die Länderkompetenz für das ärztliche Berufsrecht wird daher vorliegend nicht durch einen mit dem hier vorgeschlagenen Gesetz zu vollziehenden Konzeptionswechsel erzwungen. Auch besteht keine aus den Grundrechten ableitbare verfassungsrechtliche Förderpflicht, rechtliche Mechanismen zur Umsetzung einer autonomen Entschei-

⁷⁷ BT-Drucks. 18/5375, Begründung, Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Zu § 6, S. 12.

⁷⁸ BVerfGE 98, 265, 303.

⁷⁹ BVerfGE 98, 265, 300.

⁸⁰ BVerfGE 98, 265, 301.

⁸¹ BVerfGE 98, 265, 302.

⁸² BVerfGE 98, 265, 303 f.

„hinreichend qualifizierte“ Sterbehelfer „in ausreichender Zahl“ zur Verfügung zu stellen.

Der Bundesgesetzgeber darf aber, von Sondersituationen abgesehen, nicht einfach – ohne Rücksicht auf die bundesstaatliche Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen – einfachrechtlich „Gesamtzuschutz- oder -förderkonzepte“ entwickeln und mit der Begründung, diese ließen sich nicht anders realisieren, Länderkompetenzen teilweise an sich ziehen. Damit verstößt er vielmehr gegen die verfassungsfeste bundesstaatliche Kompetenzordnung.⁸³

Im Übrigen ist auch nicht erkennbar, dass für das Schutzkonzept die Möglichkeit der Inanspruchnahme gerade ärztlicher Suizidhilfe unverzichtbar wäre. Der Gesetzentwurf regelt ausführlich die Voraussetzungen, unter denen ein sog. Sterbehelfer künftig tätig werden darf und definiert diese legal als Person, die geschäftsmäßig Hilfe zur Selbsttötung leistet, ohne Arzt zu sein (§ 7 Abs. 3).

Der bloße Wunsch des Bundesgesetzgebers, Ärzte als „qualifizierte Suizidhelfer“ einzusetzen, begründet dagegen offensichtlich keine Gesetzgebungskompetenz. Die verfasste Ärzteschaft hat alles (Standes-)Recht, dieses Ansinnen als mit ihrem Berufsverständnis unvereinbar zurückzuweisen.

Der Hinweis auf Art. 31 GG⁸⁴ geht fehl. Die Anwendbarkeit dieser Kollisionsnorm setzt gerade voraus, dass die vorgesehene bundesgesetzliche Regelung ihrerseits kompetenzgemäß ist, was, wie gesehen, jedoch nicht der Fall ist. Auch die Annahme, ungleiche Berufsausübungsregeln für Ärzte nach Maßgabe der Berufsordnungen der jeweils zuständigen Landesärztekammern verstießen gegen den Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG)⁸⁵, ist irrig; gleichheitsrechtlich relevant sind nur Ungleichbehandlungen durch ein und denselben Rechtsetzer.

Selbst wenn die kammerrechtlichen Verbote ärztlicher Suizidassistenten verfassungswidrig wären, weil sie den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit durch Satzungsrecht von Selbstverwaltungskörperschaften nicht genügten, was nicht der Fall ist (s.u., unter IV., S. 34 f.), begründete dies keine Bundesgesetzgebungskompetenz. Vielmehr läge dann die Regelungskompetenz nach der Wesentlichkeitstheorie – undelegierbar – bei den Landesgesetzgebern.

Der Entwurf verfolgt mit § 6 Abs. 2, wie auch § 1 Nr. 3 eindeutig zu entnehmen ist, allein den Zweck, das ärztliche Standesrecht, soweit es ärztlicher Suizidassis-

⁸³ Vgl. dazu auch BVerfG, Urteil vom 21. Juli 2015 - 1 BvF 2/13, Rn. 58 – Betreuungsgeld – betreffend Art. 72 Abs. 2 GG: „Grundsätzlich ist der Bundesgesetzgeber bei der Realisierung legislativer Gesamtförderungskonzepte vielmehr auf jene Fürsorgeinstrumente beschränkt, die für sich genommen die Voraussetzungen des Art. 72 Abs. 2 GG erfüllen. Im Übrigen verbleibt ihm die Möglichkeit, eine übergreifende Konzeption in Kooperation mit den Ländern und in Abstimmung mit deren Gesetzgebung zu verfolgen.“

⁸⁴ BT-Drucks. 18/5375, Begründung, A. Allgemeiner Teil, IV., S. 8 unten; B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Zu § 6, S. 12.

⁸⁵ BT-Drucks. 18/5375, Begründung, A. Allgemeiner Teil, I., S. 7 unten; B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Zu § 6, S. 12.

tenz entgegensteht, auszuhebeln. Dafür fehlt dem Bund evident die Gesetzgebungskompetenz.

Aber auch für die vorgesehenen Regelungen über die Beratungs- und Dokumentationspflicht bei organisierter oder geschäftsmäßiger Hilfe zur Selbsttötung (§ 3 Abs. 3, § 7 Abs. 3 u. 4 und § 8) sowie die Pflicht zur Vergewisserung über die Freiwilligkeit, Selbstbestimmtheit und Nachhaltigkeit des Wunsches zur Hilfe bei der Selbsttötung (§ 3 Abs. 2) hat der Bundesgesetzgeber keine Gesetzgebungskompetenz. Es handelt sich vielmehr um Regelungen des Berufs(-ausübungs-)rechts, die in die Zuständigkeit der Länder fallen; allein § 9 Abs. 2, der ein Verbot von Sterbehilfeorganisationen vorsieht, kann ggfls. – als *actus contrarius* – unter den Kompetenztitel „Zulassung zu anderen Heilberufen“ subsumiert werden⁸⁶, sofern man – bei großzügiger Wortlautinterpretation – auch die todbringende Suizidhilfe als „Heilung“ von einem Leiden anzuerkennen bereit ist.⁸⁷

Die Tatsache, dass die Verletzung der hier statuierten Berufspflichten in § 9 unter Strafe gestellt wird, begründet keine Bundesgesetzgebungskompetenz für die Berufsregelungen; die Strafbestimmung ist Annex zu den primären Berufsregelungen, nicht etwa umgekehrt.⁸⁸

In materieller Hinsicht will es der Entwurf eines – wie es programmatisch schon im Titel heißt –, „Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung“ weitgehend bei der bisherigen Straffreiheit der Suizidhilfe belassen. Lediglich die gewerbsmäßige Hilfe zur Selbsttötung und die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung sollen strafbewehrt verboten werden (§§ 4 und 5). Begründet wird dies mit der Erwägung, dass die seit 1871 bestehende Straffreiheit keine gravierenden Fehlentwicklungen bewirkt habe.⁸⁹ Wissenschaftliche Belege für die Befürchtung, dass straflose Suizidassistenten vermehrt zu unfreiwilligen Suiziden führen könnten, bei denen der Suizidwunsch durch die Sorge ausgelöst werde, anderen zur Last zu fallen, gebe es nicht. Auch lägen „keine Tatsachen vor, warum eine solche Wirkung bei organisierter Sterbehilfe, jedoch nicht bei der durch Verwandte, eintreten sollte bzw. gegeben wäre.“⁹⁰

Tatsächliche Belege für die dem Gesetzentwurf zugrundeliegende Annahme, dass die gewerbsmäßige Hilfe zur Selbsttötung aufgrund der Gewinnerorientierung „die Rechtsgüter des Lebens und der Selbstbestimmung anderer Menschen gefährden“⁹¹, gibt es allerdings ebensowenig. Insofern misst der Gesetzentwurf mit zweierlei Maß und verfährt inkonsequent.

⁸⁶ Zur Reichweite des „Rechts der Zulassung“ siehe BVerfGE 7, 18, 25; 33, 125, 154 f.

⁸⁷ Zur Offenheit des kompetenzrechtlichen Begriffs des Heilberufs i.S.d. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG – der Bundesgesetzgeber kann auch neue Heilberufe schaffen – siehe BVerfGE 106, 62, 105.

⁸⁸ § 219 StGB steht in der oben beschriebenen Sondersituation, die eine Bundesgesetzgebungskompetenz kraft Sachzusammenhangs verleiht.

⁸⁹ BT-Drucks. 18/5375, S. 1.

⁹⁰ BT-Drucks. 18/5375, Begründung, A. Allgemeiner Teil, I., S. 7.

⁹¹ BT-Drucks. 18/5375, Begründung, A. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Zu § 2, S. 10; Zu § 4, S. 11, Zu § 5.

Auf die fehlenden empirischen Belege kann es im Übrigen bei dem vorliegenden Sachverhalt nicht ankommen. Die Bedingungen, unter den Selbsttötungen erfolgen und Hilfe dazu geleistet wird, liegen in einem kaum aufzuhellenden Dunkel-feld. Erst recht gilt dies für den Markt mit geschäftsmäßiger oder gar kommerzi-eller Suizidhilfe, der alles andere als transparent ist. Vor diesem Hintergrund und angesichts der bedeutenden Rechtsgüter, die hier auf dem Spiel stehen, darf der Gesetzgeber auch ohne verlässliche empirische Daten von einer zumindest abstrakten Gefahr ausgehen, die ihn berechtigt, aus Gründen des Autonomie- und Integrationsschutzes durch strafbewehrte Verbote einzugreifen (s.o., unter A.II.2 a), b), S. 15 f.).

Er muss hier allerdings gleichheitsgerecht verfahren; Einschränkungen eines strafbewehrten Suizidhilfeverbots auf bestimmte Fallgruppen müssen sich vor dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) sachlich hinreichend recht-fertigen lassen. Die Ausführungen in der Begründung des Gesetzentwurfs lassen Zweifel aufkommen, ob diese Rechtfertigung gelingen kann. Kaum zu rechtfer-tigen dürfte auch die Bestimmung des § 4 Abs. 2 sein, derzufolge die Beihilfe zur gewerbsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung nicht rechtswidrig sein soll. Die da-für gegebene Begründung, es sei „den um Hilfe suchenden Verwandten oder Nahestehenden nicht zumutbar zu prüfen, ob ein Dritter gewerbsmäßig handelt oder nicht“⁹², überzeugt jedenfalls nicht. Die Feststellung, ob sich jemand für die von ihm angebotene Suizidhilfe entlohnen lässt, dürfte nicht sonderlich schwie-rig sein. Im Übrigen muss sich bei der Beihilfe stets der doppelte Gehilfenvor-satz sowohl auf die Haupttat des anderen als auch auf die eigene Beihilfehand-lung beziehen, wobei indes *dolus eventualis* genügt.

Um offenbar doch angenommenen, jedenfalls aber für möglich gehaltenen Missbrauchsgefahren von in organisierter oder geschäftsmäßiger Form angebo-tener und geleisteter Suizidhilfe zu begegnen, will der Gesetzentwurf „hohe Be-dingungen an Beratung und Dokumentation“ aufstellen.⁹³

Im Einzelnen schreibt er vor, dass Sterbehelfer (Legaldefinition in § 7 Abs. 3 S. 1) und Sterbehilfeorganisationen (Legaldefinition in § 7 Abs. 4 S. 1) sich auf-grund eines Beratungsgesprächs (§ 7) des Umstands vergewissert haben müssen, dass der sterbewillige Mensch freiwillig, selbstbestimmt und nach reiflicher Überlegung die Hilfe zur Selbsttötung verlangt (§ 3 Abs. 2). Zudem besteht eine Beratungspflicht (siehe näher § 7 Abs. 1). Stets muss ein Arzt ein persönliches und umfassendes, ergebnisoffenes und insbesondere über (palliativmedizinische) Alternativen aufklärendes Beratungsgespräch geführt haben, ehe Suizidhilfe sei es durch den Arzt oder durch nichtärztliche Mitarbeiter in einem Hospiz oder ei-nem Krankenhaus, durch Sterbehelfer oder durch ein Mitglied oder einen Ange-stellten einer Sterbehilfeorganisation geleistet werden darf. Sterbehelfer und Per-sonal der Sterbehilfeorganisation dürfen an dem zwingend vorgeschriebenen Be-ratungsgespräch mit dem Arzt nicht teilnehmen (§ 7 Abs. 3 S. 4, Abs. 4 S. 5). Diese Personen haben ihrerseits eine allerdings weniger strengen Anforderungen

⁹² BT-Drucks. 18/5375, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Zu § 4, S. 11.

⁹³ BT-Drucks. 18/5375, Begründung, A. Allgemeiner Teil, II., S. 8.

unterliegende (zusätzliche) Beratungspflicht. Zu der Beratungspflicht tritt eine Pflicht zur schriftlichen Dokumentation hinzu, die sowohl den Arzt hinsichtlich des Umfangs und der Ergebnisse der durchgeführten Beratung trifft (§ 7 Abs. 1 S. 2) als auch den Sterbehelfer und die Sterbehilfeorganisation hinsichtlich des Hilfeersuchens, der Information der Organisationsleitung, der Information des Arztes und der eigenen Beratung des sterbewilligen Menschen (§ 7 Abs. 3 S. 5, Abs. 4 S. 6) und zudem für die als Hilfe zur Selbsttötung vorgenommenen Handlungen gilt (§ 8).

Aus grundrechtlicher Perspektive ist im Ansatz nichts dagegen einzuwenden, dass der Gesetzgeber derartige, durchaus beachtliche Beratungs- und Dokumentationspflichten statuiert. Das vermag aber das Manipulationsproblem nicht zu lösen, sondern verlagert die Gefahr der Einflussnahme nur nach vorn. Der Wunsch nach Beratung müsste stets und vollständig von dem Suizidenten kommen; die vom Suizident erwünschte und vom Gesetzgeber zur Voraussetzung gemachte Beratung darf den Suizidwunsch keinesfalls stärken. Da sich aber weder faktisch noch durch verfahrensrechtliche Arrangements ausschließen lässt, dass die Beratung im Einzelfall Teil eines Gesamtplans ist, den der Suizident nicht allein konzipiert hat, sondern auf den andere (insbesondere der Sterbehelfer, Angestellte der Sterbehilfeorganisation) ermutigend („Wir helfen Ihnen gern“; „Lassen Sie sich doch einmal unverbindlich beraten!“), motivierend („Sie werden von uns erlöst“) oder sogar bedrängend („Zögern Sie nicht länger!“) Einfluss genommen haben, ist eine Beratungslösung kein Ausweg aus dem Freiwilligkeitsproblem. Als soziales Wesen ist der Mensch niemals frei von äußeren Einflüssen; die Beratung selber schirmt diese Einflüsse nicht ab, sondern fügt neue hinzu. Das alles ist im grundrechtlichen Normalbereich unproblematisch. Wo es aber um Leben und Tod geht und die Entscheidung irreversibel ist, können die auch nur mit der bloßen Möglichkeit externer Einflüsse einhergehenden Risiken aber nicht eingegangen werden.⁹⁴

Zudem liegt die Annahme nicht fern, dass das Verfahren der Beratung in seiner Leistungsfähigkeit überschätzt wird und hier ebenso wie beim Schwangerschaftsabbruch in der Praxis dem Anspruch der Ergebnisoffenheit nicht genügen können, sondern lediglich zu einer zwar lästigen, aber der Umsetzung des Selbsttötungswunsches nicht wirklich hinderlichen Formalie werden wird.

Auch die erforderliche Nachhaltigkeit des Suizidwunsches ist kaum hinreichend verlässlich feststellbar. Die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung, die einen Übereilungsschutz dadurch gewährleisten will, dass zwischen dem Beratungsgespräch und der Hilfeleistung zur Selbsttötung mindestens 14 Tage liegen müssen, ist jedenfalls unzulänglich.⁹⁵ Gerade Schwerstkranke unterliegen häufigen Stimmungsschwankungen. Wenn sie in zwei Stimmungstälern, die zwei Wochen auseinander liegen, einen Suizidwunsch geäußert haben, sagt das nichts über die

⁹⁴ Zutreffend E. Reimer, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, ZfL 2015, 66, 76 unter D.II.

⁹⁵ Nach dem hier möglicherweise als Regelungsvorbild dienenden *Death with Dignity Act* des US-Bundesstaates Oregon muss der Patient den Suizidwunsch mehrfach und im Abstand von mindestens zwei Wochen geäußert haben.

Zwischenzeit oder gar die Folgezeit aus.⁹⁶ Im Übrigen kann gerade die Beratung, wenn sie Empfehlungscharakter annimmt, den Wunsch verstärkt haben.

Es bestehen daher durchgreifende Zweifel daran, dass auf der vom Gesetzentwurf vorgesehenen Weise, nämlich durch eine gesetzlich näher ausgestaltete Organisation der Hilfe zur Selbsttötung, der verfassungsrechtlich gebotene Autonomieschutz ausreichend gewährleistet wird.

Der Gesetzeszweck, „die rechtlichen Unsicherheiten für Einzelpersonen und Organisationen, die Hilfe zur Selbsttötung leisten, auszuräumen“ (§ 1 Nr. 2), „verkehrt den Sinn des Rechts als Schutz des Schwachen ins Gegenteil. Wenn die Mitwirkung am Suizid eines Dritten für Teilnehmer risikolos gesetzlich geregelt ist, steigt die Lebensbedrohung für alle schwachen Menschen signifikant an“.⁹⁷

Der Gesetzentwurf schweigt sich zudem zu der Frage aus, durch welche Handlungen Suizidassistenten ausüben dürfen. Die Verschreibung todbringender verschreibungspflichtiger Medikamente für einen geplanten Suizid dürfte Sinn und Zweck der arzneimittelrechtlichen Verschreibungspflicht gemäß § 48 Arzneimittelgesetz (AMG) widersprechen, die gerade eine nicht indizierte, missbräuchliche Verwendung von Medikamenten verhindern. Gleichwohl ist eine solche Verschreibung durch einen Arzt nicht strafbar (weil nicht von § 96 Nr. 13 AMG erfasst).⁹⁸ Bei der Verschreibung von Betäubungsmitteln kommt dagegen ein strafbarer Verstoß gegen § 29 Abs. 1 Nr. i.V.m. § 13 Abs. 1 BtMG in Betracht. Pentobarbital-Natrium darf nach § 13 BtMG lediglich in der Veterinärmedizin zum Einschlafen von Tieren verordnet werden. Wenn dieses zur Selbsttötung verwendete Gift zur Verwendung am Menschen freigegeben werden soll, müsste folglich das Betäubungsmittelrecht geändert werden.⁹⁹

Hier besteht folglich weiterer Klärungsbedarf.

Die nach dem Gesetzentwurf vorgesehene Gestattung der Suizidassistenten unter bestimmten Rahmenbedingungen lässt schließlich sozialrechtliche Folgefragen in den Blick rücken, die der Gesetzentwurf wohlweislich ausblendet: Soweit insbesondere Ärzten die Suizidassistenten gestattet wird (§ 6 Abs. 2 S. 1), kommt unter dem Sachleistungsprinzip nach § 2 Abs. 1 und 2 i.V.m. §§ 11 f., 15 Abs. 1, 27 Abs. 1, 28 SGB V eine Suizidbeihilfe „auf Krankenschein“ in Betracht. De lege ferenda wäre dann insbesondere klärungsbedürftig, ob sich dann, wenn der Patient aus straf- und ordnungsrechtlicher Sicht die Wahl zwischen Suizidbeihilfe und Fortsetzung der Behandlung/Pflege hat, aus dem sozialversicherungsrechtlichen Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs. 1 SGB V) und insbesondere der

⁹⁶ Siehe dazu *E. Reimer*, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, ZfL 2015, 66, 76 unter D.III.

⁹⁷ So zutreffend BT-Drucks. 18/5376, Begründung, 7., S. 8.

⁹⁸ Siehe dazu VG Berlin, Urt. v. 30.03.2012 – 9 K 63.09 –, juris, Rn. 41.

⁹⁹ Siehe BT-Drucks. 18/5376, Begründung, Nr. 12, S. 9.

von ihm verlangten Erforderlichkeitsprüfung Konsequenzen für die Ausübung des Wahlrechts ergäben.¹⁰⁰

III. Gesetzentwurf Dr. Sensburg/Dörflinger u.a., BT-Drucks. 18/5376

Der Gesetzentwurf sieht ein ausnahmsloses strafbewehrtes Verbot der Teilnahme an einer Selbsttötung (Anstiftung oder Beihilfe) sowie des Versuchs der Teilnahme vor (§ 217 Abs. 1 u. 2 StGB-E).

Ein solches umfassendes strafbewehrtes Verbot der Anstiftung und Beihilfe zum Suizid, mit dem die Rechtsordnung gegen die Selbsteinschätzung des Lebensmüden um der Menschenwürde willen daran festhält, dass das Leben unter allen Umständen ein erhaltenswertes Gut darstellt¹⁰¹, ist verfassungskonform (s.o., unter A.II.2.d), S. 17 f.), insbesondere auch nicht unangemessen.

Ein wirksamer Autonomie- und Integritätsschutz und die durch die Menschenwürdegarantie (Art. 1 Abs. 1 GG) gebotene Verteidigung des Eigenwerts jedes menschlichen Lebens ist nur durch ein solches Verbot zu gewährleisten. Nur so vermeidet man auch die nicht unerheblichen gleichheitsrechtlichen Probleme, die diejenigen Gruppenanträge aufwerfen, die bestimmte Formen oder Modi der Suizidassistentz unter Strafe stellen, andere dagegen tatbestandslos lassen wollen.

§ 217 StGB-E ergänzt sinnvoll den strafrechtlichen Schutz durch § 216 StGB, der unzureichend ist, weil die Abgrenzung zwischen Fremdtötung (auf Verlangen) und bloßer Mitwirkung am Suizid prekär ist und die Grenzen in der Praxis verschwimmen, der kategoriale Unterschied, den insoweit das geltende Strafrecht macht, aber jedenfalls verfassungsrechtlich nur ein gradueller ist. In dieser Lage verliert die binäre Differenzierung zwischen Eigen- und Fremdtötung für das Verfassungsrecht einen erheblichen Teil ihrer Überzeugungskraft.¹⁰²

Gewiss sind Fälle denkbar, in denen eine Unterstützungshandlung, auch wenn sie von Verfassungs wegen als rechtswidrig beurteilt werden muss, in einer dem Selbstmörder und dem Gehilfen gleichermaßen ausweglos erscheinenden Grenzsituation getätigt wird und die Verhängung einer Kriminalstrafe keine adäquate Sanktion darstellt.¹⁰³ In solchen Fällen bieten indes, worauf der Gesetzentwurf mit Recht hinweist¹⁰⁴, das allgemeine Straf- und Strafprozessrecht hinreichende Möglichkeiten, von Strafverfolgung und Strafe abzusehen. Dem verfassungs-

¹⁰⁰ Siehe *E. Reimer*, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, ZfL 2015, 66, 68 unter A.III.

¹⁰¹ Vgl. BT-Drucks. 18/5376, B. Lösung, S. 2.

¹⁰² So auch mit Recht *E. Reimer*, Suizidbeihilfe: Der verfassungsrechtliche Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen, ZfL 2015, 66, 76 unter D.II. Siehe auch BT-Drucks. 18/5376, S. 6: „Anders als bei der Beihilfe zu anderen Delikten wird die Suizidbeihilfe bezeichnenderweise sogar meist als Beitrag gedacht, ohne den der Täter den Taterfolg selbst nicht erreichen könnte, was ihn erst der Hilfe bedürftig macht. Dann aber wäre der Gehilfe in Wirklichkeit Täter, weil der Suizident letztlich nur noch Vollender der vorbereitenden Handlung(en) des Gehilfen ist, und dies unter fremdem oder selbst auferlegtem (Handlungs-)Druck.“

¹⁰³ Siehe BVerfGE 32, 98, 108 f., 111– Gesundheits-Fall: Ausnahme von der Strafbarkeit nach § 323c StGB im Einzelfall wegen der Ausstrahlungswirkung des Art. 4 GG.

¹⁰⁴ BT-Drucks. 18/5376, Begründung, Nr. 13, S. 9.

rechtlichen Übermaßverbot genügt der Gesetzgeber auch dadurch, „dass er es den Strafverfolgungsorganen ermöglicht, im Einzelfall durch das Absehen von Strafe oder Strafverfolgung einem geringen individuellen Unrechts- und Schuldgehalt der Tat Rechnung zu tragen“.¹⁰⁵ Hier kann auf die §§ 153, 153a StPO (Absehen von der Verfolgung bei Geringfügigkeit oder unter Auflagen und Weisungen) sowie die §§ 59 und 60 StGB (Verwarnung mit Strafvorbehalt; Absehen von Strafe) verwiesen werden. Gegebenenfalls könnte in einem § 217 StGB-E angefügten Absatz 3 ausdrücklich geregelt werden, dass das Gericht von einer Bestrafung nach Abs. 1 oder 2 absehen kann, wenn eine Hilfeleistung zur Selbsttötung in einer außergewöhnlichen Konfliktsituation aus respektablen Gründen erfolgt ist.

In gleichem Sinne hat der EGMR im Fall *Pretty* entschieden: „The Court does not consider therefore that the blanket nature of the ban on assisted suicide is disproportionate.“¹⁰⁶ Als Grund wurde angeführt, dass das unbedingte strafbewehrte Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung im englischen und walisischen Recht wegen des Verfolgungsprivilegs des Generalstaatsanwalts und dem gegenüber klassischen Totschlagsdelikten reduzierten Strafrahmen im Einzelfall flexibel gehandhabt werden könne: „It does not appear to be arbitrary to the Court for the law to reflect the importance of the right to life, by prohibiting assisted suicide while providing for a system of enforcement and adjudication which allows due regard to be given in each particular case to the public interest in bringing a prosecution, as well as to the fair and proper requirements of retribution and deterrence.“

IV. Gesetzentwurf Hintze/Dr. Reimann u.a., BT-Drucks. 18/5374

Anders als die zuvor behandelten Gesetzentwürfe sieht dieser Gesetzentwurf „von strafrechtlichen Einschränkungen zugunsten einer ausdrücklichen zivilrechtlichen Gestattung der ärztlichen Suizidhilfe unter bestimmten Voraussetzungen ab“.¹⁰⁷ „Um Rechtssicherheit für Ärzte und Patienten herzustellen und die Selbstbestimmung von unheilbar erkrankten Patienten zu stärken, ist das Bürgerliche Gesetzbuch um eine Regelung zu ergänzen, die es Ärzten ausdrücklich ermöglicht, dem Wunsch des Patienten nach Hilfe bei der selbstvollzogenen Lebensbeendigung entsprechen zu können.“¹⁰⁸

¹⁰⁵ BVerfGE 90, 145, LS 3, 183 ff. - Strafandrohung für den unerlaubten Erwerb und den unerlaubten Besitz von Cannabisprodukten. Das strafbewehrte Verbot sei deshalb auch beim Erwerb oder der Besitz von Cannabisprodukten von nur kleinen Mengen zum gelegentlichen Eigenverbrauch nicht unverhältnismäßig (BVerfGE 90, 145, 189). Das BVerfG verweist hier neben den allgemeinen Vorschriften der §§ 153, 153a StPO, die bei geringer Schuld und dem Fehlen eines öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung eine Verfahrenseinstellung zulassen, auf die §§ 29 Abs. 5 und 31a BtMG.

¹⁰⁶ *Case of Pretty v. The United Kingdom*, Application no. 2346/02, Judgment, 29 April 2002, § 76.

¹⁰⁷ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, A. Allgemeiner Teil, II., S. 10.

¹⁰⁸ BT-Drucks. 18/5374, B. Lösung, S. 3.

Für die vorgesehene Regelung fehlt es dem Bund allerdings bereits an der Gesetzgebungskompetenz. Sie kann – ungeachtet der vorgesehenen Einfügung in das 4. Buch des BGB als Abschnitt 4 „Selbstbestimmung des Patienten“ – nicht auf den Kompetenztitel „das bürgerliche Recht“ (Art. 74 Abs. 1 S. 1 GG) gestützt werden. Die vorgesehene Vorschrift eines § 1921a BGB-E (Ärztlich begleitete Lebensbeendigung) regelt nämlich – entgegen dem durch die Bezeichnung des Abschnitts erweckten ersten Anschein – nicht die zivilrechtliche Reichweite des Selbstbestimmungsrechts eines sterbenskranken Patienten, sondern legt „die Voraussetzungen fest, unter denen Ärzte in Ausübung ihrer Gewissens- und Berufsausübungsfreiheit eine Suizidassistenz durchführen können. Als staatliche Rechtsnorm hat sie Vorrang vor dem die Berufsausübung der Ärzte regelnden Kammerrecht“.¹⁰⁹ „Ungeachtet der grundsätzlichen Straffreiheit jeder Suizidbeihilfe soll eine ärztliche Suizidassistenz [...] gesetzlich ausdrücklich erlaubt und deshalb vor möglichen berufsrechtlichen Sanktionen geschützt werden [...]“.¹¹⁰

Das Regelungsziel besteht also darin, – unter Außerkraftsetzung des in zehn von 17 Ärztekammerbezirken durch das Kammerrecht angeordneten ausnahmslosen Verbots der ärztlichen Suizidbeihilfe – „Ärzten im Rahmen ihrer Berufsausübungsfreiheit und in Ausübung ihrer Gewissensfreiheit die Durchführung einer Suizidassistenz in den Fällen zu ermöglichen, in denen ein Patient an einer unheilbaren und unumkehrbar zum Tode führenden Erkrankung leidet“.¹¹¹ Weil ein Arzt schon mit Blick auf seine – im Gesetzentwurf anerkannte (siehe § 1921a Abs. 3 BGB-E) – Gewissensfreiheit zu einer solchen Suizidassistenz nicht verpflichtet werden kann, stellt die Begründung des Gesetzentwurfs denn auch klar, „dass der Patient auch dann keinen Anspruch gegen den Arzt auf Durchführung einer Suizidhilfe hat, wenn die in der Vorschrift genannten Voraussetzungen im Übrigen erfüllt sind“.¹¹² Auch dies verdeutlicht indes noch einmal, dass es nach objektivem Regelungsgehalt des Gesetzentwurfs wie nach der subjektiver Regelungsabsicht seiner Initianten nicht eigentlich um die Rechte des Patienten im Zusammenhang mit der Lebensbeendigung geht, sondern um die der Ärzte.¹¹³ Die Selbstbestimmung des Patienten ist allein Regelungsthema des § 1921a Abs. 4 BGB: „Die Entscheidung über den Zeitpunkt, die Art und den Vollzug seiner Lebensbeendigung trifft der Patient. Der Vollzug der Lebensbeendigung durch

¹⁰⁹ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs), Zu Nummer 2 (Abschnitt 4 – Selbstbestimmung des Patienten, § 1921a – Ärztlich begleitete Lebensbeendigung, S. 11.

¹¹⁰ BT-Drucks. 18/5374, B. Lösung, S. 3.

¹¹¹ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs), Zu Nummer 2 (Abschnitt 4 – Selbstbestimmung des Patienten, § 1921a – Ärztlich begleitete Lebensbeendigung, Zu Absatz 1, S. 11.

¹¹² BT-Drucks. 18/5374, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs), Zu Nummer 2 (Abschnitt 4 – Selbstbestimmung des Patienten, § 1921a – Ärztlich begleitete Lebensbeendigung, Zu Absatz 3, S. 13.

¹¹³ O. Tolmein, Ein Patientenrechtchen auf ärztlich assistierten Suizid: Hintze/Reimann/Lauterbach üben Medizinrecht, abrufbar unter: <http://biopolitikblog.de/280/ein-patientenrechtchen-auf-aerztlich-assistierten-suizid-hintzereimannlauterbach-ueben-medizinrecht/>.

den Patienten erfolgt unter medizinischer Begleitung.“ Dabei handelt es sich jedoch um eine gar nicht regelungsbedürftige Selbstverständlichkeit.

Es steht mithin im Kern das ärztliche Berufs(ausübungs)recht in Rede, das in die Zuständigkeit der Länder fällt.¹¹⁴ Zum bürgerlichen Recht im Sinne des Art. 74 Abs. 1 S. 1 GG weist die Regelung des § 1921a BGB-E dagegen keine spezifischen Bezüge auf. Dem Bund ist es, um eine Formulierung des BVerfG zum Staatshaftungsgesetz aufzugreifen, kompetenzrechtlich verwehrt, durch eine in das BGB implantierte Vorschrift „an der Leine“ zivilrechtlicher Patientenautonomie ärztliche Suizidassistenten abweichend vom einschlägigen Kammerrecht gesetzlich zu gestatten.¹¹⁵

Es kann im Übrigen insoweit entgegen der Begründung des Gesetzentwurfs auch gar nicht darum gehen, „Rechtssicherheit für Ärzte und Patienten herzustellen“¹¹⁶, weil aufgrund des eindeutigen und unmissverständlichen Verbots ärztlicher Suizidassistenten nach dem Kammerrecht von 10 Ärztekammern keine zu beseitigende Rechtsunsicherheit besteht. Die bestehende berufsrechtliche Rechtslage für Ärzte soll vielmehr gesetzlich umgestaltet und vereinheitlicht werden. Dafür aber fehlt, wie dargelegt, dem Bund die Gesetzgebungskompetenz.

In der Sache will der Gesetzentwurf bei der Regelung der ärztlichen Suizidassistenten „ein besonders hohes Maß an Zurückhaltung walten lassen“.¹¹⁷ Diese Zurückhaltung soll insbesondere „für die gesetzliche Inverantwortungnahme [des Arztes; C.H.] für die Durchführung einer Suizidbeihilfe“¹¹⁸ gelten. Im Hinblick auf die Bedenken gegen ärztliche Suizidhilfe wegen der nach ärztlichem Selbstverständnis auf Lebenserhaltung gerichteten ärztlichen Tätigkeit soll ärztliche Suizidassistenten nur unter der Voraussetzung erlaubt sein, „dass eine unheilbare, unmittelbar zum Tode führende Erkrankung durch mindestens zwei Ärzte nach dem Vier-Augen-Prinzip festgestellt wurde, eine umfassende ärztliche Beratung über mögliche Behandlungsalternativen stattgefunden hat, der Patient volljährig und einwilligungsfähig ist und sowohl die Beratung des Patienten wie auch die Durchführung der Suizidhilfe ausschließlich durch einen Arzt und auf freiwilliger Grundlage erfolgt.“¹¹⁹

Die Ermöglichung ärztlicher Suizidassistenten wird mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten begründet, die als Anspruch auf Achtung seiner Autonomie – zu Unrecht (s.o., unter A.I.3., S. 10-12) – auf die Menschenwürde gemäß Art. 1

¹¹⁴ Pointiert, aber in der Sache zutreffend: *O. Tolmein*, Ein Patientenrechtchen auf ärztlich assistierten Suizid: Hintze/Reimann/Lauterbach üben Medizinrecht, abrufbar unter: <http://biopolitikblog.de/280/ein-patientenrechtchen-auf-aerztlich-assistierten-suizid-hintzereimannlauterbach-ueben-medizinrecht/>: Es handle sich um „eine zivilrechtliche Regelung, die nur der ärztlichen Selbstverwaltung den Kampf ansagt“.

¹¹⁵ Vgl. BVerfGE 61, 149, 205.

¹¹⁶ BT-Drucks. 18/5374, B. Lösung, S. 3.

¹¹⁷ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, A. Allgemeiner Teil, II., S. 10.

¹¹⁸ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, A. Allgemeiner Teil, II., S. 10.

¹¹⁹ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, A. Allgemeiner Teil, II., S. 11; siehe § 1921a Abs. 1 u. 2 BGB-E.

Abs. 1 GG zurückgeführt wird.¹²⁰ Die ärztliche Suizidassistenz sei „in ähnlicher Weise wie die Patientenverfügung Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Patienten“.¹²¹ Damit wird das Selbstbestimmungsrecht, das keinen Anspruch auf die Realisierung eigener Lebensentscheidungen mit Hilfe Dritter vermittelt, jedoch in seiner Reichweite offensichtlich überdehnt.

Die Betonung des Selbstbestimmungsrechts im Sinne „größtmöglicher Patientenautonomie“¹²² verträgt sich im Übrigen kaum mit den einengenden Voraussetzungen, an die die Möglichkeit eines Patienten, „die Hilfestellung eines Arztes bei der selbst vollzogenen Beendigung seines Lebens in Anspruch zu nehmen“ (§ 1921a Abs. 1 BGB-E) geknüpft wird. Sofern der Patient auf diese Hilfeleistung für die gewünschte Selbsttötung angewiesen sein sollte, wird sein Selbstbestimmungsrecht vielmehr erheblich eingeschränkt. Keine der vorgesehenen Bedingungen und Einschränkungen besteht nach geltendem Recht für die Straflosigkeit der Suizidhilfe.

Aber auch die wiederholte Berufung auf die Gewissensfreiheit (Art. 4 Abs. 1 GG) der Ärzte und ihre Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG) im Gesetzentwurf¹²³ geht fehl.

Die Gewissensfreiheit ist schon nach ihrem engen Schutzbereich nicht eröffnet (s.o., unter A.II.1.b), S. 14 f.).

Die Berufsausübungsfreiheit eines Arztes, der Suizidbeihilfe leisten will, wird ebenfalls durch ein berufsrechtliches Verbot derselben nicht verletzt.

Er kann sich zwar auch dann auf die Berufsfreiheit als Grundrecht stützen, wenn die Handlung, die er begehen will, nicht zu den Berufspflichten des Arztes gehört, vielmehr umgekehrt sogar berufsrechtlich verboten ist; denn dieses Verbot ist selbst an der Berufsfreiheit zu messen. Gegen ein kammerrechtliches Verbot der ärztlichen Suizidassistenz bestehen aber keine durchgreifenden Bedenken.

Art. 12 Abs. 1 GG gebietet nicht, dass Regelungen, die die Berufsfreiheit beschränken, ausschließlich durch den staatlichen Gesetzgeber oder durch die vom Gesetzgeber ermächtigte staatliche Exekutive getroffen werden müssen. Vielmehr sind solche Regelungen innerhalb bestimmter Grenzen auch in Gestalt von Satzungen zulässig, die von einer mit Autonomie begabten Körperschaft erlassen werden.¹²⁴ Handelt es sich um Berufsregelungen, die lediglich in die Freiheit

¹²⁰ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, A. Allgemeiner Teil, I., S. 8: „Der Schutz der Menschenwürde gemäß Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes verleiht als zentraler, den Grundrechten zugrunde liegender Wert dem einzelnen Menschen den Anspruch auf Achtung seiner Autonomie.“

¹²¹ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs), Zu Nummer 1 (Änderung der Inhaltsübersicht), S. 11.

¹²² BT-Drucks. 18/5374, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs), Zu Nummer 2 (Abschnitt 4 – Selbstbestimmung des Patienten, § 1921a – Ärztlich begleitete Lebensbeendigung, Zu Absatz 4, S. 13.

¹²³ Siehe nur BT-Drucks. 18/5374, B. Lösung, S. 3; Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs), Zu Nummer 1 (Änderung der Inhaltsübersicht), S. 11.

¹²⁴ BVerfGE 33, 125, 155 - Facharztbeschluss.

der Berufsausübung von Mitgliedern eines Verbandes eingreifen, bestehen keine grundsätzlichen Bedenken dagegen, diesen Verband zur Normgebung zu ermächtigen. Allerdings muss auch hier das zulässige Maß des Eingriffs in den Grundrechtsbereich umso deutlicher in der gesetzlichen Ermächtigung bestimmt werden, je empfindlicher die freie berufliche Betätigung beeinträchtigt, je intensiver eine auf Dauer angelegte Lebensentscheidung des Einzelnen und das Interesse der Allgemeinheit an der Art und Weise der Tätigkeit berührt werden.¹²⁵

Nach diesen Maßstäben ist das in zehn Berufsordnungen statuierte Verbot der ärztlichen Suizidassistentz¹²⁶ verfassungsgemäß. Die Mitwirkung des Arztes an einer Selbsttötung, die nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer in der Fassung von 2011¹²⁷ gar *keine ärztliche Aufgabe* ist, berührt jedenfalls nicht den – gesetzlicher Ausgestaltung vorbehaltenen – Kernbereich der ärztlichen Berufstätigkeit, und da ein Suizidwilliger keinen grundrechtlichen Anspruch auf ärztliche Suizidassistentz hat, erfordern auch nicht die Rechte Dritter eine gesetzliche Regelung eines Verbots der ärztlichen Suizidassistentz.

Die in der Begründung des Gesetzentwurfs vertretene Ansicht, (ärztliche) Suizidassistentz berühre Rechtsgüter Dritter und der Allgemeinheit „nicht in relevanter Weise“¹²⁸, ist unrichtig. Mit dem Wunsch nach Hilfeleistung bei einer geplanten Selbsttötung verlässt der Betroffene die Sphäre des rein Privaten und macht seinen Sterbenswunsch auch zu einem Anliegen Dritter. Bei einem solchen in die gesellschaftliche Sphäre hineinwirkenden Geschehen hat die staatliche Gemeinschaft alles Recht, zivil- oder strafrechtlich regelnd einzugreifen und ggfls. auch das Erbetene zu untersagen.¹²⁹ Keinesfalls ist es verfassungsrechtlich geboten, „Entscheidungen im Hinblick auf das Lebensende ausschließlich in die Hände der Patienten und Ärzte zu legen und ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre Entscheidungen im Lichte der konkreten medizinischen und psychischen Situation des Patienten in Eigenverantwortung gemeinsam zu treffen“¹³⁰, auch und gerade nicht „in den Fällen einer unheilbaren, mit hohem Leidensdruck verbundenen Erkrankung“¹³¹, bei denen die Klarheit und Unabhängigkeit der Entscheidung des Suizidenten besonders zweifelhaft ist.

Der Gesetzentwurf stellt zwar einige objektive Anforderungen an die Gestattung ärztlicher Suizidassistentz. Insbesondere muss der Patient an einer unheilbaren Krankheit leiden, die unumkehrbar zum Tod führt (§ 1921a Abs. 1 BGB-E). Es

¹²⁵ BVerfGE 33, 125, 160.

¹²⁶ So stützt sich beispielsweise das Verbot des § 16 S. 3 der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte vom 14.11.1998 (MBI. NRW. 1999 S. 350) in der Fassung vom 10.11.2012 (MBI. NRW. 2013, S. 90) auf § 32 Abs. 2 i.V.m. § 29 des Heilberufsgesetzes NRW vom 9. Mai 2000 (GVBl. NRW 2000, S. 403).

¹²⁷ DÄBl. 2011, A 346.

¹²⁸ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, A. Allgemeiner Teil, II., S. 10.

¹²⁹ Vgl. dazu auch R. Müller-Terpitz, HStR, VII, ³2009, § 147 Rn. 103. Siehe auch EGMR, Case of Pretty v. The United Kingdom, Application no. 2346/02, Judgment, 29 April 2002, §§ 71, 74: “Nonetheless, the Court finds [...], that States are entitled to regulate through the operation of the general criminal law activities which are detrimental to the life and safety of other individuals”.

¹³⁰ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, A. Allgemeiner Teil, II., S. 10.

¹³¹ Ebd.

soll jedoch letztlich „entsprechend dem Grundsatz der Patientenautonomie [...] dem betroffenen Patienten im Rahmen dessen, zu dem der Arzt bereit ist zu helfen, die Letztentscheidung obliegen“.¹³² Das weckt Zweifel daran, ob es sich wirklich um „klar definierte Voraussetzungen“¹³³ handelt oder die Suizidassistenz nicht letztlich einfach der vom Arzt nicht widersprochenen Selbsteinschätzung des Patienten, dem subjektiv empfundenen, übermäßigen Leidensdruck überlassen bleibt, sofern diese nur in dem objektiven Befund einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung eine tatsächliche Grundlage findet.

Einerseits soll die Vorschrift des § 1921a Abs. 2 BGB-E „von dem Gedanken getragen [sein], dass eine ärztliche Suizidassistenz nach dem Ultima-Ratio-Prinzip stets nur dann erfolgen soll, wenn alternative palliative Behandlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten nicht mehr infrage kommen“.¹³⁴ Andererseits soll auch ausreichen, die Erkrankung von ihm ungeachtet einer möglichen Schmerzbehandlung als so unerträglich erachtet wird, dass sich ihm eine Fortsetzung seines Lebens als menschenunwürdig darstellt“.¹³⁵

Die Frage, wie der Arzt verlässlich feststellen soll, dass der vom Patienten geäußerte Wunsch Ausdruck seines freien, unmanipulierten Willens und insofern „ernsthaft und endgültig“ (§ 1921a Abs. 2 BGB-E) ist, beantwortet der Gesetzentwurf nicht. Allein die Tatsache, dass der Patient, wie von § 1921a Abs. 2 BGB-E gefordert, einen ausdrücklichen Wunsch nach Suizidhilfe bekundet hat, garantiert für sich genommen offensichtlich noch nicht hinreichend, „dass der Wunsch, sein Leben zu beenden, vom Patienten eigenständig gebildet und nicht durch den Arzt oder anderes medizinisches Personal hervorgerufen wird“.¹³⁶

Die Begründung des Gesetzentwurfs geht schlicht und einfach davon aus, dass „das zwischen einem unheilbar erkrankten Menschen und dem ihn in der Regel über einen langen Zeitraum hinweg behandelnden Arzt bestehende Vertrauensverhältnis [...] den geeigneten Rahmen zur Erörterung von das Sterben betreffenden Fragen [bildet]“.¹³⁷ Das ärztliche Fachwissen bezieht sich aber nicht auf

¹³² BT-Drucks. 18/5374, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs), Zu Nummer 2 (Abschnitt 4 – Selbstbestimmung des Patienten, § 1921a – Ärztlich begleitete Lebensbeendigung, Zu Absatz 2, S. 13.

¹³³ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, A. Allgemeiner Teil, II., S. 10.

¹³⁴ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs), Zu Nummer 2 (Abschnitt 4 – Selbstbestimmung des Patienten, § 1921a – Ärztlich begleitete Lebensbeendigung, Zu Absatz 2, S. 13.

¹³⁵ Ebd. Nach einer an anderer Stelle gegebenen Begründung (BT-Drucks. 18/5374, Begründung, A. Allgemeiner Teil, II., S. 10 soll offenbar sogar eine sich aus dem Gefühl, „einer aufgrund des eingetretenen Versagens wesentlicher körperlicher Funktionen notwendigen Betreuung gleichsam ausgeliefert zu sein“, sich ergebende subjektiv unzumutbare psychischen Belastung für einen assistenzfähigen Suizid genügen.

¹³⁶ So aber BT-Drucks. 18/5374, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs), Zu Nummer 2 (Abschnitt 4 – Selbstbestimmung des Patienten, § 1921a – Ärztlich begleitete Lebensbeendigung, Zu Absatz 2, S. 12.

¹³⁷ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, A. Allgemeiner Teil, II., S. 10.

mögliche äußere Einflüsse der Willensbildung beim Patienten, sondern nur auf den pathologischen oder nichtpathologischen Geisteszustand des Patienten.¹³⁸

Außerdem wird gesetzlich gar nicht vorgeschrieben, dass der Arzt, der Suizidassistenten gemäß § 1921a Abs. 2 leistet, tatsächlich in einem solchen, langjährigen Vertrauensverhältnis zum Suizidenten stehen muss, ebensowenig, dass der zwecks Wahrung eines Vier-Augen-Prinzips hinzuziehende zweite Arzt in keinem engen beruflichen Verhältnis zu dem Arzt stehen darf, an den sich das Verlangen nach Suizidhilfe richtet. Damit ist aber nicht hinreichend gewährleistet, dass der zweite Arzt tatsächlich eine echte Kontrollinstanz ist. Das wird der Bedeutung des verfassungsrechtlichen gebotenen ausreichenden Lebens- und Autonomieschutzes nicht gerecht. Allein das Ziel, „die Anforderungen an die Durchführung einer Suizidassistenten so gering zu halten, dass ein übermäßig bürokratisches Verfahren vermieden wird, das den bereits durch seine schwere Erkrankung erheblich belasteten Patienten auf unzumutbare Weise noch weiter belasten würde“¹³⁹, rechtfertigt nicht den Verzicht auf Schutzmaßnahmen, die bei einer solchen irreversiblen Entscheidung über Leben und Tod verfassungsrechtlich angezeigt sind.

Indem der Gesetzentwurf die Voraussetzungen ärztlicher Suizidassistenten regelt, schränkt er die Möglichkeit der Inanspruchnahme von nichtärztlichen Sterbehelfern und Sterbeorganisationen angebotener Suizidhilfe nicht ein. Es kann daher entgegen der Begründung des Gesetzentwurfs keine Rede davon sein, dass „die Vorschrift [...] die Durchführung der Suizidassistenten und der ihr vorgelagerten Beratung ausdrücklich auf Ärzte [beschränkt; Hervorhebung von C.H.]“¹⁴⁰. Nichts hindert Suizidwillige nach dem Gesetzentwurf daran, sich von anderen als Ärzten bei der Selbsttötung helfen zu lassen. „Andere als die geregelten Fälle ärztlichen assistierten Suizids werden durch den neuen BGB-Paragraphen aber auch nicht verboten. [...] Die organisierte Tätigkeit von Sterbehilfevereinen ist für die Autoren des § 1921a BGB [...] offenbar kein Problem: hier regeln sie, anders als alle anderen Gesetzesautoren, nichts.“¹⁴¹ Dass damit die an die ärztliche Suizidassistenten gestellten Anforderungen leicht unterlaufen werden können, liegt auf der Hand. Damit tritt ein nicht hinnehmbares Schutzdefizit auf.

¹³⁸ Die Begründung des Gesetzentwurfs geht über diese notwendige Differenzierung hinweg; siehe BT-Drucks. 18/5374, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs), Zu Nummer 2 (Abschnitt 4 – Selbstbestimmung des Patienten, § 1921a – Ärztlich begleitete Lebensbeendigung), Zu Absatz 1, S. 12: „Ärzte verfügen über das notwendige fachliche Wissen, um zu beurteilen, ob der Wunsch zu sterben bei suizidgeneigten Patienten auf einer Depression oder anderen psychischen Erkrankungen beruht, die anderweitig behandelt werden können. *Damit können vom Patienten nicht wirklich gewollte Suizide vermieden werden* (Hervorhebung von C.H.).“

¹³⁹ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs), Zu Nummer 2 (Abschnitt 4 – Selbstbestimmung des Patienten, § 1921a – Ärztlich begleitete Lebensbeendigung, S. 11.

¹⁴⁰ BT-Drucks. 18/5374, Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs), Zu Nummer 2 (Abschnitt 4 – Selbstbestimmung des Patienten, § 1921a – Ärztlich begleitete Lebensbeendigung, Zu Absatz 1, S. 11

¹⁴¹ O. Tolmein, Ein Patientenrechtchen auf ärztlich assistierten Suizid: Hintze/Reimann/Lauterbach üben Medizinrecht, abrufbar unter: <http://biopolitikblog.de/280/ein-patientenrechtchen-auf-aerztlich-assistierten-suizid-hintzereimannlauterbach-ueben-medizinrecht/>.

Suizidassistenten mag aus psychologischen Gründen wegen einer höheren Hemmschwelle weniger häufig in Anspruch genommen werden als eine eingeräumte Möglichkeit, sich auf Verlangen töten zu lassen. Die Behauptung, eine ausdrückliche Gestattung der ärztlichen Suizidassistenten könne „suizidpräventiv wirken“¹⁴², ist gleichwohl, zumal bezogen auf Deutschland, wo die Tötung auf Verlangen strafbewehrt verboten ist (§ 216 StGB), abwegig. Hier werden dadurch vielmehr neue Optionen der Suizidhilfe eröffnet.

Wie Suizidhilfe durch den Arzt geleistet werden soll, obliegt gemäß § 1921a Abs. 4 BGB-E der Entscheidung des Patienten über die Art der Lebensbeendigung. Das ändert indes nichts daran, dass der Arzt für den Zweck seiner Hilfeleistung Zugriff auf zur raschen und möglichst schmerzfreien Todesbewirkung besonders geeignet erscheinende Substanzen haben muss, die gegenwärtig als nicht verkehrs- und nicht verschreibungsfähig gelten. Die damit nach der Logik der Regelung wohl zwingend notwendige Änderung des Arzneimittel- und Betäubungsmittelrechts blendet der Gesetzentwurf indes aus.

Gleiches gilt für die sozialrechtlichen Folgen (s.o., unter II., S. 29).

C. Zusammenfassung

1. Für die Realisierung seines Selbsttötungswunsches kann sich der Einzelne nicht auf das Grundrecht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) und nicht auf die Garantie der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG), wohl aber auf seine allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) berufen. Die Inanspruchnahme dieser grundrechtlichen Freiheit setzt allerdings Selbstbestimmungsfähigkeit voraus. An die Freiwilligkeit sind mit Blick auf die Irreversibilität einer Selbsttötung hohe Anforderungen zu stellen. Daran fehlt es jedenfalls bei ganz erheblicher Beeinträchtigung der Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit, also dann, wenn der Kranke entweder die Tragweite seiner Entscheidungen nicht mehr zu erkennen vermag oder aber infolge der Krankheit sein Verhalten nicht mehr gemäß seiner Erkenntnis zu steuern vermag und deshalb für sein Tun, wenn es sich gegen andere richtete, nicht verantwortlich gemacht werden könnte.

Aber auch wenn eine im grundrechtlichen Sinne noch „freie“, d.h. dem Grundrechtsträger als „seine“ zurechenbare Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens vorliegt, sich der Suizident „diesseits einer Störung im Sinne des §§ 20, 21 StGB“ befindet, kann ein Schutz des Menschen vor sich selbst angezeigt sein. Solange nicht ausgeschlossen werden kann, dass der Entschluss zur Selbsttötung, auch wenn er nicht schon an sich krankhaft ist, doch auf einer die innere Freiheit des Sterbewilligen erheblich einschränkenden Krankheit, namentlich einer Depression, beruht, ist der Staat zur Ergreifung lebensrettender Maßnahmen nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet.

Die Entscheidung für den Suizid ist nur dann staatlicherseits als Akt zu achtender, individueller Selbstbestimmung unbedingt hinzunehmen, wenn sie nicht auf einer krankhaften Störung wie einer Depression oder depressiven Verstimmung

¹⁴² BT-Drucks. 18/5374, Begründung, A. Allgemeiner Teil, I., S. 9.

beruht *und wenn sie nicht durch fremde äußere Einflüsse maßgeblich bestimmt worden ist*. Es muss rechtssicher ausgeschlossen sein, dass der Suizident Einflüsterungen Dritter erliegt, die ihn zum Suizid motivieren oder ihn dazu sogar drängen. Zweifel am Fehlen äußerer Einflüsse berechtigen, ja verpflichten den Staat zur Intervention.

2. Die Suizidhilfe ist schon im Ausgangspunkt anders zu bewerten: Die Beteiligung Dritter am tödlichen Geschehen verändert die verfassungsrechtliche Rechtslage. Dann geht es nicht mehr nur um den Schutz individuellen menschlichen Lebens vor zerstörerischen Einwirkungen des Rechtsgutträgers selbst, sondern auch um dessen Schutz vor Handlungen Dritter. Das gilt aus verfassungsrechtlicher Perspektive nicht nur für den Fall einer Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), sondern auch bei der gegenwärtig straflosen Anstiftung oder Beihilfe zur Selbsttötung. Auch der Gehilfe wirkt an der Zerstörung des Lebens eines – aus seiner Sicht – anderen mit, auch wenn sein Tatbeitrag geringeres Gewicht hat als die auf Wunsch des Getöteten erfolgte täterschaftliche Fremdtötung. Dass auch die „bloße“ Teilnahme an der Selbsttötung einem täterschaftlichen Angriff auf das für den Teilnehmer fremde Leben in seiner Bedeutung gleichkommen kann, macht der Fall der Anstiftung deutlich: Wer einen anderen, noch nicht, jedenfalls nicht endgültig zur Selbsttötung entschlossenen Menschen zu diesem Schritt verleitet, den tödlichen Entschluss in ihm erst hervorruft, ist für den anschließenden Tod dieses Menschen nicht weniger verantwortlich, als derjenige, der auf Verlangen tötet.

Wer Suizidhilfe leisten will, kann sich dafür *prima facie* auf seine grundrechtliche Freiheit berufen. Je nach Konstellation kommt die Berufung auf die Art. 6 Abs. 1, 9 Abs. 1, 12 Abs. 1 S. 2 und subsidiär auf Art. 2 Abs. 1 GG in Betracht. Dagegen scheidet – auch für ärztlich geleistete Suizidbeihilfe – eine Berufung auf die Gewissensfreiheit aus.

Mit dem Wunsch nach Hilfeleistung bei einer geplanten Selbsttötung verlässt der Betroffene die Sphäre des rein Privaten und macht seinen Sterbenswunsch auch zu einem Anliegen Dritter. Bei einem solchen in die gesellschaftliche Sphäre hineinwirkenden Geschehen hat die staatliche Gemeinschaft das Recht, (zivil-, straf- oder ordnungsrechtlich) regelnd einzugreifen und ggfls. auch das Erbetene zu untersagen.

Als legitimer Grund, der prinzipiell eine Einschränkung oder ein (strafbewehrtes) Verbot der Suizidbeihilfe rechtfertigen kann, kommt insbesondere der Schutz der freien Willensbestimmung des potenziellen Suizidenten in Betracht, akzessorisch dazu auch der Schutz des Lebensrechts des Suizidenten. Der Sterbende darf, ja muss vor dem (wirklichen oder auch nur gefühlten) Druck seiner Umgebung in Richtung Suizid effektiv geschützt werden, wenn von einer wirklichen freien, als Selbstbestimmung zu achtenden individuellen Entscheidung die Rede sein soll. Die Gefahr einer Verfälschung des wirklichen Willens des Sterbenden ist als hoch einzuschätzen. Ob Missbrauch, d.h. verkappte Fremdbestimmung, wirklich auch auf andere Weise, durch inhaltliche und prozedurale Vorkehrungen, gleich effektiv abgewehrt bzw. ausgeschlossen werden könn-

te, ist sehr zweifelhaft. Verneint der Gesetzgeber, dem insoweit eine Einschätzungsprärogative zukommt, diese Frage und ordnet er ein (umfassendes) Verbot an, bewegt er sich jedenfalls im Rahmen dessen, was verfassungsrechtlich vertretbar ist.

Eine Einschränkung oder ein Verbot der Suizidhilfe lässt sich auch mit der staatlicherseits zu gewährleistenden allgemeinen Achtung vor dem Leben begründen, die durch die Suizidhilfe einer abstrakten Gefährdung ausgesetzt wird. Zudem liegt in der Suizidbeihilfe eine Missachtung des in der Menschenwürde gründenden Eigenwerts jedes menschlichen Lebens ungeachtet der Selbsteinschätzung dieses Lebens durch den Rechtsgutsträger selbst.

Aus allen diesen Gründen ist der Gesetzgeber berechtigt, die Suizidbeihilfe (auch umfassend) zu verbieten. Ein Verbot der Suizidbeihilfe kann ungeachtet des ultima-ratio-Prinzips auch strafbewehrt sein. Sofern eine Verbotsnorm ohne Strafandrohung als unbeachtlich angesehen würde und daher voraussehbar keine verhaltenssteuernde Wirkung zu erzielen vermag, kann eine Strafandrohung verfassungsrechtlich sogar notwendig sein.

3. Die mit dem **Gesetzentwurf Brand/Griese u.a., BT-Drucks. 18/5373**, vorgeschlagene Pönalisierung geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe, bei der diese wiederholt geleistet und zum Gegenstand einer Beschäftigung gemacht wird, ist angezeigt und verfassungs- sowie europarechtlich zulässig.

Zumindest rechtspolitisch zweifelhaft, wenn nicht sogar gleichheitsrechtlich problematisch erscheint dagegen die Beschränkung der Strafbarkeit auf die Fälle organisierter, wiederholter Sterbehilfe. Es bestehen auch im engeren familiären Umfeld des Sterbenskranken nicht selten Abhängigkeiten und Erwartungshaltungen, die die stets prekäre freiverantwortliche Entscheidung am Lebensende strukturell gefährden. Gerade auch gegenüber Angehörigen kann – durch deren explizites oder konkludentes Verhalten ausgelöst – bei Sterbenskranken das Gefühl beherrschend werden, anderen nicht länger zur Last fallen zu wollen. Suizidbeihilfe durch Ehegatten oder Familienangehörige kann nicht nur Ausdruck von Mitleid mit dem vermeintlich Suizidwilligen sein, sondern auch von (zwar verständlichem, aber rechtlich nicht tragfähigem) Selbstmitleid aufgrund der mit dem Umgang und/oder mit der Pflege des Sterbenden verbundenen eigenen physischen wie psychischen Belastungen des Suizidhelfers. Die Strafwürdigkeit geschäftsmäßiger Suizidassistenz als „institutionalisierter Förderung der Selbsttötung“ gründet letztlich in der Sache selbst, nicht in besonderen Begleitumständen dieser makabren „Dienstleistung“. Sie können nicht strafbarkeitsbegründend, sondern nur strafverschärfend wirken.

4. Anders als die übrigen Gesetzentwürfe sieht der **Gesetzentwurf Hintze/Dr. Reimann u.a., BT-Drucks. 18/5374** „von strafrechtlichen Einschränkungen zugunsten einer ausdrücklichen zivilrechtlichen Gestattung der ärztlichen Suizidhilfe unter bestimmten Voraussetzungen ab“.

Nach dem objektiven Regelungsgehalt des Gesetzentwurfs wie nach der subjektiver Regelungsabsicht seiner Initianten behandelt der vorgesehene § 1921a BGB-E nicht wirklich die Rechte des Patienten im Zusammenhang mit der Lebensbeendigung, sondern die der Ärzte. Das Regelungsziel besteht darin, – unter Außerkraftsetzung des in zehn von 17 Ärztekammerbezirken durch das Kammerrecht angeordneten ausnahmslosen Verbots der ärztlichen Suizidbeihilfe – „Ärzten im Rahmen ihrer Berufsausübungsfreiheit und in Ausübung ihrer Gewissensfreiheit die Durchführung einer Suizidassistenz in den Fällen zu ermöglichen, in denen ein Patient an einer unheilbaren und unumkehrbar zum Tode führenden Erkrankung leidet“. Für eine solche, das ärztliche Berufs(ausübungs)recht betreffende Regelung fehlt es dem Bund bereits an der Gesetzgebungskompetenz.

Indem der Gesetzentwurf die Voraussetzungen ärztlicher Suizidassistenz regelt, schränkt er die Möglichkeit der Inanspruchnahme von nichtärztlichen Sterbehelfern und Sterbeorganisationen angebotener Suizidhilfe nicht ein. Nichts hindert Suizidwillige nach dem Gesetzentwurf daran, sich von anderen als Ärzten bei der Selbsttötung helfen zu lassen, für die die hier aufgestellten Anforderungen an ärztliche Suizidhilfe nicht gelten. Diese können daher leicht unterlaufen werden.

Die Gestattung ärztlicher Suizidassistenz führt zu betäubungsmittelrechtlichen und sozialrechtlichen Folgefragen, die der Gesetzentwurf ausblendet.

5. Der **Gesetzentwurf Künast/Dr. Sitte u.a., BT-Drucks. 18/5375** ist ebenfalls schon in formeller Hinsicht teilweise verfassungswidrig. Dem Bund fehlt jedenfalls für die vorgesehene Regelung des § 6 Abs. 2 des Entwurfs eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung („Die Hilfe zur Selbsttötung kann eine ärztliche Aufgabe sein und darf Ärzten nicht untersagt werden. Dem entgegenstehende berufsständische Regelungen sind unwirksam.“) die erforderliche Gesetzgebungskompetenz. Gleiches gilt für die vorgesehenen Regelungen über die Beratungs- und Dokumentationspflicht bei organisierter oder geschäftsmäßiger Hilfe zur Selbsttötung (§ 3 Abs. 3, § 7 Abs. 3 u. 4 und § 8) sowie die Pflicht zur Vergewisserung über die Freiwilligkeit, Selbstbestimmtheit und Nachhaltigkeit des Wunsches zur Hilfe bei der Selbsttötung (§ 3 Abs. 2). Es handelt sich hierbei gleichfalls um Regelungen des Berufs(-ausübungs-)rechts, die in die Zuständigkeit der Länder fallen.

Nur die gewerbsmäßige Hilfe zur bzw. Förderung der Selbsttötung strafbewehrt zu verbieten, greift in der Sache zu kurz und wirft zudem gleichheitsrechtliche Probleme auf. Um für möglich gehaltenen Missbrauchsgefahren von in organisierter oder geschäftsmäßiger Form angebotener und geleisteter Suizidhilfe zu begegnen, will der Gesetzentwurf „hohe Bedingungen an Beratung und Dokumentation“ aufstellen. Es bestehen aber durchgreifende Zweifel daran, dass auf der vom Gesetzentwurf vorgesehenen Weise, nämlich durch eine gesetzlich näher ausgestaltete Organisation der Hilfe zur Selbsttötung, der verfassungsrechtlich gebotene Autonomie- und Lebensschutz ausreichend gewährleistet werden kann. Es liegt die Annahme nicht fern, dass das vorgesehene Verfahren der Be-

ratung in seiner Leistungsfähigkeit überschätzt wird und hier ebenso wie beim Schwangerschaftsabbruch in der Praxis dem Anspruch der Ergebnisoffenheit nicht genügen können, sondern lediglich zu einer zwar lästigen, aber der Umsetzung des Selbsttötungswunsches nicht wirklich hinderlichen Formalie werden wird.

Die nach dem Gesetzentwurf vorgesehene Gestattung der Suizidassistentz unter bestimmten Rahmenbedingungen löst betäubungsmittelrechtliche und sozialrechtliche Folgefragen aus, die der Gesetzentwurf nicht beantwortet.

6. Der **Gesetzentwurf Dr. Sensburg/Dörflinger u.a., BT-Drucks. 18/5376** sieht ein ausnahmsloses strafbewehrtes Verbot der Teilnahme an einer Selbsttötung (Anstiftung oder Beihilfe) sowie des Versuchs der Teilnahme vor (§ 217 Abs. 1 u. 2 StGB-E).

Ein solches umfassendes strafbewehrtes Verbot der Anstiftung und Beihilfe zum Suizid, mit dem die Rechtsordnung gegen die Selbsteinschätzung des Lebensmüden um der Menschenwürde willen daran festhält, dass das Leben unter allen Umständen ein erhaltenswertes Gut darstellt, ist verfassungskonform, insbesondere auch nicht unangemessen. § 217 StGB-E ergänzt sinnvoll den strafrechtlichen Schutz durch § 216 StGB, der unzureichend ist, weil die Abgrenzung zwischen Fremdtötung (auf Verlangen) und bloßer Mitwirkung am Suizid prekär ist und die Grenzen in der Praxis verschwimmen, der kategoriale Unterschied, den insoweit das geltende Strafrecht macht, aber jedenfalls verfassungsrechtlich nur ein gradueller ist. In dieser Lage verliert die binäre Differenzierung zwischen Eigen- und Fremdtötung für das Verfassungsrecht einen erheblichen Teil ihrer Überzeugungskraft.

In den Grenzfällen, in denen eine Unterstützungshandlung in einer dem Selbstmörder und dem Gehilfen gleichermaßen ausweglos erscheinenden Situation getätigt wird und die Verhängung einer Kriminalstrafe keine adäquate Sanktion darstellt, bieten das allgemeine Straf- und Strafprozessrecht hinreichende Möglichkeiten, von Strafverfolgung und Strafe abzusehen.



Prof. Dr. Christian Hillgruber

Bonn, den 14.09.2015

Prof. Dr. Dr.h.c. Wolfgang Huber

Schriftliche Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für
Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestags

zu den Gesetzentwürfen zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen
Förderung der Selbsttötung / zur Regelung der ärztlich begleiteten
Lebensbeendigung / über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung
/ über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung

am 23. September 2015

1. Die Debatte über die derzeit dem Bundestag vorliegenden
Gesetzentwürfe gehört in einen weiteren Zusammenhang. Das
Verlangen nach ärztlicher Suizidassistenz entsteht vorrangig aus
der Furcht, dass die Möglichkeiten der modernen Medizin in einer
Weise eingesetzt werden, in welcher der Übergang von der
therapeutischen Bemühung um die Erhaltung des Lebens zur
Begleitung im Sterben nicht zur rechten Zeit erfolgt. Vorrangig ist
deshalb, dass therapeutisches Handeln sich auf das medizinisch
Indizierte konzentriert und dass eine angemessene palliative
Begleitung für alle erreichbar ist, die eine solche Begleitung
benötigen. Nötig ist ebenso eine angemessene und ausreichende
pflegerische Betreuung von alten Menschen, die fürchten, einsam
und unzureichend versorgt zu sein. Wo keine therapeutischen
Möglichkeiten mehr bestehen, heißt die vorrangige Konsequenz,

von der Fortsetzung kurativer Maßnahmen abzusehen, medizinisch und pflegerisch alle gebotenen palliativen Maßnahmen zu ergreifen und Kranke, wenn es so weit ist, im Sterben zu begleiten. Das Vertrauen, dass dieser Übergang zur rechten Zeit vollzogen wird, und die Gewissheit, dass gute palliative Sterbebegleitung für jeden Betroffenen erreichbar ist, sind die wichtigsten Antworten auf die gegenwärtige Suiziddebatte.

2. Zu denjenigen Fällen, in denen trotz angemessener palliativer Versorgung Menschen unter so schweren Schmerzen und auswegloser Verzweiflung leiden, dass sie aus diesem Grund ärztliche Unterstützung bei der Selbsttötung verlangen, müssen sich Ärztinnen und Ärzte in persönlicher Verantwortung gemäß ihrem Gewissen verhalten. Der ärztliche Beistand für einen Sterbenskranken mag in größter Not auch dahin führen, dass in freier Gewissensentscheidung, zu der das Bewusstsein der Schuldübernahme stets dazugehört, dem Wunsch des Kranken um Beihilfe bei der Selbsttötung stattgegeben wird. Doch aus dieser Grenzsituation – wie im Gesetzentwurf Hintze / Reimann / Lauterbach / Lischka – den einzigen Fall zu machen, in welchem die Selbstbestimmung des Patienten einer Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch bedarf, verschiebt die Proportionen in verhängnisvoller Weise. Es entsteht der Anschein, die Inanspruchnahme ärztlicher Assistenz bei der Beendigung des Lebens sei der entscheidende Fall für die Selbstbestimmung des Patienten. Der Gesetzgeber hat es dabei zu belassen, dass Beihilfe zum Suizid nicht unter Strafe steht; das gilt auch für Ärztinnen und Ärzte. Der Gesetzgeber hat dagegen nicht die Aufgabe,

standesrechtliche Regelungen durch staatliche Intervention außer Kraft zu setzen. Er muss Raum für persönlich verantwortete Gewissensentscheidungen lassen. Doch dieser Raum kann nicht dadurch geschaffen werden, dass die ärztliche Suizidassistenz zu einem rechtlich geregelten und anerkannten Teil ärztlichen Handelns wird. Aus der gewissensbestimmten Ausnahme eine in der Selbstbestimmung des Patienten begründete Normalität im ärztlichen Handlungsrepertoire zu machen, ist der falsche Weg. In die selbstbestimmten Entscheidungen der Patienten bringen Ärzte die Möglichkeiten der Hilfe ein, die diesseits der Selbsttötung liegen. Es muss ihnen verwehrt sein, die Suizidassistenz als eine ärztliche Handlungsmöglichkeit neben anderen anzubieten.

3. Da in dem Gesetzentwurf Hintze / Reimann / Lauterbach / Lischka die Selbstbestimmung des Patienten den ausschlaggebenden Bezugspunkt bildet, ist ausdrücklich auf den Diskussionsstand der medizinischen Ethik zu diesem Thema zu verweisen. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich ein weitgehender Konsens über vier Prinzipien herausgebildet, die für die medizinische Ethik zentrale Bedeutung haben: Autonomierespekt, Nicht-Schädigung, Wohltun und Gerechtigkeit. Aus diesen vier Kriterien nur ein einziges, den Respekt vor der Selbstbestimmung des Menschen, herauszuheben und darüber die anderen zu vernachlässigen, ist medizinethisch nicht zu vertreten. So findet beispielsweise der Respekt vor dem autonomen Wunsch eines Patienten stets an der Pflicht zur Nicht-Schädigung eine Grenze. Deshalb kann ein ärztliches Handeln, das medizinisch nicht indiziert ist, auch nicht mit dem Verweis auf die Selbstbestimmung

des Patienten verpflichtend gemacht werden. Vor selbstschädigendem Handeln müssen Ärztinnen und Ärzte Patienten auch dann zu bewahren suchen, wenn diese darin einen Ausdruck ihrer Selbstbestimmung sehen.

4. In der deutschen Debatte wird geltend gemacht, beim „selbstbestimmten Sterben“ könne es allein um den freiverantwortlichen Suizid, gegebenenfalls mit ärztlicher Assistenz, gehen. Wieder und wieder wird hervorgehoben, die Tötung auf Verlangen solle strafrechtlich verboten bleiben. Doch mit welchem Recht will man die „Tötung auf Verlangen“ aus den Handlungsweisen ausschließen, die unter Berufung auf „selbstbestimmtes Sterben“ zuzulassen sind? Dass das strafrechtliche Verbot in der Schweiz oder im US-amerikanischen Bundesstaat Oregon noch besteht, ist kaum eine zureichende Antwort auf diese Frage. Weiter führt der Blick auf Länder, in denen mit dem assistierten Suizid auch die Tötung auf Verlangen zugelassen wurde. In den Niederlanden beispielsweise wird dreimal so häufig die Tötung auf Verlangen praktiziert als der assistierte Suizid. Die Folgerung ist plausibel, dass Patientinnen und Patienten, die zwischen beiden Möglichkeiten wählen können, unter Berufung auf ihre Selbstbestimmung mit höherer Wahrscheinlichkeit die Fremdtötung auf Verlangen wählen als die Selbsttötung unter ärztlicher Assistenz. Man braucht andere Kriterien als nur dasjenige der Selbstbestimmung, wenn man die These verfechten will, dass es nur um den ärztlich assistierten Suizid, nicht aber (in einem nächsten Schritt) um die Tötung auf Verlangen geht. Andernfalls ist eine Entwicklung, in der zu einem späteren Zeitpunkt unter Berufung

auf das „selbstbestimmte Sterben“ eine Umsetzung des niederländischen Modells gefordert wird, durchaus vorstellbar. Wenn man einer solchen Entwicklung nicht die Bahn ebnen will, muss man die Verantwortung für das Leben und die ärztliche Pflicht, niemandem zu schaden, als eigenständige Aspekte in den Blick nehmen. Wo dagegen „selbstbestimmtes Sterben“ das einzige Kriterium ist, wird mit der Suizidassistenz zugleich die Tür zur Tötung auf Verlangen geöffnet.

5. In aller Regel besteht ein deutlicher Unterschied zwischen einem Handeln, das die Suizidhilfe zu einem Geschäftsfeld macht, und einem ärztlichen Handeln, das in persönlicher Verbindung zu einem Patienten und auf Grund langer und intensiver Begleitung in der konkreten, sich über längere Zeit abzeichnenden Situation dem Wunsch Raum gibt, dass der Tod in aussichtsloser Lage nicht nur durch Zulassen, sondern durch aktives eigenes Handeln des Patienten eintritt, gegebenenfalls unter ärztlichem Beistand. Ein solches gewissenbestimmtes Handeln der Ärztin oder des Arztes im Einzelfall unter Strafe zu stellen, wäre ebenso ein Eingriff in das ärztliche Ethos wie die rechtliche Anerkennung eines allgemeinen Anspruchs auf ärztliche Suizidhilfe. Das Eine wie das Andere geht über die Abwägung, die Ärztinnen und Ärzte zwischen spannungsvoll zueinander stehenden medizinethischen Prinzipien treffen müssen, hinaus. Ein genereller Anspruch auf ärztliche Suizidhilfe setzt wichtige Grundsätze des ärztlichen Ethos ebenso außer Kraft wie das Verbot einer gewissenhaften Abwägung, die sich aus der Teilnahme an der Lebensgeschichte eines Patienten und aus dem intensiven Gespräch mit ihm ergibt. Es ist schwer zu

begründen, dass eine Handlungsweise, die an sich straffrei ist, dann generell bestraft werden soll, wenn sie von Ärztinnen und Ärzten ausgeübt wird. Wenn deshalb – wie im Gesetzentwurf Sensburg / Dörflinger / Beyer / Hüppe – die Anstiftung zur Selbsttötung oder die Hilfe dabei generell unter Strafe gestellt wird, dann wird aus Anlass der Debatte über den ärztlich assistierten Suizid ein allgemeiner Straftatbestand eingeführt, der in voraussehbarer Weise schwere Gewissenskonflikte verschärfen statt respektieren wird. Die Einführung eines solchen Straftatbestands geht aber auch über diejenigen Gewissensentscheidungen hinweg, in denen Ärztinnen und Ärzte angesichts eines konkreten Einzelfalls dem Respekt vor dem dringlichen, in seiner Lebenssituation begründeten Sterbewillen eines Patienten Rechnung tragen.

6. Der Gesetzentwurf Künast / Sitte / Gehring / Amtsberg über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung bindet diese Straffreiheit an die Voraussetzung, dass der Wunsch zur Selbsttötung „freiverantwortlich“ gefasst und geäußert worden ist. Er stellt zudem die gewerbsmäßige Hilfe zur Selbsttötung unter Strafe.

Die Berufung auf einen „freiverantwortlichen“ Wunsch zur Selbsttötung stützt sich auf eine grundsätzliche Trennung zwischen dem Suizidwunsch bei psychischer Krankheit und dem Suizidwunsch bei physischer, in überschaubarer Frist zum Tode führender Krankheit. Im ersten Fall dürfen nach einer verbreiteten Einschätzung jedenfalls Ärztinnen und Ärzte dem Suizidwunsch unter keinen Umständen entsprechen, im zweiten Fall dagegen gilt es, diesen Wunsch zu respektieren. Die Unterscheidung der beiden Fallkonstellationen ist idealtypisch wichtig und weitet den Blick für

die unterschiedlichen Lebenssituationen, in denen Menschen suizidale Gedanken entwickeln. Die Anwendung auf den Einzelfall ist jedoch keinesfalls so einfach, wie es in der öffentlichen Debatte und auch in diesem Gesetzentwurf erscheint. Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass nicht nur psychische, sondern auch schwere physische Erkrankungen psychische Wirkungen auslösen. Die Verzweiflung, die beispielsweise aus dem Verlust der Kontrolle über die Körperfunktionen entstehen kann, ist ein psychischer Zustand, auf den man anders reagieren sollte, als einfach dem Todeswunsch des Verzweifelten nachzugeben. Im Vordergrund muss vielmehr in jedem Fall die konkrete Situation des leidenden Menschen stehen. In jedem dieser Fälle muss sich die ärztliche Entscheidung an der Pflicht orientieren, nicht zu schaden.

Problematisch ist auch die Trennung „gewerbsmäßiger“ Hilfe zur Selbsttötung von deren „organisierter oder geschäftsmäßiger“ Form. Diese Trennung erscheint schon deshalb als problematisch, weil die „organisierte oder geschäftsmäßige“ Form der Suizidhilfe ohne Zweifel deren „gewerbsmäßige“ Form einschließt. Vermutlich ist vorausgesetzt, dass es neben gewerbsmäßigen Angeboten auch vereinsmäßig oder gemeinnützig organisierte Angebote dieser Art geben kann. Doch im Blick auf die Auswirkungen ist dieser Unterschied sekundär. Es kommt nicht darauf an, ob die Förderung der Selbsttötung mit einer Gewinnerzielungsabsicht verbunden ist, sondern ob sie regelmäßig und somit zu einem solchen Handeln verleitend (wie § 5 des Gesetzentwurfs richtig sagt) angeboten wird. Zudem kann kein Zweifel daran bestehen, dass auch vereinsmäßig oder gemeinnützig organisierte Initiativen dieser Art wirtschaftlich operieren; an den Bilanzen der entsprechenden schweizerischen

Organisationen kann man sich das exemplarisch verdeutlichen. Deshalb erscheint die Trennung zwischen „organisierter oder geschäftsmäßiger“ und „gewerbsmäßiger“ Form nicht sachgemäß zu sein.

8. Der Bundestag sollte sich wieder auf den Ausgangspunkt konzentrieren, der das Gesetzgebungsverfahren in dieser Frage ausgelöst hat. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf ist dadurch entstanden, dass sich Anbieter in Deutschland etablieren, die geschäftsmäßig für Suizidassistenten werben und damit den Suizid fördern. Das hat Auswirkungen, die mit den Erkenntnissen der Suizidforschung unvereinbar sind. Der Suizidwunsch wird nicht mehr als Appell an mitmenschliche Hilfe zum Leben, sondern als Bitte um Hilfe beim Sterben verstanden. Das, was auch im Fall von Suizidwünschen die Ausnahme bleiben muss, wird geschäftsmäßig zum Regelangebot. Deshalb weist der Gesetzentwurf Brand / Griese in die richtige Richtung, wenn er sich das Ziel setzt, das geschäftsmäßige Angebot wie den geschäftsmäßigen Vollzug von Suizidassistenten, sei es durch Ärzte oder andere Personen, zu untersagen und wirksam zu verhindern. Denn das geschäftsmäßige Angebot einer solchen Suizidhilfe enthält ebenso wie ein gesetzlicher Anspruch auf ärztliche Suizidassistenten ein Signal in eine falsche Richtung. Selbstbestimmung schlägt in Fremdbestimmung um. Der Suizid im Fall unheilbarer Krankheit würde zu einem Teil der gesellschaftlichen Normalität. Rechtzeitig Vorsorge dafür zu treffen, dass man an einem geeigneten Ort aufgenommen und von einem dafür spezialisierten Arzt betreut wird, gehörte dann zu den Vorsorgemaßnahmen, die zu treffen sind. Zu

bedenken ist auch: Das geschäftsmäßige Angebot ärztlicher Suizidassistenz enthält einen Anreiz dazu, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Geschäftsmäßig ausgestaltet, wird die Suizidassistenz in die Anreizökonomie eingefügt, die in vielen Bereichen an die Stelle einer Bedarfsökonomie getreten ist. Das Gesundheitswesen ist von diesem Systemwechsel ebenfalls betroffen. Sterbehilfe-Angebote fügen sich in diese Anreizökonomie ein, unabhängig davon, ob sie gewerblich oder anders organisiert sind. Dem darf nicht stattgegeben werden. Sterben und Tod müssen von dem Sog solcher „Incentives“ frei bleiben.

Ein Verbot der geschäftsmäßigen Suizidassistenz ist noch aus einem anderen Grund notwendig. Denn durch sie wächst der Druck, zur Selbsttötung bereit zu sein, wenn die Belastung von Angehörigen durch eine schwere Erkrankung zu groß wird. Die Tür, die im Namen der Selbstbestimmung des Patienten geöffnet wird, führt zu offener oder versteckter Fremdbestimmung. Ein strafrechtlich sanktioniertes Verbot der geschäftsmäßigen Suizidassistenz ist deshalb nicht ein Eingriff in die Selbstbestimmung des Patienten, sondern ein angemessener Schutz vor falschen Anreizen und bedrohlichem Druck. Zu Recht konzentriert sich deshalb der Gesetzentwurf Brand / Griese auf das strafrechtliche Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Deren Strafbarkeit soll dabei unabhängig davon gelten, ob diese Förderung von Ärzten oder anderen Personen betrieben wird.

Der Einwand, geschäftsmäßige Suizidassistenz und ärztliche Hilfe im Einzelfall auf Grund einer Gewissensentscheidung ließen sich nicht klar genug voneinander unterscheiden, erscheint nicht als

überzeugend. Ärztliches Handeln, das in persönlicher Verbindung zu einem Patienten und auf Grund intensiver Begleitung in der konkreten, sich über längere Zeit abzeichnenden Situation dem Wunsch Raum gibt, dass der Tod in aussichtsloser Lage nicht nur durch Zulassen, sondern durch aktives eigenes Handeln des Patienten eintritt, gegebenenfalls unter Beistand eines Arztes, ist von einem allgemeinen, an eine unbestimmte Adressatengruppe gerichteten Angebot klar zu unterscheiden. Eine ärztliche Begleitung, die im äußersten Notfall auch eine Beihilfe zur Selbsttötung nicht ausschließt, unterscheidet sich ebenso klar von einer Vereinbarung, die von vornherein diese Beihilfe zur Selbsttötung zum Gegenstand hat. Die Hilfe in einer konkreten Leidenssituation und die Aufnahme der Suizidassistenz in das normale ärztliche Handlungsrepertoire sollten nicht mit der Begründung gleichgesetzt werden, dass man nur auf diese Weise dem rechtlichen Bestimmtheitsgebot entsprechen könne. Schon die Erfahrungen, die man bisher mit den Angeboten an organisierter Suizidassistenz in Deutschland und in seinen Nachbarländern sammeln konnte, sprechen eine andere Sprache. Die geschäftsmäßige Förderung der Suizidassistenz ist das Problem, das ein gesetzgeberisches Eingreifen notwendig macht.

Anlage: Wolfgang Huber: Hilfe im Sterben, Hilfe zum Sterben, in: FAZ, 3.11.2014

Von dem Abdruck des der schriftlichen Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber als Anlage beigefügten Artikels „Hilfe im Sterben, Hilfe zum Sterben“ (Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 3.11.2014, Seite 6) wurde aus urheberrechtlichen Gründen abgesehen.



Stellungnahme für die öffentliche Anhörung am 23. September 2015 im Ausschuss des Deutschen Bundestages für Recht und Verbraucherschutz

Die folgenden Überlegungen kommen zu einem Ergebnis, das – mit einer modifizierenden Maßgabe – den Gesetzentwurf der Abgeordneten Künast, Sitte, Gehring u.a. (BT-Drs. 18/5375) unterstützt. Das schließt in der Sache die Zustimmung zu dem Grundgedanken des Entwurfs der Abgeordneten Hintze, Reimann, Lauterbach u.a. ein (BT-Drs. 18/5374); anderen Erwägungen dieses Entwurfs vermag ich hingegen nicht zuzustimmen. Die Entwürfe der Abgeordneten Brand, Griese u.a. (BT-Drs. 18/5373) sowie Sensburg, Dörflinger u.a. (BT-Drs. 18/5376) verdienen nach meiner Überzeugung insgesamt keine Zustimmung.

I. Strafrechtliche Grundlagen: Suizid als Unrecht im Rechtssinne?

1. Die Frage nach der Strafwürdigkeit einer Hilfe zum Suizid setzt die Klärung der Vorfrage voraus, ob der Suizid selbst ein Unrecht im Rechtssinne ist. Zwar könnte die Suizidhilfe auch dann noch Unrecht (und ggf. strafwürdig) sein, wenn der Suizid seinerseits dies nicht wäre. Doch wäre in diesem Fall ihr eigener Unrechtsgehalt nicht aus dem Unrecht der unterstützten Handlung abzuleiten, wie das die §§ 26 und 27 StGB für die akzessorische Teilnahme des Strafrechts voraussetzen. Er müsste sich vielmehr aus einer anderen rechtlichen Grundlage ergeben. Auf die Frage, ob eine solche Grundlage denkbar ist, komme ich zurück.

2. Unrecht im Rechtssinne wäre die Selbsttötung nur, wenn der Suizident eine Rechtspflicht zum Leben hätte. Eine solche Pflicht könnte er gegenüber Dritten oder gegen sich selbst haben. Beides ist zu verneinen. Rechtspflichten gegen sich selbst sind schon prinzipiell ausgeschlossen. Denn sie setzen die Identität von Schuldner und Gläubiger der Pflicht voraus – eine normenlogische Unmöglichkeit.¹ Aber auch Dritten gegenüber kann niemand rechtlich zum Weiterleben verpflichtet sein. Das gilt insbesondere im Verhältnis des Individuums zum Staat. Eine zwangsrechtliche Pflicht zum Leben ist im freiheitlichen Verfassungsstaat illegitim. Seit über 150 Jahren wird das nicht mehr ernsthaft bestritten.²

Auch anderen *Personen* gegenüber scheidet eine solche Rechtspflicht aus. Gewiss mögen Garantpflichten gegenüber Schutzbefohlenen in bestimmten Konstellationen eine Selbsttötung verbieten (Beispiel: Mutter erschießt sich neben ihrem Kleinkind, das dadurch der Gefahr des Ver-

¹ Im Zivil-, v.a. im Erbrecht als „Konfusion“ geläufig; sie führt bekanntlich eo ipso (logisch) zum Erlöschen der Forderung. – *Moralische* Pflichten des Menschen gegen sich selbst mag man mit Kant bejahen (freilich auch bestreiten). Kant hat die normenlogische Unmöglichkeit einer Identität von Verpflichtetem und Berechtigtem auch für die Ethik aber genau gesehen und sie mit seiner (etwas schief) sog. „Zweiweltenlehre“ des Vernunftsubjekts („homo phaenomenon“ und „homo noumenon“) zu vermeiden versucht. – Für das Recht ist dies ohne Belang.

² Nach einem berühmten Wort A. F. Berners aus seinem „Lehrbuch zum Deutschen Strafrecht“ (1879) ist das Individuum „dem Staat und Anderen verpflichtet, solange es lebt; es ist ihnen aber nicht verpflichtet zu leben“.

hungerns ausgeliefert wird) – aber, wie das Beispiel deutlich macht, nicht deshalb, weil nun der Suizid *als solcher* verboten wäre, sondern weil die konkrete Schutzpflicht (gegenüber dem Kind) selbstverständlich rechtlich geboten bleibt und der Garant bzw. die Garantin sie nur erfüllen kann, wenn er/sie am Leben ist. – Das alles steht außer Zweifel.

II. Die individuelle Hilfe zum Suizid: Unrecht?

Der mögliche Unrechtsgehalt einer Hilfe zum Suizid kann sich daher nicht akzessorisch aus dessen Unrecht ergeben; denn eben daran fehlt es. Er müsste als selbständiges Unrecht aus anderen normativen Grundlagen ableitbar sein. Ob dies möglich ist, muss zunächst im Hinblick auf die einzelne Suizidhilfe geklärt werden. Erst dann lässt sich sinnvoll die weiterreichende Frage beantworten, ob der „geschäftsmäßigen“ (organisierten) oder der „gewerbsmäßigen“ Suizidhilfe ein jeweils eigener und spezifischer Unrechtsgehalt zugeschrieben werden kann.

1. Zur Klarstellung: Die Rede ist im gegenwärtigen Zusammenhang stets von freiverantwortlichen Suiziden. Die Teilnahme an unfreien Suiziden ist im geltenden Strafrecht seit eh und je mit strengen Strafen bedroht: Als Totschlag, ggf. sogar Mord, sofern die Unfreiheit vom Helfer erkannt (direkter Vorsatz) oder doch für möglich gehalten und in Kauf genommen wurde (Eventualvorsatz); als fahrlässige Tötung, sofern sie ihm verborgen blieb, aber erkennbar war.

Anmerkung: Gelegentlich wird behauptet, so gut wie alle Suizide seien psychisch unfrei, da sie im Zustand extremer innerer Belastung und oft in depressiver Gemütsverfassung ausgeführt würden. Schon deswegen müsse jede Suizidhilfe verboten und mit Strafe bedroht werden. Das ist in mehrfacher Hinsicht verfehlt. Stimmt die Prämisse, dann wäre jede solche Hilfe, wie soeben ausgeführt, ohnehin längst strafbar. Freilich ist die Prämisse falsch, selbst wenn sehr viele Suizide tatsächlich im Rechtssinne unfrei sein sollten. Denn dies wären sie jedenfalls nicht einfach wegen der extremen inneren Belastung eines Suizidenten. (Beiläufig: In welcher anderen inneren Verfassung wäre es denn denkbar, das eigene Leben zu beenden?) Wäre die Behauptung richtig, so beträfe sie auch den jährlich vieltausendfach praktizierten Therapieverzicht mit lebensverkürzender Wirkung, dessen Zulässigkeit niemand bestreitet. Auch er ist aber unzulässig und seitens des (garantenpflichtigen!) Arztes strafbar, wenn er nicht freiverantwortlich erklärt wurde.

Zudem: Niemand würde ernsthaft in Betracht ziehen, die in einer solchen inneren Verfassung (Stress, Traurigkeit, etc.) ausgeführte Tötung einer *anderen* Person für schuldlos zu erklären, weil sie nicht freiverantwortlich gewesen sei. Und wollte man deshalb die Freiverantwortlichkeit der Selbsttötung anders behandeln als die der Fremdtötung (mit welchem Recht?), so hätte das in Fällen, in denen der Täter in einem Akt beides, Fremd- und Selbsttötung, zugleich ausführt, also bei den sog. Mitnahmesuiziden (etwa eines Vaters mit seinem Kind), die geradezu bizarre Konsequenz, dass jemand, der einem solchen Täter ein Hilfsmittel (z.B. Gift) verschaffte, wegen der Hilfe zur (angeblich unfreien) Selbsttötung des Vaters als Totschläger, wegen der zur (verantwortlichen) Fremdtötung des Kindes aber nur als Gehilfe zu bestrafen wäre. Dass dies nicht richtig sein kann, ist offensichtlich.

Schließlich: § 161 VersicherungsvertragsG (VVG) schließt die Leistungspflicht des Lebensversicherers aus, wenn der Versicherte durch Suizid ums Leben kam – es sei denn, der Suizid geschah „in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand“. Die allermeisten der hierzu bislang ergangenen Entscheidungen bejahen die Freiverantwortlichkeit des jeweils fraglichen Suizids (s. Mönnich, Münchener Kommentar VVG, Bd. 2, 2011, Rn. 39 f. zu § 161).

2. Ob eine Suizidhilfe selbständiges (nicht-akzessorisches) Unrecht sein kann, mag unterschiedlich zu beantworten sein je nachdem welches ggf. zu schützende Rechtsgut und welche Form des Angriffs gegen dieses Rechtsgut qua Suizidhilfe jeweils in Frage steht. Zwei solcher Schutzgüter sind denkbar: (1.) das Leben des Suizidenten und (2.) gesellschaftliche Schutzinteressen. Und ebenfalls denkbar sind zwei Modi des Angriffs: (1.) die Verletzung und (2.) die Gefährdung des

jeweils fraglichen Guts durch die Suizidhilfe. – Im Folgenden seien diese möglichen Varianten knapp erörtert.

a) *Unrecht der Suizidhilfe als Verletzung des Lebens des Suizidenten?* – Nein; rechtlich ist das nicht denkbar. Das folgt (1.) aus dem Fehlen einer Rechtspflicht des Suizidenten zum Leben und (2.) aus der Freiverantwortlichkeit seines Handelns. Diese schließt nach allgemeinen Prinzipien eine Zurechnung der (Mit-)Verursachung des Todes als *selbständiger* Tötungshandlung zum Helfenden aus. Das ist im übrigen auch die (unbestrittene) Grundlage der Abgrenzung einer strafbaren Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) von der straflosen Suizidhilfe.

b) *Als Gefährdung des Lebens des Suizidenten?* – Bei tatsächlicher Freiverantwortlichkeit des Suizids ist das, mit der soeben unter a) dargelegten Erwägung, erst recht ausgeschlossen. Eine ggf. verbotswürdige Gefährdung durch jede individuelle Suizidhilfe käme daher nur dann in Betracht, wenn *jeder* unterstützte Suizid das erhebliche Risiko enthielte, nicht freiverantwortlich zu sein. Eine solche von jedem Einzelfall abstrahierende Fiktion der Unfreiheit ginge weit an der Wirklichkeit typischer Suizide vorbei (s. oben die Anm. unter 1.). Ein gerade darauf gestütztes Totalverbot mit Strafdrohung wäre grob unverhältnismäßig und illegitim.

Daher kann die Notwendigkeit, die Frage der Freiverantwortlichkeit des Suizids in jedem Einzelfall zu klären, nicht mit einer unplausiblen und deshalb unzulässigen rechtlichen Fiktion umgangen werden. Gewiss kann der Gesetzgeber unerlaubte Risiken kennzeichnen und verbieten; er kann und darf sie aber nicht erfinden.

c) *Als Gefährdung gesellschaftlicher Schutzinteressen?* – Gemeint sind Gefahren wie die einer allgemeinen Erosion des Respekts vor dem Leben, eines Risikos ständigen Missbrauchs oder einer gefährlichen „schiefen Ebene“ („slippery slope“) hin zur Freigabe der Tötung auf Verlangen. Vor dem Hintergrund des Umstands, dass die Hilfe zum Suizid in Deutschland seit 1871 erlaubt ist und es daher derzeit gar nicht, wie oft gesagt wird, um ihre strafrechtliche „Freigabe“ geht, sind solche Warnrufe schon auf den ersten Blick unplausibel. Angesichts des 150-jährigen Bestehens genau der rechtlichen Lage, von der die genannten Erosionsphänomene angeblich erzeugt würden, müssten sie längst Wirklichkeit sein. Alle seriösen Untersuchungen hierzu zeigen, dass dies nicht zutrifft oder auch nur drohte.³ Hier gilt erneut: Der Gesetzgeber darf kollektive Risiken definieren und ggf. unterbinden; erfinden darf er sie aber nicht.

III. Spezifische Verbotswürdigkeit der *geschäftsmäßigen* (organisierten) Hilfe zum Suizid?

Auch für diese Frage sind die oben für die individuelle Suizidhilfe getroffenen Unterscheidungen der Schutzgüter (Leben des Suizidenten / gesellschaftliche Schutzinteressen) und der möglichen Angriffsmodi (Verletzung / Gefährdung) zu beachten.

1. *Verletzung des Lebensrechts des Suizidenten speziell durch den Umstand des Organisierts der Suizidhilfe?* – Nein. Ist die individuelle Unterstützung des freiverantwortlichen Suizids kein lebensverletzendes Unrecht, so kann sie nicht dadurch zu einem solchen werden, dass sie organisiert oder wiederholt erfolgt. Das ist evident und bedarf keiner weiteren Begründung.

Anmerkung: Trotz dieser Evidenz gibt die Überlegung Anlass für einen dringenden Appell an den Gesetzgeber. Möglicherweise empfinden viele Abgeordnete, die den Entwurf Brand, Griese u.a. unterstützen, die organisierte (anders als die individuelle) Suizidhilfe als eine Art öffentliches Ärgernis. Darüber mag man

³ S. nur Borasio/Jox/Taupitz/Wiesing: Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben, 2014, 53 ff.; Kuschel: der ärztlich assistierte Suizid, 2007, 144; Gavela: Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, 2013, 243; Henking, Juristische Rundschau, 2015, 174 (181); Sowada, Zeitschrift für Lebensrecht, 2015, 34 (40).

streiten. Solange die Ärzteverbände jede Suizidhilfe kategorisch ablehnen, wird man ein gewisses gesellschaftliches Bedürfnis nach der Tätigkeit dieser Vereine anerkennen müssen. Betrachtet man sie dennoch als Ärgernis, so mag man sie mit den dafür vorgesehenen rechtlichen Mitteln des Ordnungswidrigkeiten- und des öffentlichen Vereinsrechts bekämpfen. Aber das rechtfertigt es nicht, eine Handlung, die als einzelne kein Unrecht sein kann (und von Brand u.a. auch nicht dazu erklärt werden soll), plötzlich als Tötungsunrecht zu deklarieren, wenn und weil sie wiederholt werden soll! Die Addition von Null-Unrecht ergibt immer wieder nur Null-Unrecht. Das ist eine Frage der einfachen Logik. Der Entwurf Brand u.a. will den vorgeschlagenen § 217 gegen die organisierte Suizidhilfe in die Tatbestände der Tötungsdelikte einfügen. Damit würde dem StGB ein schwerer Systembruch im Bereich seiner gravierendsten Delikte eingeschrieben – das gesetzliche Statuieren einer Verletzung des Rechtsguts Leben, die (unstreitig!) keine ist und keine sein kann. Als Strafrechtstheoretiker erlaube ich mir, vor einem solchen Verstoß gegen die Minima rechtsdogmatischer Konsistenz nachdrücklich zu warnen.

2. *Gefährdung des Rechtsguts Leben speziell durch die geschäftsmäßige Suizidhilfe?* – Anders formuliert: Erhöht gerade die Organisiertheit der Hilfe zum Suizid das Risiko, dass bei *unfreien* Suiziden geholfen wird? (Denn die Hilfe zu freiverantwortlichen Suiziden kann, wie dargelegt, kein Unrecht sein.) Das käme allenfalls in Betracht, wenn der selbstverständlich immer zu gewährleistende (und zu fördernde) „Rücktritt“ Sterbewilliger von ihrem Suizidwunsch dadurch psychisch erschwert würde, dass sie ihn gegenüber jemandem geäußert haben, der ihnen als Teil einer Organisation begegnet.

Schon die bemühte Künstlichkeit des Bedenkens zeigt, dass nichts für dessen Stichhaltigkeit spricht. Im Gegenteil. Organisationen und erst recht Ärzte können die Voraussetzungen legitimer Suizidhilfe weitaus kompetenter beurteilen und wären deshalb auch erheblich besser geeignet, ein solches generelles Risiko auszuschließen, als etwa laienhafte Verwandte, die um eine solche Hilfe gebeten werden (und diese ja auch nach Brand u.a. weiterhin straffrei sollen gewähren dürfen). Zudem wären Organisationen und Ärzte weit besser auf die strikte Einhaltung von Vorsichtskriterien zu verpflichten, wie sie der Entwurf Künast u.a. in seinen §§ 7 und 8 ganz zu Recht statuiert. Und sie wären insofern und mithilfe der in § 10 des Entwurfs Künast u.a. formulierten „Durchführungsbestimmungen“ auch erheblich sicherer kontrollierbar.

3. *Gefährdung gesellschaftlicher Schutzinteressen durch organisierte Suizidhilfe?* – Oft wird gesagt, organisierte Formen der Suizidhilfe verschafften dieser den Anschein einer „sozialen Normalität“ und machten sie dadurch „gesellschaftsfähig“. Das ist eine befremdliche Behauptung. Die strengen Voraussetzungen für die Zulässigkeit der organisierten bzw. ärztlichen Suizidhilfe, wie sie § 7 des Entwurfs Künast, Sitte u.a. festlegt, bekräftigen nachdrücklich, dass es dabei nicht um die Eröffnung „eines zweiten regulären Ausstiegs“ aus dem Leben geht, „sondern um die Freihaltung eines Notausstiegs“. ⁴ Und es sind gerade und nur die *organisierten* Formen dieser Hilfe zum „Notausstieg“, die sich, anders als private Hilfen, zuverlässig kontrollieren lassen.

IV. Spezifische Verbotswürdigkeit der *gewerbsmäßigen* Hilfe zum Suizid?

1. Auch hier ist es geboten, nach den oben dargelegten Kriterien (Lebensschutz / Gesellschaftsschutz; Verletzung / Gefährdung) zu unterscheiden. Dann ergibt sich im Hinblick auf die Frage der Verletzung des Lebensrechts freiverantwortlich handelnder Suizidenten kein Unterschied zur individuellen und zur geschäftsmäßigen Hilfe. Allein der Umstand, dass jemand für eine unstreitig erlaubte Handlung Geld nimmt, kann diese Handlung nicht zur Tötungshandlung machen.

⁴ Sowada (Anm. 3), 40, mit Zitat Duttge, Zeitschrift für Lebensrecht, 2012, 54.

2. Mit Blick auf das Risiko einer erhöhten Gefährdung des Lebens von möglicherweise unfrei handelnden Sterbewilligen mag man dies anders beurteilen. Wer den Sterbewunsch Anderer in der Absicht unterstützt, daraus Gewinn zu ziehen, mag ein eigenes Interesse an dem Suizid dieser Anderen verfolgen und deswegen die Bedingungen der Freiverantwortlichkeit nicht strikt genug überprüfen oder sogar (bewusst oder unbewusst) subtilen Druck auf den Sterbewilligen ausüben, seinen Sterbenswunsch nicht aufzugeben.

a) Diese Überlegung liegt § 4 des Entwurfs Künast, Sitte u.a. zugrunde. An der dort festgelegten Strafdrohung gegen gewerbsmäßige Suizidhilfe leuchtet ein, dass es vielen als öffentliches Ärgernis erschiene, wenn Privatpersonen ein anstößiges Gewinnstreben mit der Sterbensnot Anderer verwirklichen dürften. (Ärzte, die Suizidhilfe leisten, sind ein substantiell anderer Fall; dazu unten, V. 2.) Doch wäre dies ebenso wie bei der organisierten Hilfe lediglich eine Angelegenheit für das Ordnungswidrigkeiten- bzw. das öffentliche Vereinsrecht (s. oben IV. 1., Anmerkung). Auch wer aus anstößiger Geldgier eine Handlung vornimmt, die als unentgeltliche kein Unrecht sein könnte, macht sein Handeln damit offensichtlich nicht zu einem *Töten*. Es mag aus anderen Gründen rechtswidrig sein. Dann darf es aber nur nach diesen anderen Maßgaben und nicht als Tötungsdelikt bestraft werden.

Denkbar wäre, es als eine wucherähnliche Tat zu verstehen: als Gewinnstreben im Modus einer gesteigerten sozialen Anstößigkeit. Dann dürfte man freilich (1.) den Tatbestand in § 4 des Entwurfs Künast u.a. nicht den Tötungsdelikten zuordnen und müsste (2.) seine Strafdrohung an § 291 (Wucher) und nicht an § 216 StGB orientieren. Das erstere wäre per Interpretation des Tatbestands, der ersichtlich nicht ins StGB eingefügt werden soll, ohne weiteres möglich; die Strafdrohung „bis zu drei Jahren“ wäre jedoch zu hoch.

b) Nun spricht allerdings die Begründung zu § 4 im Entwurf Künast u.a. von einer Gefahr der Unterstützung unfreier Suizide; diese sei erhöht, wenn der Helfer eigene Interessen verfolge, und müsse deshalb strafrechtlich bekämpft werden (BT-Drs. 18/5375, S. 11). Damit statuiert der Entwurf tatsächlich den Tatbestand eines gegen das Leben gerichteten, aber freilich (hoch-)abstrakten Gefährdungsdelikts. Abstrakte Gefährdungstatbestände sind selbstverständlich nicht unzulässig. Als Strafdrohungen gegen Handlungen, die keine Rechtsgüter *verletzen*, sind sie aber nur dann legitim, wenn es keine mildereren, ebenso wirksamen Möglichkeiten zur Verhinderung solcher Risiken gibt; dies gilt umso mehr, je abstrakter die typisiert unterstellte Gefahr ist.

Damit ist der einzige Punkt markiert, worin ich dem Entwurf Künast u.a. nicht zustimmen möchte. Das Risiko der Unterstützung unfreier Suizide allein wegen eigener Gewinninteressen des Helfers ist erstens äußerst gering. Denn die Unterstützung unfreier Suizide ist, wie oben dargelegt, ohnehin mit strengen Strafen bedroht. Und zweitens ist dem verbleibenden Restrisiko durch verwaltungsrechtlich verhängte und sanktionierte Verbote wegen der präventiv operierenden Kontrollmöglichkeiten des Verwaltungsrechts sogar noch besser zu begegnen als mit dem Strafrecht. Daher lautet mein Vorschlag, die gewerbsmäßige Suizidhilfe im öffentlichen Vereinsrecht zu verbieten, Zuwiderhandlungen mit Sanktionen des Rechts der Ordnungswidrigkeiten zu belegen, sie aber nicht mit einer rechtsstaatlich zweifelhaften Strafdrohung zu bekämpfen.

V. Der ärztlich assistierte Suizid

1. Nachdrücklich zu begrüßen ist § 6 Abs. 2 des Entwurfs Künast u.a.. Danach kann die Hilfe zum Suizid eine ärztliche Aufgabe sein und von gegenläufigen standesrechtlichen Regelungen nicht wirksam untersagt werden. Dafür gibt es zwei profunde allgemeine Gründe.

(1.) *Das Argument der letzten noch möglichen Hilfe*. Menschen in auswegloser Not und für sie nicht mehr erträglichem Leid, für das keine andere Abhilfe mehr möglich ist als der von ihnen

ersehnte Tod, kann so auf ihrem letzten Weg eine humane Hilfe mit den „sanften“ Mitteln der ärztlichen Profession gewährt werden, die ihnen ein qualvolles Ausharrenmüssen bis zum letztmöglichen Atemzug oder Gewaltakte gegen den eigenen Körper erspart. Die manchmal zu hörende Behauptung, ein solches Leid gebe es nicht, ist unwahr. Von außen zu definieren, dass der Leidende seinen Zustand gegen sein eigenes Erleben noch ertragen könne, und ihm die Konsequenz solchen Besserwissens aufzunötigen, ist in hohem Maße unmoralisch. Der Hinweis auf die (angeblich) stets gegebene Möglichkeit ausreichender Schmerzlinderung geht *a limine* fehl. Denn Leid ist nicht dasselbe wie Schmerz. Und das Leid Sterbender kann für diese selbst (und auf sie allein kommt es an!) auch dann unerträglich sein, wenn der Schmerz allein dies nicht wäre. – Deshalb darf gerade hier, bei den am schwersten Leidenden, dem Arzt die manchmal allein noch mögliche menschliche Hilfe, die zum Sterben, nicht mit Zwangsmitteln untersagt werden. Dass andererseits kein Arzt zu einer solchen Hilfe verpflichtet sein kann, ist selbstverständlich. § 6 Abs. 1 des Entwurfs Künast u.a. hält dies mit Recht fest.

(2.) *Das Argument der nur so möglichen Suizidprävention.* Bei Menschen, die zum Suizid entschlossen sind, denen aber tatsächlich noch anders geholfen werden kann, mag es gerade und nur der Weg zum Arzt sein, der ihnen diese Hilfe eröffnet und eine vorschnelle Verwirklichung ihres Suizidplans verhindert. Diese moralisch wie rechtlich gebotene Suizidprävention kann aber nur dann funktionieren, wenn Sterbewillige auch tatsächlich zu Ärzten gehen und sich nicht, wie in der großen Mehrzahl der jährlich über 100.000 Suizidversuche in Deutschland, vor Bahnen werfen, von Brücken springen oder dilettantisch und qualvoll vergiften. Zu Ärzten gehen sie jedoch nur dann, wenn sie wissen, dass ihnen dort mit ihrem Sterbewunsch nicht die Tür gewiesen wird, sondern ihnen, wenn sie keine Kraft mehr zum Ertragen ihres weiteren Lebens haben, mit gewaltlos humanen Mitteln ggf. auch zum Suizid geholfen wird. Niemand weiß genau, wie viele Tausende der suizidalen Gewaltakte jedes Jahr in Deutschland scheitern und schwerstverletzte Menschen zurücklassen. Und erst recht weiß niemand, wie vielen dieser Menschen *suizidpräventiv* hätte geholfen werden können, wären sie mit ihrer Bitte um Suizidhilfe zum Arzt gegangen und hätten dort eine wirksame Hilfe zum weiteren Leben erfahren. Dass ihre Zahl groß ist, darf aber als sicher gelten.⁵ Höchstens dem oberflächlichen Blick erscheint paradox, was in Wahrheit das genaue Gegenteil ist: Nur der Arzt, der zuletzt auch zur Suizidhilfe bereit ist, kann suizidpräventiv wirken. Denn allenfalls an ihn wendet sich ein Verzweifelter, zur Selbsttötung fest Entschlossener. Und nur dann kann ein gegenläufiges Hilfsprogramm beginnen und am Ende vielleicht erfolgreich sein. Dass im Namen eines missverstandenen ärztlichen Ethos durch das Unterbinden jeder Möglichkeit einer ärztlichen Suizidhilfe jedes Jahr vieltausendfach die Chance einer effektiven Suizidprävention verhindert wird, ist ein schwer erträglicher Gedanke.

2. Mit diesen Erwägungen lassen sich schließlich zwei Bedenken belegen, die der Wissenschaftliche Dienst des Bundestags gegen § 6 Abs. 2 des Entwurfs Künast u.a. erhoben hat: Dessen Anordnung, Hilfe zum Suizid könne eine ärztliche Aufgabe sein und von berufsrechtlichen Regelungen nicht wirksam untersagt werden, sei inkonsistent mit der Regelung in § 4 desselben Entwurfs, wonach die „gewerbsmäßige“ Suizidhilfe verboten und strafbar sei. Denn Ärzte handelten im Rahmen ihrer Aufgaben nun einmal entgeltlich.

Das ist ein Missverständnis dessen, was „gewerbsmäßige Suizidhilfe“ in § 4 bedeutet. Ärzte, die in extremen Notfällen ihren Patienten zum Suizid helfen, leisten damit eine gänzlich arzt-spezifische

⁵ Wie Borasio et al. (Anm. 3, S. 58) mit Zahlen aus dem US-Bundesstaat Oregon, wo ärztliche Suizidhilfe gesetzlich erlaubt ist, eindrucksvoll belegen, werden „letztlich 80 % der Anfragenden vom Suizid abgehalten“ – nämlich eben durch die fürsorgende Behandlung seitens eben der Ärzte, die sie zuvor um Suizidhilfe gebeten haben. Solche Erfahrungen darf der deutsche Gesetzgeber und sollten die deutschen Ärztekammern nicht ignorieren!

sche Hilfe für schwerleidende Patienten. Sie besteht zunächst im intensiven Bemühen um Suizidprävention mittels berufsspezifischer medizinischer Kompetenzen. Erst und allenfalls am ausweglosen Ende geht sie über zum Einsatz der dann freilich ebenfalls berufsspezifischen Fähigkeit zur Ermöglichung eines physisch und psychisch „sanften“, medizinischen Suizids und damit zur Verhinderung von Gewaltakten Sterbewilliger gegen den eigenen Körper. Dass dies genuin *ärztliche* Hilfen für Schwerkranke sind, denen anders nicht geholfen werden kann, ist nicht zweifelhaft; deshalb dürfen dafür auch Gebühren verlangt werden. Das eben unterscheidet sie substantiell vom schieren „Geldverdienen durch Suizidhilfe“, nämlich ohne die dafür geforderten berufsspezifischen Kompetenzen. Nur dieses wird aber von § 4 des Entwurfs erfasst. Keine vernünftige Auslegung könnte dies verkennen. Im übrigen mag es zur Klarstellung in einem knappen Satz an § 4 angefügt werden: „Nicht von Absatz 1 erfasst ist die ärztliche Hilfe zur Selbsttötung.“

Der zweite Einwand verweist auf das Fehlen legislativer Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers für eine solche Regelung. Gesetzliche Grundlagen für die Berufsordnungen der Ärzte fielen in die Kompetenz der Länder, da sie weder der ausschließlichen noch der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes unterfielen (Art. 70 Abs. 1 GG). Das ist richtig. Doch sind hier zwei Ergänzungen notwendig. (1.) ist das standesrechtliche Verbot jeder ärztlichen Suizidhilfe in den Satzungen mancher Landesärztekammern verfassungswidrig. Es genügt weder dem grundrechtlichen noch dem im Demokratieprinzip verankerten Gesetzesvorbehalt für gewichtige Eingriffe in Grundrechte. Ein solcher profunder Eingriff in Grundrechte nicht nur der Ärzte (Art. 12 GG), sondern vor allem der sterbewilligen Patienten (Art. 2 Abs. 1 GG) sind aber die genannten Verbote.⁶

Von Verfassungs wegen käme daher allenfalls ein Verbot durch die Landesgesetzgeber, nicht aber seitens der Ärztekammern in Frage. Doch wenn irgendwo, dann ist in diesem Fall ein zwingender Sachzusammenhang mit bundesgesetzlicher Regelungsmaterie gegeben: mit dem Strafrecht. Jede vermeidbar irrige Feststellung der Freiverantwortlichkeit eines Suizids lässt den helfenden Arzt strafbar werden; Erlaubnis und Verbot der Suizidhilfe sind allein durch die oft dünne Trennlinie der „Freiverantwortlichkeit“ voneinander geschieden. Eben deren Feststellung gehört aber auch und insbesondere in den ärztlichen Kompetenzbereich. Daher wird dem Bundesgesetzgeber die Annexkompetenz zu einer Regelung wie § 6 Abs. 2 des Entwurfs Künast u.a. kraft zwingenden Sachzusammenhangs mit dem Strafrecht nicht verwehrt werden können.

VI. Schlussbemerkung

Nicht selten wird in der Öffentlichkeit behauptet, es gehe in der Debatte um den assistierten Suizid um eine Auseinandersetzung zwischen dessen Befürwortern als „Fetischisten der Autonomie“ auf der einen Seite und „Ethikern“ auf der anderen. Nichts könnte falscher sein. Die obigen Ausführungen (insbesondere zu V. 1.) sollten zeigen, dass die Zulässigkeit einer Hilfe zum Suizid in manchen Fällen höchster, auswegloser Not ein zwingendes Gebot der Ethik ist. Eine strikte Verweigerung, die Tausenden schwerleidender Menschen keinen anderen Weg mehr zu weisen vermag als den auf die Gleise der Bahn, wird dann objektiv unmoralisch. „Das letzte, was leidende Menschen in ihrer Not benötigen, ist das unbarmherzige Schwert des Strafrechts!“⁷

⁶ Ausführliche und zutreffende verfassungsrechtliche Begründung hierfür bei Lindner, NJW 2013, 136 (138 f.); ähnlich VG Berlin (Unzulässigkeit eines generellen Verbots der Suizidhilfe durch Ärzte), ZfL 2012, 80.

⁷ So mit großem Recht mein strafrechtlicher Kollege Duttge, ZfL 2012, 51 (54) – im übrigen ein strikter Gegner jeder Rechtfertigung der aktiven Tötung auf Verlangen. Zustimmung Sowada (Anm. 3), 43.

Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan VRiBGH a.D.

Korrespondenzadresse: Sekretariat Prof. Dr. Klaus Bernsmann, Lehrstuhl für Straf- und Strafprozessrecht, Juristische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum, 44801 Bochum, Universitätsstraße 150.

Stellungnahme

Zur geltenden, insbesondere strafrechtlichen Rechtslage bei Entscheidungen am Lebensende des Menschen und den Gesetzesentwürfen zur Strafbarkeit/Straffreiheit der Förderung der bzw. Hilfe zur Selbsttötung und zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (BT-Drucks. 18/3373; BT-Drucks. 18/3374; BT-Drucks. 18/3375; BT-Drucks. 18/3376).

Anhörung zum Thema „Sterbebegleitung“

Vor dem Ausschuss für Recht und Verbraucherfragen

des Deutschen Bundestages

Mittwoch, den 23. September 2015

A.

I. Das laufende Gesetzgebungsverfahren greift eine mit zunehmender Intensität geführte Diskussion um Tod und Sterben, Menschenwürde, Selbstbestimmung am Lebensende und Lebensschutz, wie bereits für die Vergangenheit durch verschiedene Gesetzesinitiativen dokumentiert wird,¹ wieder auf. Mehrere von verschiedenen Institutionen in jüngerer Zeit in Auftrag gegebene demoskopischen Umfragen sind zu dem Ergebnis gekommen, dass sich 2/3 der in Deutschland

¹ Zuletzt durch einen Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 22.10.2012 zur „Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung“, BT-Drs.17/11126. Siehe im Übrigen die zusammenfassende Darstellung der Entwicklung der aktuellen Diskussion und der verschiedenen Gesetzesinitiativen der letzten Zeit bei Schöch, Strafbarkeit der Förderung der Selbsttötung, FS-Kühl (2014) S. 585 ff.

lebenden Bevölkerung vorstellen kann, sich bei einer schweren Erkrankung oder überhaupt am Lebensende selbst zu töten, also Suizid zu begehen oder aktive Sterbehilfe durch Dritte in Anspruch nehmen zu wollen.

Bei solchen Äußerungen, wie in den Umfragen festgehalten, spielen sehr häufig diffuse Ängste vor seelenloser Apparatedizin, vor Schmerzen oder anderen körperlichen und seelischen Leiden oder schlicht die Furcht vor Hilflosigkeit, Abhängigkeit und Einsamkeit in Krankheit und Alter eine große Rolle. Der selbstbestimmte Tod gilt vielen als Ausweg aus Leiden oder Hoffnungslosigkeit und deshalb als anzustrebendes Ziel, das die Wahrung der Menschenwürde auch im Sterben garantiert. Was ist aber ein würdiges Sterben, was ist ein guter Tod? Ein sog. „natürlicher Tod“ ist heutzutage nicht mehr selbstverständlich. Die Errungenschaften des medizinischen Fortschritts, wie lebenserhaltende künstliche Beatmung und Ernährung, auch bei langjährigem Wachkoma, Reanimation nach Herzstillstand, elektronische Herzunterstützungssysteme, Dialyse, Organtransplantationen, usw. machen die Grenzen zwischen Leben und Tod fließend. „Der Tod geschieht nicht mehr. Er verlangt Entscheidungen, deren ethische Tragweite nicht abzusehen ist,“ schrieb *Cornelia Schmergal* schon zu Beginn des Jahres 2014 im *Spiegel*² und benennt so zutreffend einen Umstand, der bei vielen nachvollziehbare Ängste auslöst. Daneben gibt es allerdings auch die – zahlenmäßig weniger – „lebenssatten“ oder altersmüden Menschen, die aus freien Stücken und ganz bewusst ihrem Leben ein Ende setzen wollen. Möglichkeiten zur rechtlichen Problembewältigung bzw. Antworten auf die verschiedenen Fragestellungen bei individuellen Entscheidungen am Lebensende hält das geltende Recht mit den seit 2009 geltenden §§ 1901 a ff BGB und den durch die Rechtsprechung³ entwickelten und allgemein anerkannten Grundsätzen zur legalen Sterbehilfe, zum rechtmäßigen Behandlungsabbruch und zur Straflosigkeit der Selbsttötung auch jetzt schon bereit. Das Hauptproblem des geltenden Rechts und der von ihm angebotenen Lösungswege ist in meinen Augen aber seine unzureichende Bekanntheit in der

² Artikel „Der moderne Tod“ in: Der Spiegel Nr. 6 Jahrgang 2014, S. 30 – 36, vom 03.02.2014.

³ Siehe dazu insbesondere BGHSt. 37, 376 ff. (1991); 40, 257 ff (1994); 42, 301, 305 (1996); 55, 191 ff (2010), sowie BGHZ 154, 205 ff (2003); 163, 195 ff (2005) und zuletzt BGHZ 202, 226 ff Beschluss v. 17.09.2014 – XII ZB 202/13 zum mutmaßlichen Patientenwillen beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen.

Bevölkerung und die manchmal mangelhafte Präsenz im Bewusstsein der Akteure des Gesundheitswesens.

II. Der *Begriff der Sterbehilfe* hat ein breites Bedeutungsspektrum.⁴ Verfolgt man die öffentliche Debatte der letzten Jahre zu dem Thema „Sterbehilfe“ sowie die Berichterstattungen und Kommentierungen in den Medien hierzu, fällt auf, dass der Begriff häufig im Zusammenhang mit sehr unterschiedlichen Sachverhalten und Inhalten verwendet wird, ohne dass dies deutlich gemacht wird, welchen Inhalt man nun meint, oder dies vielleicht auch gar nicht bewusst geschieht. Teils ist inhaltlich die Rede von *Sterbebegleitung*, im Sinne einer Schmerzen, Ängste und andere Leidenszustände lindernde medizinische Versorgung sterbender Menschen, teils von *aktiver Tötung* oder *Beihilfe zur Selbsttötung* bzw. *ärztlich assistiertem Suizid*. Man redet oder schreibt aneinander vorbei, ohne den inhaltlichen Dissens zu bemerken.⁵ Gelegentlich spielt aber auch schlichte Unkenntnis eine Rolle. Wie sich z.B. bei verschiedenen Umfragen hinsichtlich der Frage nach der Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid ergeben hat, glaubte eine deutliche Mehrheit, nämlich 93 % der von Infratest Dimap 2011 befragten Personen, dass Beihilfe zum Suizid strafbar ist.⁶ Dies wird aktuell bestätigt durch eine von der Deutschen Palliativstiftung 2015 bei demselben Institut in Auftrag gegebene Umfrage, wonach auch heute noch 87 % der Befragten davon ausgehen, dass Beihilfe zum Suizid nicht erlaubt, d.h. strafbar ist. Möglicherweise liegt dieser Ansicht eine Verwechslung von strafloser Beihilfe zum Suizid und der nach § 216 StGB strafbaren Tötung auf Verlangen zugrunde, scheinbar verwandte Problemkreise, die aber (straf)rechtlich als Beteiligung an einer *Selbsttötung* einerseits und einvernehmliche *Fremdtötung* strikt zu trennen sind.⁷ Schon dieses Beispiel belegt, wie wichtig die Kenntnis eines konkret zu beurteilenden Sachverhalts und der inhaltlichen Differenzierungen der darauf anzuwendenden verschiedenen „Sterbehilfe“-Begriffe für die Teilnahme am Sterben eines Anderen ist, da die unterschiedlichen Formen der Beteiligung Dritter am Sterben eines anderen Menschen unter unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen stattfinden und jeweils andere rechtliche Konsequenzen nach

⁴ Einen informativen Überblick hierzu bietet der Beitrag von Roxin, „Tötung auf Verlangen und Suizidteilnahme – Geltendes Rechts und Reformdiskussion“, GA 2013, 313 ff.

⁵ Diese Feststellung bezieht sich auf die öffentlich geführte Debatte und die Berichterstattung der Medien, nicht auf die vorliegenden Gesetzentwürfe!

⁶ Mitgeteilt im Antrag Sensburg et al. BT-Drucks. 18/ 5376 Begründung A. Ziff. 2 .

⁷ So deutlich betont von Engländer, Strafbarkeit der Suizidbeteiligung, Schünemann-FS (2014) S. 583.

sich ziehen oder haben können. Es kann sich jedoch nur derjenige wirklich autonom entscheiden, der *richtig* und nicht irreführend oder vielleicht auch gar nicht *informiert* ist. Ein Teil der Begriffsverwirrung in der öffentlichen Wahrnehmung ist sicherlich auch Folge des Umstands, dass bisher nur die Tötung auf Verlangen als – allerdings privilegiertes – vorsätzliches Tötungsdelikt ausdrücklich gesetzlich geregelt ist.⁸

Zu meinem großen Bedauern haben auch die Initiatoren der am 15.04.2015 veröffentlichte und für Aufsehen sorgende „Stellungnahme deutscher Strafrechtslehrerinnen und Strafrechtslehrer zur geplanten Ausweitung der Strafbarkeit der Sterbehilfe“⁹ – ob bewusst oder unbewusst mag dahin stehen – eine Vernebelung der Begrifflichkeiten in dieser sensiblen Thematik betrieben. Es mag noch angehen, dass in der Überschrift von einer geplanten „Ausweitung der Strafbarkeit“ der Sterbehilfe durch die aktuellen Gesetzesinitiativen geschrieben wird, ohne zu differenzieren, weshalb man von einer „Ausweitung der Strafbarkeit“ – bisher ist nur die aktive Sterbehilfe (§ 216 StGB) strafbar – ausgeht und welche Formen der Sterbehilfe gemeint sind. Es geht aber entschieden zu weit, wenn unter III. b. der Stellungnahme behauptet wird, in Hospizen und auf Palliativstationen würde tagtäglich organisierte Sterbehilfe geleistet, wobei es in vielen Fällen zu einer Verkürzung der Lebenszeit komme. Derartige verbale „Gleichschaltungen“ von aktiver Sterbehilfe, passiver und indirekter Sterbehilfe sowie Behandlungsabbruch/-beendigung und Beihilfe zur Selbsttötung oder gar Tötung auf Verlangen können nicht unwidersprochen hingenommen werden. Sie leisten Ängsten und Vorstellungen Vorschub, die mit der Realität nicht in Einklang stehen und Menschen, die selbst oder deren Angehörige eigentlich palliativer oder hospizlicher Betreuung bedürften, davon abhalten können, diese Einrichtungen in Anspruch zu nehmen. Hinzu kommt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von stationär oder ambulant tätigen Palliativeinrichtungen und -diensten sowie von Hospizen einem diffusen Verdacht der zumindest fahrlässigen Tötung der ihnen anvertrauten Patienten ausgesetzt werden. Für eine ernsthafte Diskussion der Frage nach der Notwendigkeit einer Strafbarkeit

⁸ U.a. deshalb ist 2005 eine Gruppe von deutschsprachigen Strafrechtswissenschaftler mit einem Vorschlag für ein umfassendes Sterbehilfegesetz an die Öffentlichkeit getreten: Schöch/Verrel, Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB), GA 2005, 553 ff; kritisch besprochen von Neumann/Saliger in HRRS (8-9) 2006, 280 ff. Der Entwurf ist zwar auf dem 66. Deutschen Juristentag 2006 in Stuttgart mit teilweise zustimmenden Ergebnissen diskutiert worden, blieb aber im Übrigen in der Öffentlichkeit relativ unbeachtet.

⁹ Hierauf nimmt ausdrücklich die Gruppe um die Abgeordneten Hintze, Reimann et al. in der Begründung ihres Entwurfs BT-Drs.18/5374 auf S. 9 Bezug.

von Teilnehmehandlungen an selbstverantwortlich begangenen oder versuchten Selbsttötungen ist dies jedenfalls wenig hilfreich.

III. Bisher ist die aktive Sterbehilfe als „Tötung auf Verlangen“ (§ 216 StGB) strafbar (Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren), während die Teilnahme (Anstiftung/Beihilfe) zur Selbsttötung/Suizid straffrei ist, und zwar für jedermann, gleich, ob er Angehöriger, behandelnder Arzt oder sonstiger Dritter ist und auch gleichgültig, aus welchen Motiven heraus und in welcher Form er seinen Unterstützungsbeitrag leistet.

1) *Suizid* begeht, wer entweder eigenhändig ohne oder mit fremder Hilfe seinen Tod gezielt herbeiführt. Die Selbsttötung erfüllt keinen Straftatbestand des Strafgesetzbuchs (StGB), strafbar ist nur die Tötung eines *anderen* Menschen (§§ 211, 212, 222 StGB). Das steht zwar so nicht ausdrücklich im Gesetz, ergibt sich aber nach Auffassung der Rechtsprechung und der h.M. in der Strafrechtswissenschaft aus dem Sinnzusammenhang und der Systematik des Gesetzes.¹⁰ Voraussetzung ist allerdings, dass sich die Teilnahme im Rahmen einer bloßen Unterstützungshandlung einer fremden Tat bewegt, d. h. dass letztlich der Suizident die Herrschaft über das Geschehen noch in der Hand behalten muss.¹¹ Straffrei ist unter diesen Voraussetzungen mangels strafbarer Haupttat auch die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung/zum Suizid, auch wenn dies in einigen Regionen, je nach Zuständigkeitsbereich der verschiedenen Landesärztekammern, entsprechend § 16 MBO-Ä unangenehme berufsrechtliche Folgen haben kann, je nachdem, ob die Beihilfe zur Selbsttötung dem Arzt von seiner Landesärztekammer

¹⁰ BGHSt. 2, 150, 152; 6, 147, 154; 32, 367, 371 f.; Jähnke LK, 11. Aufl., Vor § 211 Rdn. 21; Rengier, Strafrecht BT II § 3 I 2; Schneider MK, 2. Aufl., Vor § 211 Rdn. 30; Sinn SK (2010) § 212 Rdn. 9, jeweils m. w. Nachw.

¹¹ Hieran können jedenfalls dann, wenn die Beschaffung des todbringenden Medikaments nur dem Helfer möglich ist, ernsthafte Zweifel bestehen, weil das Medikament ein notwendiges Mittel zur „TatAusführung“ darstellt und deshalb dessen Beschaffung und zur Verfügung-Stellen auch ohne größere Begründungsschwierigkeiten – jedenfalls nach Maßstäben der Rechtsprechung – in vielen Fällen als täterschaftlicher Tatbeitrag gewertet werden könnte. Darauf weist der Entwurf Sensburg et al. BT-Drucks. 18/5376 Begründung S. 5, zu Recht hin.

untersagt wird oder nur als ethischer Appell (z.B. „soll keine Beihilfe leisten“) formuliert wurde.¹²

2) Zu *unterscheiden* sowohl von der *strafbaren aktiven Sterbehilfe* als auch von der *straflosen Beihilfe zur Selbsttötung* ist vor allem der straffreie sog.

Behandlungsabbruch, das dem Willen des Patienten entsprechende Beenden oder Unterlassen einer lebenserhaltenden medizinischen Behandlung.¹³ Denn nach geltendem Recht ist für eine rechtmäßige medizinische Behandlung neben einer nach ärztlichem Ermessen zu bejahenden Indikation für die Behandlung¹⁴ als weitere Voraussetzung erforderlich, dass der Patient mit ihr einverstanden ist, also darin eingewilligt hat. Denn die grundgesetzlich geschützte *Autonomie des Patienten* gibt diesem das Recht, sich für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden, *auch gegen* eine medizinisch indizierte, also einen Nutzen für den Patienten versprechende Behandlung. Als Einwilligung oder Ablehnung einer Behandlung genügt nach eindeutiger Gesetzeslage und Rechtsprechung auch der mutmaßliche Wille eines nicht mehr äusserungs- oder einwilligungsfähigen Patienten, wenn keine Patientenverfügung vorhanden und auch sonst keine ausdrückliche, eventuell mündliche Willenserklärung bekannt ist.¹⁵

Zu betonen ist, dass das *Selbstbestimmungsrecht* jedes Menschen selbst dann respektiert werden muss, wenn er es ablehnt, einen *lebensrettenden Eingriff oder eine lebenserhaltenden medizinische Maßnahme* zu dulden. Darauf, was aus ärztlicher oder persönlicher Sicht nahestehender Personen sinnvoll oder erforderlich

¹² § 16 MBO-Ä lautet wie folgt: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

¹³ Hierzu vor allem BGHSt. 55, 191 ff, BGH, Urteil vom 25. 6.2010 – 2 StR 454/09; Roxin, GA 2013, 313, 315 f.

¹⁴ Die medizinische bzw. ärztliche Indikation ist ebenfalls eine notwendige Voraussetzung für eine rechtmäßige Behandlung, auch für eine Behandlung mittels künstlicher Ernährung, Herzschrittmacher pp. Das scheinen in der Praxis Krankenhäuser und Pflegeeinrichtung häufiger zu ignorieren, siehe etwa den Artikel „Recht auf würdigen Abschied“ von Manfred Alberti in der Süddeutsche Zeitung vom 22.08.2015, Seite 5 und sein Brief an den Vizepräsidenten des Deutschen Bundestages Herrn Hintze MdB.

¹⁵ Siehe § 1901 a Abs. 2 BGB und insbesondere BGH, Beschluss des XII. Zivilsenats vom 17.09.2014 – XII ZB 202/13 = BGHZ 202, 226 ff. Im Übrigen ist in aller Regel in solchen Fällen die Bestellung eines Betreuers erforderlich, wenn kein Betreuer und keine vom Patienten bevollmächtigte Person vorhanden ist. Dies ist Herrn Pf. i.R. Alberti offensichtlich nicht bekannt. Ethikkommissionen, so wünschenswert und hilfreich sie sind, haben andere, nämlich in Konfliktfällen beratende Aufgaben. Auch erscheint es zweifelhaft, dass dem Bund hier eine Gesetzgebungskompetenz zusteht, da Ethikkommissionen als Einrichtungen der jeweiligen regionalen Krankenhäuser sind, die allenfalls durch den Landesgesetzgeber als Verpflichtung vorgegeben werden könnten. Gemeint sein könnten Klinische Ethikkomitees, die für Konflikte bei der Patientenversorgung beratend tätig sind.

wäre, kommt es für sich genommen nicht an, denn unser Recht lässt *keine* „Zwangsbehandlung“ gegen den Willen Patienten zu, solange er nur sich selbst gefährdet.¹⁶ Eine ohne Einwilligung vorgenommene medizinische Behandlung ist rechtlich eine strafbare Körperverletzung (§ 223 StGB). Ein „Behandlungsabbruch“, bei dem nicht der Patient oder ein Dritter für ihn aktiv in den Lebensprozess eingreift, um diesen zu verkürzen, sondern bei dem der fortschreitende Krankheitsprozess, der nicht mehr durch gegensteuernde Behandlung aufgehalten wird, den Tod des Patienten herbeiführt, ist keine Beihilfe zum Suizid!¹⁷ Denn dem Einzelnen steht es infolge des grundgesetzlich geschützten Rechts auf umfassende Selbstbestimmung völlig frei, sich für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden, unabhängig davon, wie leicht oder schwer, ernsthaft oder gar lebensgefährlich seine Erkrankung ist (vgl. § 1901a Abs. 3 BGB). Dies ist insbesondere für Ärzte von Bedeutung, die den Patienten gegen seinen Willen nicht weiterbehandeln dürfen. Ein Konflikt mit berufsrechtlichen Vorschriften, die das Verbot der Suizidbeihilfe des § 16 MBO-Ä umgesetzt haben, ist in diesem Zusammenhang nicht zu befürchten.

B.

Vor dem Hintergrund dieser rechtlichen Situation in Deutschland und unter Berücksichtigung der aktuellen Diskussion ist zu den vorliegenden Gesetzentwürfen Stellung zu nehmen. Diese befassen sich zwar „nur“ mit der Frage der Strafbarkeit/Straflosigkeit der Beteiligung an einer Selbsttötung oder haben die Strafbarkeit bestimmter Formen der Ermöglichung eines Suizids durch Dritte zum Gegenstand. Die inhaltlich sehr unterschiedlichen Gesetzesentwürfe dürfen aber nicht losgelöst für sich, sondern müssen im Kontext mit den übrigen für die rechtliche Bewertung der Beteiligung Dritter am Sterben eines anderen Menschen geltenden rechtlichen Grundsätze gesehen und beurteilt werden.

I. Zunächst ist hervorzuheben, dass die prinzipielle Straffreiheit der Selbsttötung und der „Teilnahme“ an einer autonom und selbstbestimmt vom Suizidenten beschlossenen und ausgeführten Selbsttötung beibehalten werden sollte. Die

¹⁶ Vgl. z.B. Jarass in Jarass/Pieroth, Kommentar zum Grundgesetz, 13. Aufl., Art. 2 Rdn. 101 m.w.N.

¹⁷ Das verkennt z.B. Saliger, Freitodbegleitung als Sterbehilfe – Fluch oder Segen? Medstra 2015, 132, 138, wenn er es für widersprüchlich hält, „den Behandlungsabbruch durch Tun als täterschaftliche Sterbehilfe straflos zu lassen, die individuelle Suizidteilnahme aber zu pönalisieren“.

Strafffreiheit der Selbsttötung folgt schon aus dem nach ganz h.M. aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m Art. 1 Abs. 1 GG folgenden umfassenden Selbstbestimmungsrecht des Menschen, das auch das Recht auf freie Entscheidung über sein Leben umfasst. Eine *Lebenspflicht* des Einzelnen wäre mit den Grundsätzen der Verfassung nicht zu vereinbaren. Die Straffreiheit der Teilnahme an einer freiverantwortlich begangenen Selbsttötung folgt schon aus den strafrechtlichen Akzessorietätsregeln. Daran sollte festgehalten werden, soweit die Unterstützung als individueller Akt zwischenmenschlicher Zuwendung und Hilfeleistung geschieht.

Eine Ausnahme bildet insoweit nur das Verbot der Tötung auf Verlangen des zu Tötenden nach § 216 StGB, weil bei einer solchen Tötung der Dritte veranlasst wird, dem Leben eines *anderen* Menschen ein Ende zu setzen. In diesen Fällen handelt es sich nicht mehr um eine *Selbst-*, sondern für den Dritten um eine von ihm auszuführende *Fremd-Tötung*, bei der er das Geschehen in der Hand hat. Das Gesetz setzt – in Ausübung der Schutzpflicht des Staates für das menschliche Leben – der Autonomie des Sterbewilligen insoweit Grenzen, als es ihm nicht die Freiheit und Macht einräumt, Dritte für diese straflos in Unrecht durch eine *Fremd-Tötung* zu verstricken. Die Selbstbestimmung endet dort, wo sie zur Fremdbestimmung eines anderen Menschen wird. Das ist nach Art. 2 Abs. 2 Satz 3 GG auch für § 216 StGB verfassungsrechtlich unbedenklich.

1. Daran gemessen ist der Gesetzentwurf der Abgeordneten Sensburg et al. BT-Drs. 18/ 5376, der die generelle Strafbarkeit der Teilnahme an einer Selbsttötung vorsieht, zu weitgehend.¹⁸ Zwar wäre eine solche Regelung ohne weiteres möglich und verfassungsrechtlich vertretbar, da es grundsätzlich Sache des Gesetzgebers ist, den Bereich strafbaren Handelns verbindlich festzulegen.¹⁹ Das geltende Recht hat sich jedoch prinzipiell bewährt. Zwar trifft es zu, dass die allermeisten Länder der EU eine selbstständige Strafbarkeit der Suizidteilnahme kennen. Dies ist jedoch in der Regel den anderen Rechtssystemen geschuldet und zwingt nicht dazu, dem zu folgen. Auch der EGMR bekennt sich zur Vielfalt der europäischen Rechtssysteme

¹⁸ Ebenfalls die grundsätzliche Strafbarkeit der Suizidbeihilfe, allerdings mit Ausnahmeregelungen für Angehörige, nahestehende Personen und Ärzte, vorgeschlagen hat eine aus Ärzten, Ethikern und Juristen bestehende Personengruppe schon 2014 (Borasio, Jox, Taupitz, Wiesing, Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben, Kohlhammer Stuttgart, 2014), aber wohl eher mit dem Ziel, die Teilnahme von Ärzten an Selbsttötungen unter engen Voraussetzungen als Ausnahme von der Regel akzeptabler zu machen. Gegen diesen Vorschlag u.a. Neumann, Beihilfe zur Selbsttötung nur durch Ärzte?, Medstra 2015, 16 ff.

¹⁹ Siehe u.a. BVerfGE 120, 224 ff Rdn. 35, 38, zitiert nach juris.

und belässt den nationalen Gesetzgebern in der Regel einen Ermessensspielraum gerade auch bei Fragen der Sterbehilfe.²⁰ Dass sich je nach Fallgestaltung Unterstützungshandlungen für einen Suizid bei kritischer Bewertung als taterschaftliche Fremdtötung darstellen können,²¹ ist nicht zu bestreiten, aber ein Umstand, der durch die zuständigen Strafverfolgungsbehörden und Gerichte aufzuklären und zu bewerten und gegebenenfalls abzuurteilen ist.

Schließlich ist auch das Rechtsempfinden einer Mehrheit in der Bevölkerung, die die Beihilfe zum Suizid schon gegenwärtig fälschlich für strafbewehrt hält, eine Frage der unzureichenden Aufklärung über die geltende Rechtslage. Für die vorgeschlagene weitreichende Gesetzesänderung besteht deshalb m.E. kein hinreichender Grund. Es erscheint auch als unverhältnismäßig, der nicht unberechtigten Befürchtung, eine ausdrückliche gesetzliche Regelung der Erlaubnis für Ärzte, Beihilfe zu Selbsttötungen zu leisten zu dürfen, würde einen neuartigen Erwartungs- und Entscheidungshorizont der Gesellschaft gegenüber dem alten und/oder kranken Menschen eröffnet,²² durch eine generelle Strafbarkeit der Suizidbeihilfe zu begegnen. Es ist zwar zutreffend, dass die Zahl der Suizide gerade bei alten Menschen in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen ist, je älter der Mensch desto höher liegt das Suizidrisiko.²³ Aber dem Gesetzgeber stehen auch weniger einschneidende Möglichkeiten zur Verfügung als die ausnahmslose Strafbarkeit einer Suizidbeihilfe, um mit gesetzliche Regelungen derartigen Gefahren einzudämmen.

2. Einen solchen Weg zeigt der Entwurf der Abgeordneten Brand, Griese et al. BT-Drs. 18/5373 auf, die nicht generell die Beihilfe zu einem Suizid, sondern lediglich die Förderung der Selbsttötung eines anderen durch geschäftsmäßige Verhaltensweisen unter Strafe stellen wollen, die im Tatbestand des Gesetzes konkret aufgeführt

²⁰ Hierzu z.B. EGMR NJW 2002, 2851 ff, Urteil v. 29.04.2002, Beschwerde Nr. 2346/02 (Pretty / Vereinigtes Königreich) und zuletzt EGMR, Urteil der Großen Kammer v. 05.06.2015, Beschwerde Nr. 46043/14 (Lambert u.a./ Frankreich) mit Besprechung von Schlüter HRRS 2015 (8-9) S. 327 ff.

²¹ BT-Drs. 18/5376, Begründung S. 6.

²² So m.E. zutreffend Sensburg et al, BT-Drs. 18/5376 Begründung S. 5. Auch der Deutsche Ethikrat, Ad-hoc-Empfehlung, 2014, S. 4, hat nachdrücklich davor gewarnt, dass eine regelhaft angebotene Suizidbeihilfe durch Ärzte als „Normalfall“ einer ärztlichen Hilfeleistung am Lebensende geeignet ist, den gesellschaftlichen Respekt vor dem Leben zu schwächen.

²³ So die übereinstimmenden Meldungen in der Süddeutschen Zeitung, S. 5 und im Tagespiegel S. 040, jeweils vom 15.03.2015; Bericht in der Westdeutschen Allgemeinen Zeitung v. 11.09.2015 S. 5: „Suizidrate der über 60jährigen steigt“. Siehe auch die tabellarische Darstellung „Suizide nach Altersgruppen“ des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2013 unter www.destatis.de, unter den Links „Gesundheit“ und „Todesursachen“.

werden. Tatbestandshandlungen des mit § 217 StGB vorgeschlagenen neuen Straftatbestandes sollen danach *geschäftsmäßiges* Gewähren, Verschaffen oder Vermitteln der Gelegenheit zur Selbsttötung sein, somit Handlungsmodalitäten, die im StGB schon bei anderen Straftatbeständen Verwendung finden,²⁴ und die bereits der Entwurf der Bundesregierung aus dem Jahr 2012 als tatbestandsmäßige Handlung eines neuen Straftatbestandes der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung vorgesehen hatte.²⁵ Hierdurch sollen typische Unterstützungshandlungen *im Vorfeld einer Selbsttötung* unter Strafe gestellt werden, um – so die Begründung – der Entwicklung der bisher straflosen (individuell) geleisteten Beihilfe zum Suizid hin zu einem Dienstleistungsangebot der gesundheitlichen Versorgung zum Schutz der Selbstbestimmung und des Grundrechts auf Leben bzw. des Integritäts- und Autonomieschutzes entgegenzuwirken.²⁶

a) Tatbestandliches Handeln in Form eines Gewährens oder Verschaffens einer Gelegenheit ist anzunehmen, wenn der Täter äußere Umstände herbeiführt, die geeignet sind, die Selbsttötung zu ermöglichen oder zu erleichtern. Ein Vermitteln liegt vor, wenn der Täter den Kontakt zwischen der suizidwilligen Person und demjenigen herstellt, der die Gelegenheit zur Selbsttötung gewährt oder verschafft.²⁷ Strafbar sollen solche Verhaltensweisen nach den Autoren des Entwurfs jedoch *nur* sein, wenn sie „geschäftsmäßig“ begangen werden, was nach herkömmlichem strafrechtlichen Verständnis ein auf Wiederholung angelegtes gleichartiges Handeln und den Willen des Täters voraussetzt, dieses zu einem wiederkehrenden Bestandteil seiner beruflichen oder wirtschaftlichen Betätigungen zu machen, ohne dass es dabei auf eine Gewinnerzielungsabsicht ankäme.²⁸

b) Das *strafbarkeitsbegründende Merkmal der Geschäftsmäßigkeit* macht also deutlich, dass es sich um ein auf Wiederholung angelegtes Verhalten, nämlich eine regelmäßige Dienstleistung, ein regelmäßiges Dienstleistungsangebot zur Förderung von Selbsttötungen suizidgeneigter Personen handeln muss, denen regelhaft der

²⁴ So z.B. in § 180 Abs. 1 StGB.

²⁵ BT-Drs. 17/1126.

²⁶ Brand, Griese et al. BT-Drs. 18/5373 Begründung S. 2 f und S. 11.

²⁷ BT-Drs. 18/5373 S. 18 und schon BT-Drs. 17/1126 S. 11; vgl. auch Hilgendorf Zur Strafwürdigkeit organisierter Sterbehilfe, JZ 2014, 545, 548.

²⁸ Vgl. u.a. Kühl in Lackner/Kühl, StGB, 28. Aufl., Vor § 52 20 und § 206 Rdn. 2; Sternberg-Lieben/Bosch in Schönke/Schröder, StGB, 29. Aufl., Vor §§ 52 ff Rdn. 97 und die übrigen in BT-Drs. 18/5373 S. 17 mitgeteilten Nachweise.

Zugang zu einer Möglichkeit eröffnet oder zumindest erleichtert werden soll, einen Suizid zu begehen. Das individuelle, auf Heilung, Leidenslinderung, sowie medizinische Hilfe und Rat angelegte Arzt-Patientenverhältnis wird davon *nicht* erfasst. Solange der Arzt/die Ärztin sich seinem/ihrem Heilauftrag und ärztlichen Gewissen verpflichtet fühlen und entsprechend ihre Patienten behandeln, kommt ein strafbares Verhalten i.S.d. des vorgeschlagenen Straftatbestands nicht in Betracht, selbst wenn in Ausnahmesituationen – „im Einzelfall“ – eine Gewissensentscheidung des Arztes/der Ärztin dazu führt, einem schwerleidenden Patienten bei dem Wunsch behilflich zu sein, einen für ihn nicht mehr erträglichen Leidenszustand zu beenden. Es fehlt an dem strafbarkeitsbegründenden Merkmal der Geschäftsmäßigkeit.²⁹

c) Anders würde sich die Situation allerdings darstellen, wenn der einzelne Arzt oder die Ärztin häufiger „Gewissensentscheidungen“ im Sinne einer Suizidunterstützung umsetzen würde. Die Annahme eines „geschäftsmäßigen“ Verhaltens läge dann nicht fern. In der Konstellation mit regelmäßigen Unterstützungsleistungen wirkt eine einzelfallbezogene, (angeblich) extremen Umständen geschuldete exkulperende Gewissensentscheidungen wenig glaubhaft. Eine „Gewissensentscheidung“ für die der Grundrechtsschutz des Art. 4 Abs. 1 GG reklamiert werden könnte, muss sich im konkret zu entscheidenden Fall jeweils als eine „ernste sittliche, d.h. an den Kategorien von Gut und Böse orientierte Entscheidung“ einordnen lassen können.³⁰

d) Das Gutachten des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages WD 3 – 3000 – 188/15 zu dem Entwurf BT-Drs. 18/5373 äußert Zweifel, ob der Entwurf hinsichtlich der unter Strafe gestellten geschäftsmäßigen Sterbehilfe dem verfassungsrechtlich geforderten Bestimmtheitsgebot genügt.³¹ Diese Zweifel teile ich nicht.

Nach der gefestigten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Gesetzlichkeitsprinzip und Bestimmtheitsgebot im Strafrecht muss ein Strafgesetz so gefasst sein, dass die Normadressaten im Regelfall bereits am Wortlaut der Gesetze voraussehen können, was strafrechtlich verboten ist und welche Strafe ihnen im Falle eines Verstoßes gegen das Verbot droht, damit sie ihr Verhalten entsprechend einrichten können. Die Verwendung unbestimmter, wertausfüllungsbedürftiger

²⁹ Insoweit wohl zweifelnd Hilgendorf, Zur Strafwürdigkeit organisierter Sterbehilfe, JZ 2014, 545, 549.

³⁰ Gutachten des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages WD 3 – 3000 – 215/14 unter Bezugnahme auf die Definition in BVerfGE 12, 45, 55 und 48, 127, 173.

³¹ Gutachten WD 3 – 3000 – 188/15 S. 10 f.

Begriffe und Generalklauseln ist zulässig, weil das Strafrecht wegen der Allgemeinheit und Abstraktheit von Strafgesetzen nicht darauf verzichten kann, allgemeine Begriffe zu verwenden, die der besonderen Deutung durch den Richter bedürfen.³²

Der Begriff der Geschäftsmäßigkeit ist in unserer Rechtsordnung ein gängiger und von der Rechtsprechung stets im selben Sinn verwendeter Begriff, der auf Wiederholung angelegte Tätigkeiten oder Verhaltensweisen kennzeichnet, die nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet sein müssen.³³ Das wird in der Begründung dieses Gesetzentwurfs ausführlich und erschöpfend dargelegt. Durch die Formulierungen des Gesetzentwurfs wird außerdem klar zum Ausdruck gebracht, dass die unter Strafe gestellte Handlungen, *das Gewähren, Verschaffen oder Vermitteln von Gelegenheiten zur Selbsttötung, geschäftsmäßig* begangen werden müssen.

Die Gefahr, dass medizinische, insbesondere palliativ-medizinische Behandlungen zur Heilung oder Leidenslinderung von den genannten tatbestandsmäßigen Verhaltensweisen nicht in genügender Deutlichkeit unterschieden werden könnten, besteht nicht. Es wäre allenfalls zu erwägen, ob zur Klarstellung des Gemeinten eine Definition des Begriffs der Geschäftsmäßigkeit so, wie bisher in der Entwurfsbegründung beschrieben, in den Gesetzestext übernommen werden könnte.³⁴

e) Gegen solche im Vorfeld einer Selbsttötung angesiedelten selbständigen Strafbarkeit von Vorbereitungs- oder Unterstützungshandlungen wird gelegentlich eingewandt, es fehle an einem zu schützenden Rechtsgut, da die freiverantwortliche Selbsttötung kein strafrechtliches Unrecht sei und deshalb keine Rechtsgutsrelevanz habe und ein anders, für die Selbsttötungsteilnahme relevantes Rechtsgut nicht ersichtlich sei.³⁵ Das ist nur richtig, wenn stets von der Prämisse eines freiverantwortlichen Suizids ausgegangen werden könnte. Die Frage ist aber gerade,

³² Eisele, Die Regelbeispiele im Strafrecht (2004) S. 388 ff; Kühl in Lackner/Kühl, StGB, § 1 Rdn. 2; Pieroth in Jarass/Pieroth GG Art. 103 Rdn. 48 f.; BVerfGE, Beschluss des 2. Senats vom 23.06.2010 – 2 BvR 2559/08 u.a. – dort Rdn. 69 -76, zur Verfassungsmäßigkeit des Untreuetatbestands des § 266 StGB; alle Fundstellen m.w.N.

³³ U.a. RGSt. 61, 47, 52 f; 72, 323, 315; BGH NJW-RR 2005, 286, 287 Rdn.10; sowie die übrigen in BT-Drs. 18/5373 S.16 f. aufgeführten Rechtsprechungsnachweise.

³⁴ Etwa dahingehend, „Geschäftsmäßig handelt, wer...“

³⁵ Saliger, Medstra 2015, 132, 137; Rosenau in seiner Stellungnahme S. 2 anlässlich der Anhörung durch den Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages am 12.12.2013 zu BT-Drs. 17/11126 (http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anhoerungen/archiv/35_Selbst_tung/index.html); vgl. auch Neumann Medstra 2015, 16, 18.

ob es sich in allen Fällen eines Suizides um ein freiverantwortliches Verhalten handelt. Dass dem in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht so ist, belegen nahezu alle Ergebnisse der Suizidforschung, so dass ein Interesse der Allgemeinheit daran besteht, in diesem Vorfeldbereich unfreiwilligen, übereilten oder durch eine geistig/psychisch bedingte Beeinträchtigungen hervorgerufenen Selbsttötungsvorhaben entgegen zu wirken und deren Realisierung zu verhindern.

Der Übereilungsschutz ist ein legitimes Schutzinteresse nicht nur für den Einzelnen, sondern auch für die Allgemeinheit in Bezug auf das Leben ihrer Mitglieder, die grundsätzlich vom Staat Schutz vor vermeidbaren Gefahren für Leib und Leben erwarten können.³⁶ Denn ein im alltäglichen Leben akzeptierter und als gewöhnliche Dienstleistung in Anspruch genommener „Selbsttötungsservice“ wird die Gefahr herauf beschwören, dass Alte und Kranke sich gedrängt oder verpflichtet sehen, Gründe dafür anführen zu müssen, warum sie weiter leben und aufwendig versorgt werden und (noch) nicht sterben wollen. Das Weiterleben-Wollen wäre begründungspflichtig.³⁷ Das würde eine Pervertierung des individuellen Selbstbestimmungsrechts bedeuten und wäre ein Schritt in Richtung einer Entsolidarisierung in unserer Gesellschaft.

f) Das von dem Entwurf mit § 217 StGB vorgeschlagene abstrakte Gefährdungsdelikt der „Förderung der Selbsttötung“ durch geschäftsmäßiges Gewähren, Verschaffen oder Vermitteln von Gelegenheiten zur Selbsttötung hat nicht nur den Schutz des individuellen Lebens, sondern auch das Allgemeininteresse an einer Sicherung der Autonomie eines jeden Bürgers vor übereilten oder auch fremdbestimmten Sterbewünschen im Blick.³⁸

g) Der persönliche Strafausschlussgrund des Absatz 2 für die Teilnahme nicht geschäftsmäßig handelnder Angehörige und nahestehender Personen des sterbewilligen „anderen“ des Absatz 1, dem die Förderung seiner Selbsttötung zu Teil werden soll, ist im Hinblick auf § 28 Abs. 1 StGB³⁹ erforderlich, um diesen

³⁶ Engländer, Strafbarkeit der Suizidbeteiligung in Schönemann –FS (2014) S. 583, 591 ff.

³⁷ So schon zutreffend BT-Drs. 17/11126 Begründung S. 6.

³⁸ Vgl. BT-Drs.18/5373 Begründung S. 10 und 12.

³⁹ § 28 StGB findet Anwendung bei besonderen persönlichen Merkmal wie hier dem „geschäftsmäßigen“ Fördern; sein Absatz 1 gilt für strafbegründende persönliche Merkmale und lautet: „Fehlen besondere persönliche Merkmale (§ 14 Abs. 1), welche die Strafbarkeit des Täters begründen, beim Teilnehmer (Anstifter oder Gehilfe), so ist dessen Strafe nach § 49 Abs. 1 zu mildern.“

Angehörigen usw. straffrei zu stellen. Denn Unterstützungshandlungen für den Suizidenten können sich zugleich auch fördernd auf die Tat des Täters des § 217 StGB auswirken, etwa dann, wenn sie den Sterbewilligen zu der vom Täter gewährten Gelegenheit begleiten. Zwar wird es ihnen in der Regel darauf ankommen, dem Angehörigen, Freund usw. Beistand zu leisten, sie wissen aber oder nehmen in Kauf, dass dies auch die Förderungshandlung des Täters unterstützt. Selbst wenn sie selbst nicht geschäftsmäßig handeln, würden sie sich als Gehilfe des § 217 Abs. 1 strafbar machen, wenn auch nach § 28 Abs. 1 StGB aus einem gemilderten Strafraum. Bedenken hinsichtlich der Bestimmtheit dieses Absatzes bestehen nicht. Wer Angehöriger ist, folgt aus § 11 Abs. 1 Nr. 1 StGB, die nahe stehenden Personen werden auch in anderen Vorschriften des StGB genannt (z.B. § 35 Abs. 1 Satz 1 StGB) und sind durch Rechtsprechung und Rechtswissenschaft hinreichend konkretisiert.⁴⁰

II. Die beiden Gesetzentwürfe BT-Drs. 18/5374 und BT-Drs. 18/5375 schlagen andere Lösungswege vor.

Während die Abgeordneten Hintze et al. mit ihrem Entwurf BT-Drs. 18/5374 mit einem neuen § 1921a BGB-E zur ärztlich begleiteten Lebensbeendigung eine rein zivilrechtliche Lösung anstreben, wollen die Abgeordneten Künast et al. mit dem Entwurf BT-Drs. 18/5375 ein eigenes „Gesetz über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung“ schaffen. Mit diesem elf Paragrafen mit Verhaltensgeboten und -verboten umfassenden Gesetz verfolgen die Autoren das Ziel, Rechtsunsicherheiten in der Bevölkerung und bei Ärzten hinsichtlich der Straffreiheit einer Hilfe zur Selbsttötung zu beseitigen. Beiden Entwürfen ist gemeinsam, dass sie entgegen den berufsrechtlichen Bestimmungen zur Berufsausübung der Ärzte in den Berufsordnungen mehrerer Landesärztekammern ausdrücklich unter bestimmten gesetzlich festgelegten Voraussetzungen den Ärzten/Ärztinnen erlauben wollen, dem Wunsch des Patienten nach Hilfe bei einer selbstvollzogenen Lebensbeendigung nachzukommen.

1) Insoweit begegnen beide Entwürfe aber schon formalen verfassungsrechtlichen Bedenken hinsichtlich der Gesetzgebungskompetenz des Bundes, weil sie die

⁴⁰ Siehe Zieschang in LK, 12. Aufl., § 35 Rdn 33 ff. m.w.N.

länderrechtliche Gesetzgebungskompetenz zur Regelung der Berufsausübung durch Ärzte tangieren bzw. verletzen, wie in dem Gutachten des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages WD 3 -3000 – 155/15 S. 6 ff. und S. 18 näher dargelegt wird.⁴¹ Dies gilt hinsichtlich der § 3, § 7 Abs. 1 und § 8 des Entwurfs BT-Drs. 18/5375, durch die Ärzten unter bestimmten Voraussetzungen die Beihilfe zur Selbsttötung erlaubt wird und hinsichtlich des § 9 Abs. 1, der die Nichteinhaltung der Voraussetzungen für eine erlaubte ärztliche Suizidbeihilfe mit Strafe bedroht, ferner für § 6 Abs. 2, der die Hilfe zur Selbsttötung als möglichen ärztlichen Aufgabe bezeichnet und entgegen stehende berufsrechtliche Regelungen für unwirksam erklärt.⁴² Gleiche Bedenken bestehen hinsichtlich § 1921a Abs. 2 BGB-E des BT-Drs. 18/5374⁴³, der konkrete Verhaltensweisen für die Ärzte vorschreibt, wenn sie in zulässiger Weise die Hilfe zur Selbsttötung leiten wollen. Hinzukommt, dass auch die Autoren dieses Gesetzentwurfs laut Begründung⁴⁴ der Auffassung sind, dass die neu zu schaffende Rechtsnorm im BGB Vorrang vor den berufsrechtlichen Regelungen der Landesärztekammern habe, so dass entgegen stehende berufsrechtliche Vorschriften verdrängt würden und nicht anwendbar sein sollen.

Nach Einschätzung des Gutachtens lässt sich für beide Gesetzentwürfe in dieser Hinsicht eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes weder aus Gründen der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz für das Straf- und Zivilrecht noch aus ungeschriebenen Gründen kraft Sachzusammenhangs schlüssig begründen. Diese Bedenken sind nicht von der Hand zu weisen.

2) Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass auch materiell-rechtliche Bedenken gegen die beiden Entwürfe bestehen, weil das Berufsrecht durchaus mit allgemeingültigem Bundesrecht in Widerspruch stehen darf, indem es allgemein nicht strafbares Verhalten für die Angehörigen einer bestimmten Berufsgruppe verbietet, wie z.B. die gegensätzlichen Regelungen der Beihilfe zur Selbsttötung durch einen Arzt belegen.⁴⁵

⁴¹ Zur Gesetzgebungskompetenz ebenso Pieroth in Jarass/Pieroth GG Art 74 Rdn. 44 f.; Scholz in Spickhoff, Medizinrecht, 2. Aufl., Musterberufsordnung (MBO), Vorbem. Rdn. 2 m.w.N.

⁴² Gutachten WD 3 – 3000 – 155/15 S. 8.

⁴³ Gutachten, Fn 42, S. 18.

⁴⁴ BT-Drs. 18/5374 S. 11.

⁴⁵ VG Berlin MedR 2013, 58, 63; Henking, Der ärztlich assistierte Suizid und die Diskussion um die Sterbehilfeorganisationen, JR 2015 174, 181; Scholz in Spickhoff, Medizinrecht, MBO § 16 Rdn. 5 m.w.N.

Insbesondere darf eine zusätzliche strafrechtliche Konsequenz nicht übersehen werden. Soll es eine ärztliche Aufgabe werden, schwerkranken Patienten auf deren Wunsch hin Suizidbeihilfe zu leisten, müsste das auch in § 13 BtMG Niederschlag finden, da andernfalls der Arzt/die Ärztin Gefahr läuft, sich wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz strafbar zu machen, wenn zur Durchführung der Beihilfe zum Suizid ein Betäubungsmittel zum Einsatz kommen soll. Die Strafbarkeit wegen eines solchen Betäubungsmitteldelikts wird nicht durch eine generelle Erlaubnis der Suizidbeihilfe aufgehoben.⁴⁶

Bedenken müssen auch insofern angemeldet werden als die genannten beiden Entwürfe die Hilfe zur Selbsttötung in bestimmten Konstellationen als „ärztliche Aufgabe“ konzipieren wollen,⁴⁷ deren Erfüllung allerdings dem Arzt frei gestellt sein soll. Eine solche Regelung mutet widersprüchlich an. Denn wenn die Suizidbeihilfe eine ärztliche Aufgabe ist, dann hat der Arzt sie im Fall der dafür vorliegenden Voraussetzungen auch wahrzunehmen. Dass dann im Behandlungsfall entsprechende Gebühren abgerechnet werden dürfen, liegt nahe. Dies müsste deshalb in den Gebührenordnungen seinen Niederschlag finden usw.

Besteht eine solche ärztliche Aufgabe zur Suizidbeihilfe, hat dies „Fernwirkungen“. So muss die Ausbildung der Ärzte generell ein entsprechendes Ausbildungsangebot beinhalten. Denn die von ihnen gegenüber der von medizinisch nicht ausgebildeten Personen geleisteten Unterstützung zu erwartende besondere Qualität der professionellen Hilfeleistung beim Suizid schwerkranker Menschen wird sich nicht in der routinierten Verabreichung von Beruhigungsspritzen oder im Verschreiben todbringender Medikamente erschöpfen können. Es müsste also auch ein Anforderungsprofil für eine wissenschaftlich fundierte und qualitätsorientierte Ausbildung junger Ärzte und Ärztinnen, namentlich im psychodiagnostischen Bereich geschaffen werden, damit diese später ihre sensible Aufgabe entsprechend dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wahrnehmen können.

Bochum, den 13. September 2015, gez. Ruth Rissing-van Saan

⁴⁶ Vgl. BGHSt. 46, 279, 286 ff.; Gavela, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe (2013), S. 46 ff.

⁴⁷ So jedenfalls der Entwurf BT-Drs. 18/5375 in § 6 des vorgeschlagenen Gesetzes und der Entwurf in BT-Drs. 18/5374 ausweislich der Begründung S. 9 und 11 zumindest mittelbar.

Gesetzliche Regelungen im Blick auf Assistenz beim Suizid

Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages, am 23. September 2015

Priv. - Doz. Dr. med. habil. Stephan Sahm

Einführung:

Für eine gesetzliche Regelung im Blick auf Assistenz bei der Selbsttötung wurden vier unterschiedliche Entwürfe vorgelegt. Zur Frage der Angemessenheit der Regelungsentwürfe ist sachverständlich Stellung zu nehmen. Dazu ist es notwendig, die medizinische Praxis und Grundsätze der Ethik in der Medizin in den Blick wie auch empirische Befunde aus den Ländern zur Kenntnis zu nehmen, in denen Assistenz bei Selbsttötung gesellschaftlich und in gesetzlichen Regelungen akzeptiert angeboten wird.

I. Begriffliche Klarstellung

In der dem Gesetzgebungsverfahren vorangehenden und begleitenden öffentlichen Debatte werden unterschiedliche Begriffe zur Bezeichnung medizinischer Handlungen am Lebensende verwendet. Ungeachtet der ethischen Bewertung von Suizid und Assistenz beim Suizid empfiehlt es sich, zunächst Klarheit über die verwendeten Bezeichnungen herzustellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in der Diskussion auf die Rolle der Ärzteschaft abgehoben wird.

In vielfältigen Stellungnahmen und Dokumenten werden die Begriffe „passive“ Sterbehilfe und „indirekte“ Sterbehilfe wiederholt gebraucht.¹ Diese Begriffe haben sich jedoch als völlig ungeeignet für die Beschreibung medizinischer Handlungen am Lebensende erwiesen. Internationale Fachgesellschaften, die Europäische Vereinigung der Palliativmediziner, auch die verfasste Ärzteschaft in Deutschland, der Deutsche Ethikrat und eine Vielzahl professioneller Organisationen und Vereinigungen haben seit mehr als zwei Jahrzehnten

¹ So etwa eine Stellungnahme von Strafrechtlern zum Thema. S. https://www.jura.uni-augsburg.de/lehrende/professoren/rosenau/download/Resolution_zur_Sterbehilfe_15_4.pdf (zuletzt eingesehen 25.8.2015)

darauf aufmerksam gemacht, dass diese Begriffe nicht mehr verwendet werden sollten.² Sie treffen nicht was sie meinen und führen zu Missverständnissen. Im wegweisenden Dokument der deutschen Ärzteschaft zum Problemkreis wird eine Nomenklatur und Begrifflichkeit verwendet, die Handlungen sachgemäß wiedergibt und ihre normative Bedeutung angemessen widerspiegelt.³

Stellt sich im Verlauf einer Erkrankung heraus, dass die gegen die Krankheit gerichtete Behandlung wirkungslos oder mit unzumutbaren Belastungen verbunden ist, entfällt die Behandlungsverpflichtung, mithin die Indikation. Eine andersgelagerte, jedoch ebenso absolut zu beachtende Grenze tut sich auf, wenn Patienten eine Behandlung ablehnen. Dies gilt unabhängig davon, ob die empfohlene Behandlung medizinisch aussichtsreich ist. Sind der Erhalt des Lebens und die Lebensverlängerung aufgrund der hinfälligen Indikationen oder Ablehnung durch den Patienten keine Ziele mehr, dann tritt die Linderung von Beschwerden alleine in den Vordergrund. Das kommt im Begriff der Änderung des Therapiezieles zum Ausdruck. Dies bedeutet nicht, dass lindernde Therapien erst dann zum Einsatz kommen, vielmehr sind sie immer verpflichtend, wenn Symptome vorhanden sind. Die Grenze, die im Begriff „Änderung des Therapiezieles“ markiert wird, charakterisiert eine Behandlungssituation, in der die ausschließliche Linderung Inhalt aller pflegerischen und medizinischen Maßnahmen wird. Die Änderung des Therapiezieles kennzeichnet eine Grenzsituation der medizinischen Praxis. Sie ist jedoch im medizinischen Alltag sehr häufig und gehört zur Routine der ärztlichen Praxis.

Entgegen einer gelegentlich noch anzutreffenden Anschauung, gehören Entscheidungen über Begrenzungen spezifischer Therapiemaßnahmen zu den häufigen Entscheidungen in der Medizin. Eine Vielzahl von Untersuchungen aus mehreren europäischen Nationen zeigt, dass bei Sterbefällen im Krankenhaus und anderen Institutionen in einer überwältigenden Mehrzahl der Fälle (größer 80 %) eine Entscheidung über die Begrenzung einer Behandlungsmaßnahme getroffen worden ist.⁴

Es ist irreführend, die Therapiezieländerung, die Ausrichtung der Therapie hin zur alleinigen Linderung, als passive Sterbehilfe zu bezeichnen. Denn die Behandlungsteams bleiben aktiv.

² Für eine Übersicht s. Salm S, Sterbebegleitung und Patientenverfügung, Frankfurt 2006.

³ Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung, Dtsch Arztebl 1998; 95(39): A-2366. Bemerkenswert ist, dass der Publikation der Grundsätze eine lang anhaltende Diskussion unter Teilnahme breiter Gesellschaftschichten vorausging. Das Dokument wurde danach in Nebenaspekten modifiziert, doch in den Grundaussagen unverändert belassen. S. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf

⁴ Hier nur exemplarisch Van der Heide A, Deliens L, Faisst K et al. End-of-Life-decisionmaking in six European countries: a descriptive study. The Lancet 361, 345-50.

Der Akt der Entscheidung als auch die daraus folgenden Maßnahmen sind aktive Handlungen. Sie werden von den medizinisch Tätigen so erlebt. Die Formulierung „passive“ Sterbehilfe im Gegensatz zur verbotenen „aktiven“ Sterbehilfe suggeriert zudem, es gäbe eine Gleichsetzung von *aktiv* gleich verboten, *passiv* gleich erlaubt. Es entsteht ein Missverständnis in der Weise, dass die passive Sterbehilfe vermeintlich nicht von der Handlung der verbotenen aktiven Sterbehilfe abzugrenzen sei. Die von vielen Fachgesellschaften und auch der deutschen Ärzteschaft gebrauchten Begriffe vermeiden dieses unnötige Missverständnis. Das ist bedeutsam. Die in der medizinischen Praxis klare begriffliche Abgrenzung ist grundlegend für das ethisch integre Verhalten von Pflegenden und Ärzten.

Zu ähnlicher Verwirrung führt der Begriff der sogenannten indirekten Sterbehilfe. Er unterstellt, die Herbeiführung des Todes sei notwendiger Bestandteil der Palliativmedizin zur Erreichung der Schmerzfreiheit von Patienten. Diese Behauptung ist im Blick auf die medizinischen Tatsachen falsch und in ethischer Hinsicht irreführend. Kunstgerecht durchgeführte Schmerztherapie verlängert Leben, gefährdet es nicht.⁵ Selbst die häufig als Grenzfall bezeichnete therapeutische Sedierung verkürzt die Lebensspanne nicht. Es verhält sich in der Mehrzahl der Fälle genau umgekehrt. Ein weiterer Aspekt ist zu beachten. Medizinische Maßnahmen, jedweder Art in Diagnostik und Therapie, gehen immer mit der Gefahr einher, unerwünschte Folgen nach sich zu ziehen, selbst den Tod zu verursachen. Doch dieses Risiko ist bei allgemein akzeptierten Routineeingriffen wie Operation der Gallenblase, Blinddarmoperationen, Verschreibung von Mitteln gegen Herz-Rhythmusstörungen etc. weitaus höher gelagert, als im Bereich der Palliativmedizin. Die palliativmedizinische Behandlung orientiert sich an Symptomen. Ihr Ziel ist die Linderung. Die Auswahl der Mittel orientiert sich an der Erreichung dieses Zieles. Es ist wie bei jeder medizinischen Maßnahme niemals auszuschließen, dass es zu einem vorzeitigen Tod kommt. Die Palliativmedizin unterscheidet sich in dieser Hinsicht nicht von anderen medizinischen Maßnahmen. Nur ist die Rate tödlicher Komplikationen weitaus geringer als in anderen Bereichen der Medizin.

Die Unterstellung, Schmerztherapie sei gezwungen, den Tod in Kauf zu nehmen und sei damit eine Handlung, die den Tod herbeizuführen beabsichtige, ist daher nicht haltbar. Es

⁵ S. Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL_Palliativmedizin_Langversion_1_1.pdf

gibt keinen Grund der Palliativmedizin die Intention zu unterstellen, sie wolle Leben beenden. Andernfalls führt es zur absurden Konsequenz, alles medizinische Handeln mit beabsichtigten Akten der Lebensbeendigung normativ gleichzustellen.

Es ist empirisch gesichertes medizinisches Wissen und entsprechende Praxis, dass kunstgerechte Schmerztherapie nicht zur Lebensverkürzung führt. Diese Erkenntnis basiert auf dem höchsten Evidenzgrad für medizinische Fachaussagen.⁶

Zwischenresümee: Medizinische Handlungen lassen sich begrifflich und ethisch eindeutig beschreiben. Eine Grauzone, die eine Unterscheidung zwischen Handlungen mit Tötungsabsicht und medizinisch indizierter Behandlung (und deren ggf. unerwünschten Folgen) zulässt, existiert nicht.

In den folgenden Ausführungen werden die Begriffe „assistierte“ Suizidhilfe und „Beihilfe“ zum Suizid synonym gebraucht. Die Abgrenzung der verbotenen Tötung auf Verlangen vom „assistierten“ Suizid und insbesondere „ärztlich assistiertem“ Suizid ist eindeutig und bedarf an dieser Stelle keiner erneuten Erläuterung.

II. Beurteilung des „assistierten“ Suizids aus ethischer Sicht

In einer säkularen Gesellschaft entzieht sich eine Suizidhandlung der ethischen Bewertung. Aus der Sicht der Verfassung wird auch die Freiheit zum Tode ungeachtet der Bewertung in religiösen Bekenntnissen oder säkularen Ethiken geschützt. Dies gilt selbstredend nur für den freien, nicht durch psychologische Umstände oder krankheitsbedingt verursachten Bilanzsuizid. Diese Einschränkung weist auf einen besonderen Sachverhalt hin: Die Suizidhandlung entzieht sich einer ethischen Bewertung, doch folgt daraus nicht, dass der Suizid eine Handlung sei, die es zu befördern gilt. Die in Ableitung der Grundrechte geschützte Freiheit zum Suizid bedeutet Enthaltung des Urteils. Dafür gibt es eine Reihe guter Gründe. Es ist die Grundlage eines jeden Gemeinwesens, jeglicher staatlichen Gemeinschaft und auch der durch Menschenrechte verbundenen Menschheitsfamilie, dass die Existenz eines jeden Mitgliedes der Gemeinschaft seiner Nichtexistenz vorgezogen wird. Diese Regel gilt ausnahmslos. Denn Grundlage der Menschenrechte ist eine Präferenz für das Leben.

⁶ Leitlinie https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL_Palliativmedizin_Langversion_1_1.pdf

Insbesondere gilt dies aus der Sicht der ärztlichen Ethik. Ärztliches Handeln unterliegt den Pflichten, Leiden zu lindern, Krankheiten zu verhindern oder wenn immer möglichst zu heilen und Leben zu erhalten. Daraus folgt nicht, dass die Medizin keine Grenzen kenne und Patienten eine Übertherapie fürchten müssten (s. unten). Doch widerspricht es ärztlicher Ethik – nach den Grundregeln des Zusammenlebens der sozialen Gemeinschaften (siehe oben) und aufgrund der besonderen ärztlichen Verpflichtungen gegenüber den anvertrauten Patienten -, den Tod der Patienten anzustreben. Diese Pflichten gelten gegenüber allen Patienten, ohne Ansehen der Person, gleich welcher Rasse oder Religion, unabhängig vom Versicherungsstatus und unabhängig von der Schwere der Erkrankung.

Diesen Pflichten und Handlungsmaximen widerspricht die auf Wiederholung ausgerichtete geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung, denn sie suggeriert als Angebot soziale Akzeptanz, wo allenfalls Enthaltung eines moralischen Urteils gerechtfertigt ist.

Die Beziehung von Patienten zu Ärztinnen und Ärzten ist durch eine besondere Asymmetrie gekennzeichnet. In der überwältigenden Mehrzahl folgen Patienten den Ratschlägen ihrer Ärzte. Krankheit schränkt Selbstbestimmung ein.⁷ Diese Asymmetrie ist selbst eine Erklärung für das Bedürfnis, die Entscheidung zur Selbsttötung von ärztlicher Zustimmung abhängig zu machen. Sie würde dadurch gleichsam mit einer ärztlichen Indikation versehen, was ein Gutheißen bedeutet. Die mit der ärztlichen Autorität versehene Zustimmung zur Selbsttötung ist aber ein Faktor, der die Handlung unfrei macht. Ärzte müssten befinden, ob ein Zustand unerträglich und die Selbsttötung mithin einsichtig und verstehbar sei. Genau dies widerspricht dem ärztlichen Ethos. Es gibt keine Kriterien, die Ärzten diesen Entschluss als verstehbar zu kategorisieren erlaubte.

Zwischenresümee: Diese Überlegungen sind die Basis der wiederholten Rückweisung der Assistenz beim Suizid durch die Deutsche Ärzteschaft als unärztliches Verhalten.

III. Die Medizin und Achtung ihrer Grenzen bei terminal Erkrankten

Die Assistenz zum Suizid wird im Blick auf zwei Situationen diskutiert: Einmal als ein Akt der Selbstbestimmung unabhängig von anderen Lebenszusammenhängen (Krankheit, etc.), dann im Blick auf terminale Erkrankungen und die Furcht vor unerträglichem Leid. Die obigen Ausführungen zur Bewertung der Suizidassistenz durch Ärzte sind daher vor dem

⁷ Cassell E.J. (2005) Consent or obedience? Power and authority in medicine. New England Journal of Medicine 352: S. 328-330

Hintergrund zu einer Kultur der Medizin zu betrachten, die ihre eigenen Grenzen in den Blick nimmt und achtet. Wie erwähnt, gehören Entscheidungen zur Begrenzungen spezifischer Therapiemaßnahmen längst zur Routine ärztlichen Handelns, vornehmlich im Blick auf das Lebensende.

Medizinische Untersuchungen belegen zudem die Bedeutung kommunikativer Missverständnisse, die ggf. traumatische Erfahrungen von Hinterbliebenen nach sich ziehen und zu der Einschätzung seitens Angehöriger von Erkrankten verführen, Suizidhilfe sei notwendiges Mittel, um Leid zu vermeiden. Das Urteil, die letzte Lebensphase eines Menschen sei unter der Begleitung und Betreuung der Medizin quälend gewesen, hängt u.a. ab, wie mit Betroffenen und Angehörigen kommuniziert wird.⁸ Bei gleicher medizinischer Behandlung führen qualifizierte Strategien der Kommunikation zur angemessenen Verarbeitung ohne Folgen der Traumatisierung bei Angehörigen.⁹ Diese Befunde sind beachtlich. Eine medizinische Behandlung wird verschieden erlebt, wenn unterschiedlich kommuniziert wird. Hier hat die Medizin erheblichen Verbesserungsbedarf, die Palliativmedizin nimmt diesen Gesichtspunkt Problematik aber seit Jahren in den Blick. Die Anzahl der Ärzte, die entsprechende Qualifikationen erworben haben, hat erheblich zugenommen. Qualifizierte Kommunikation ist Teil palliativmedizinischer Betreuung.

Diese Aspekte werden oft nicht berücksichtigt, wenn es Berichte über vorgeblich unzulängliche Versorgung von Patienten am Lebensende geht. Dem widerspricht nicht die Einschätzung, dass mehr Anstrengungen unternommen werden müssen, die Palliativmedizin zu stärken.

IV. Zunahme der Fälle von Suizid aufgrund des Angebotes der Assistenz des Suizids: Empirische Daten

In der öffentlichen Diskussion wird behauptet, dass sich die Fälle ärztlicher Suizidassistenz in den Ländern, in denen dies akzeptiert und gesetzlich zugelassene Praxis sei, auf konstantem

⁸ So behauptet etwa der Arzt C. Arnold, dass seine von ihm zum Suizid begleiteten Personen mit weniger Leid verstürben als viel der 850 000 Personen, die in Deutschland im Jahr sterben. Arnold, C, Letzte Hilfe. 2014. S. 187. Reinbek. Hier wird an Erlebnisse der Hinterbliebenen appelliert, deren Erfahrungen von der Führung der Behandler abhängt, s. das Folgende.

⁹ Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, Barnoud D, Bleichner G, Bruel C, Choukroun G, Curtis JR, Fieux F, Galliot R, Garrouste-Orgeas M, Georges H, Goldgran-Toledano D, Jourdain M, Loubert G, Reignier J, Saidi F, Souweine B, Vincent F, Barnes NK, Pochard F, Schlemmer B, Azoulay E. New England Journal of Medicine, 2007, 356, 469 ff

Niveau bewege. Diese Behauptung ist falsch, empirische Untersuchungen belegen das Gegenteil.

In der Schweiz hat die Zahl der Suizide im Rahmen einer dort als Freitodbegleitung bezeichnenden Assistenz erheblich zugenommen. Sie stieg an von 113 im Jahr 2000 auf 962 im Jahr 2014 (ca.800 %).¹⁰ Während die Zahl der Suizide ohne Freitodbegleitung in der Schweiz weitgehend konstant bleibt, steigt sie mit Freitodbegleitung an. Das gilt selbst dann, wenn man die sogenannten Suizidtouristen, d.h. nicht-Schweizer Personen, denen Assistenz beim Suizid geleistet wurde, abzieht. Daraus folgt, die Assistenz beim Suizid ist ein eigenständiger Faktor, der die Suizidrate erhöht. Übertragen auf die deutsche Bevölkerung muss – niedrig kalkuliert - mit einem Anstieg der Suizidrate um 30%, ca. 3000 Fällen gerechnet werden, wenn eine diese Praxis etabliert würde. Im Gegensatz dazu bleibt die Anzahl der Suizide in der Bundesrepublik bislang gleich. Eine Zunahme in der erwähnten Größenordnung – ist zu erwarten, unterstellte man eine Entwicklung wie in der Schweiz.

In vier amerikanischen Bundesstaaten ist ärztlich begleitete Suizidhilfe zulässig, nur aus dem Bundesstaat Oregon liegen bisher verlässliche Zahlen über die Inanspruchnahme vor. Entgegen einer weitverbreiteten Meinung nimmt die Zahl der Suizide auch in Oregon mit jedem Jahr zu (> 500%). Die absolute Zahl ist gering, was der geringen Einwohnerzahl des Bundesstaates zuzuschreiben ist.¹¹ In Oregon ist der ärztlich begleitete Suizid nur unter Beachtung sehr strenger Kautelen gesetzlich zulässig. Dennoch steigt die Zahl an. Die niedrigere absolute Zahl findet ihren Grund nicht darin, dass die im dort gültigen Death with Dignity Act festgelegten formalen und inhaltlichen Kriterien bei der Durchführung eine Erweiterung der Praxis verhinderten, gleichsam einen protektiven Effekt entfalteten. Ein solcher Einfluss wird behauptet, u.a. im Entwurf der MdB Hintze und Kollegen, *BT-Drucks. 18/5374*. Die Zahlen aus Oregon müssen vielmehr vor dem Hintergrund einer auch für die USA überdurchschnittlichen Suizidrate gesehen werden, die über der in der Bundesrepublik liegt.¹² Die Zugänglichkeit zu Instrumenten, die von Personen für den Suizid als „geeignet“ angesehen werden, ist selbst ein eigenständiger Faktor, der die Suizidrate erhöht. Das Zuhandensein anderer Möglichkeiten, Suizid zu begehen, *überspielt* in der Statistik aus

¹⁰ <http://www.cbsnews.com/pictures/suicide-20-states-with-highest-rates/14/> ben der Organisationen Exit, Exit –AMD, Dignitas und des Schweizer statistischen Bundesamtes.

¹¹

<https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year16.pdf>

¹² <http://www.cbsnews.com/pictures/suicide-20-states-with-highest-rates/14/>

Oregon die Zunahme des ärztlich begleiteten Suizids. Es muss nicht der Weg über die ärztliche Begleitung gewählt werden, der gleichsam überflüssig wird.¹³ Suizide werden mithin anders ausgeübt. Das widerlegt nicht, vielmehr unterstreicht die Gefahr, die vom Angebot der Suizidassistenz ausgeht, insbesondere in der bei suizidalen Personen, auch angesichts terminaler Erkrankung, immer nachweisbaren Ambivalenz.

In Belgien und den Niederlanden ist nicht nur die ärztliche Assistenz beim Suizid zulässig, vielmehr auch die Tötung auf Verlangen. Die Beobachtungen insbesondere bis in das Jahr 2014 zeigen einen dramatischen Anstieg der Fälle aktiver Sterbehilfe und der ärztlichen Suizidassistenz. Die Behauptung in der Begründung des Entwurfes der MDB Hintze und Kollegen, die Zahl assistierter Suizide bliebe gleich, ist empirisch falsch (diese steig von 2007 bis 2014 von 1923 auf > 5600; die Fälle ärztlicher Suizidassistenz von 167 auf > 330)¹⁴. Die Anzahl der ärztlich assistierten Suizide wächst nicht proportional. Die Erklärung dafür findet sich in der psychologischen und rechtlichen Bedingungen der Zulässigkeit der Suizidassistenz in den Niederlanden und Belgien. Dort müssen Ärzte attestieren, dass die von den Patienten geklagten Zustände unerträglich sind. Liegt eine solche Erklärung vor, kommt sowohl ärztlich begleiteter Suizid als auch aktive Tötung in Frage. Die Tötungshandlung einem Dritten zu überlassen ist leichter, insbesondere wenn sie mit ärztlicher Autorität durchgeführt wird. Daher wird dort eher auf die Tötung auf Verlangen rekurriert.

Zwischenresümee: Die soziale Akzeptanz und rechtliche Zulässigkeit von intendierten Tötungshandlungen und auch der Assistenz beim Suizid lässt die Anzahl der Suizide ansteigen. Dieser Schluss ergibt sich aus den bisher wissenschaftlich erhobenen Daten aus Ländern, wo solche Handlungen rechtlich zulässig sind. Diese Einsicht wird auch durch die Erkenntnisse der Suizidforschung gestützt (s. V, dort 1).

¹³ So ist das Vorhandensein von Schusswaffen in einem Haushalt mit der Suizidrate korreliert. Anglemeyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. Intern Med. 2014 Jan 21;160(2):101-10./ so auch: Miller M, Barber C, White RA, Azrael D. Firearms and suicide in the United States: is risk independent of underlying suicidal behavior? Am J Epidemiol. 2013 Sep 15;178(6):946-55. doi: 10.1093/aje/kwt197. Epub 2013 Aug 23.

¹⁴ https://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag2013DU%20def_tcm52-41744.pdf und für das Jahr 2014, in dem ein dramatischer Anstieg zu verzeichnen war, Prof. T. Boer, pers. Kommunikation. T. Boer war bis ende 2014 Mitglied einer lokalen Euthanasiekommission, die die gemeldeten Fälle aktiver Sterbehilfe und assistierten Suizids prüft.

V. Gibt es Gründe für eine Ausnahme vom Verbot der Suizidassistenz?

Die bisherigen Ausführungen stellen nicht davon frei zu prüfen, ob es Ausnahmen geben müsse von einem Verbot der Suizidassistenz. Die Gründe könnten sein die Achtung vor dem Selbstbestimmungsrecht der Personen/ Patienten oder aber medizinische Grenzsituationen, die eine Abweichung von der Norm geboten erscheinen lassen.

1. Selbstbestimmung als Rechtfertigung der ärztlichen Suizidhilfe

Auch wenn es umstritten ist, welche Grundrechtsbestimmung den Schutz eines frei verantwortlichen Suizids begründet, so ist doch von der Verfassung auch die Freiheit zum Tode als verfassungsrechtlich geschützt anerkannt. Dies schließt nicht aus, verfassungslegitime Beschränkungen der Suizidassistenz durch den Gesetzgeber einzuführen. Diese gilt es jedoch zu begründen. Dies ist insbesondere dann angezeigt, wenn das Angebot der Suizidhilfe Personen/Patienten gefährdet. Es wird behauptet, der Respekt vor der Selbstbestimmung der Personen verpflichte, von der Norm, die Suizidassistenz verwirft, abzusehen. Dagegen ist einzuwenden, dass insbesondere geschäftsmäßige Angebote, auch solche als Teil medizinischer Dienstleistung, eine soziale Akzeptanz und Ermunterung zum Suizid signalisieren, die als Verstoß gegen fundamentale Regeln der sozialen Gemeinschaft verstoßen (siehe II). Das insbesondere mit ärztlicher Autorität versehene Urteil und die Zustimmung, Suizidassistenz zu leisten, macht die Handlung unfrei. Es verhält sich umgekehrt. Der Schutz vor den Gefahren des Angebots der Suizidhilfe sichert Freiheit und Selbstbestimmung. Dies wird gestützt durch Erkenntnisse der Suizidforschung.

Suizidhandlungen reizen zur Nachahmung. Man kann von einer *Infektiösität* von Suizidhandlungen sprechen. In jedem Jahr begehen in Deutschland 100.000 Personen eine Suizidhandlung. 10.000 nur sterben an den Folgen. Von den übrigen 90.000 wiederholt die überwältigende Mehrzahl die Handlung nicht. Sie distanziert sich mithin vom Suizid. Das Angebot der Suizidhilfe und der Verweis auf ihr Selbstbestimmungsrecht stellt eine akute Gefährdung dieser Personen dar, insbesondere, in der durch die Suizidforschung belegten dramatischen Phase der Ambivalenz vor einer Suizidhandlung. Das Verbot der Suizidassistenz, insbesondere in

geschäftsmäßiger auf Wiederholung ausgerichteter Form ist ein Akt der Gefahrenabwehr.¹⁵ Weitere Beobachtungen der Suizidforschung bestätigen dies. Der Begriff des sogenannten Werther-Effektes bezeichnet das Phänomen. Wenn Suizidhandlungen in Filmen, Theater und Literatur erfahren werden, kommt es zu Nachahmungshandlungen. Dies wurde dramatisch nach der Übertragung der Trauerfeier für den durch Selbsttötung aus dem Leben geschiedenen Torwart Robert Enke am Fernsehschirm beobachtet. Die Zahl der Suizide und Suizidhandlungen stiegen in den folgenden Wochen an. Ihre Beobachtungen sind in der Forschung zum Thema belegt. Angesichts der in allen Fällen anzutreffenden Ambivalenz der Betroffenen angesichts terminaler Erkrankungen ist die Gefährdung durch das Angebot, Suizidhilfe zu leisten, besonders hoch.

2. Ist terminale Erkrankung ein Umstand, der die Suizidassistenz (insbesondere ärztliche Suizidassistenz) rechtfertigen kann?

Es wird vorgeschlagen, Suizidassistenz dann explizit von Verboten freizustellen (etwa freizustellen von Rückweisungen in professionellen Kodizes der Ärzteschaft) wenn Patienten an einer terminalen Erkrankung leiden. Es sei notwendig, explizit Ärzten freie Handlung zu geben, Suizidassistenz zu leisten. Auch hier wird die Handlung mit Verweis auf die Selbstbestimmung gerechtfertigt, sie ist jedoch an eine weitere Bedingung geknüpft, nämlich die Feststellung eines nicht zumutbaren Leidens.

Diese Argumentation verdeckt unter dem Mantel des Mitleids eine Paradoxie, die sie als untauglich entlarvt. Wenn die sich durch Selbstbestimmung verwirklichende Freiheit eingeschränkt wird, weil Ärzte eine nicht behandelbare, mit unerträglichem Leiden verbundene Krankheit zu diagnostizieren haben, wird die Selbstbestimmung aufgehoben. Eine genehmigungspflichtige Entscheidung ist keine Selbstbestimmung. Die Bindung des als Rechtfertigung für die Suizidhilfe angeführten Selbstbestimmungsrechtes an die Feststellung eines Leidenszustandes, zieht mit unausweichlicher Logik die Ausweitung der Praxis nach sich. In der Literatur wird auch von einem logischen „Dambruch“ gesprochen. In Ländern, in denen

¹⁵ Der Begriff der Geschäftsmäßigkeit zur Beschreibung einer auf Wiederholung ausgerichteten Handlung wird von Rechtswissenschaftlern auch in der Rechtssystematik als dafür angemessen bezeichnet.

Suizidassistentz geübte Praxis ist, zeigt sich die Ausweitung etwa daran, wenn Vereinigungen für „Freiwilliges Lebensende“ gegründet werden, die dann Abhilfe leisten sollen, wenn Ärzte Suizid und Sterbehilfe ablehnen. Dies ist etwa in den Niederlanden der Fall. Die Begrenzung auf wenige Fälle schwerstkranker ist daher nicht einzuhalten und auch ethisch nicht zu begründen. Die Empirie weist daher auch eine steige Ausweitung der Praxis der Suizidassistentz aus, dort wo sie legal und gesellschaftlich akzeptierte Praxis ist (s. IV).

Im Entwurf der Abgeordneten Peter Hintze & Kollegen (BT-Drucks. 18/5374) wird eine ärztlich begleitende Lebensbeendigung geregelt. Ein volljähriger und einwilligungsfähiger Patient soll die Hilfestellung eines Arztes bei der Selbsttötung in Anspruch nehmen können, wenn eine unheilbare Krankheit unumkehrbar zum Tode führend, vorliegt. Die das Gesetzgebungsverfahren begleitende öffentliche Diskussion zeigt, dass eine solche Regelung einer Ausweitung grundsätzlich nach sich zieht. In öffentlichen Debatten wurden selbst von Abgeordneten, die diesen Antrag unterstützen, Fallbeispiele von Krankheitszuständen berichtet, die keinesfalls einer terminalen Erkrankung entsprechen. Die im Gesetzesentwurf vorgestellte Formulierung umfasst unzählige Patienten. Denn in der westlichen Welt versterben die Mehrzahl der Patienten in Folge einer chronischen Erkrankung, die meist Jahre zuvor diagnostiziert wird, symptomatisch behandelt werden kann und eine lange Lebenszeit erlaubt. Dennoch ist die Erkrankung in einem formalen Sinne unumkehrbar und zum Tode führend. Das Beispiel zeigt, dass eine Eingrenzung auf eine Krieteriologie medizinischer Zustände nicht gelingen kann. Dies belegen auch die erwähnten Erfahrungen aus dem Ausland, was sich in einer steigenden Anzahl von Handlungen, die das Lebensende vom Patienten anstreben, dokumentiert.

Zudem verkennt eine Regelung der Suizidassistentz, insbesondere durch Ärzte, die Behandlungsoptionen der Palliativmedizin. Symptomatische Behandlung kann immer angeboten werden, im Extremfall einschließlich der sogenannten palliativen oder therapeutischen Sedierung. Bei diesem Verfahren handelt es sich um eine symptomatische Einschränkung des Bewusstseins bis zur Narkosetiefe, die vorübergehend erfolgt, nach Abklingen der Symptomatik kann der Patient wieder erwachen. Die wissenschaftliche Erfahrung weist aus, dass die Lebensspanne durch

diese Maßnahmen nicht verkürzt wird. Eine Gleichsetzung dieses Therapieverfahrens mit intendierten Tötungshandlungen ist falsch.

Ferner müssen die Gründe berücksichtigt werden, die Personen veranlassen, um Suizidhilfe zu bitten. Es sind nicht die körperlichen Symptome wie Schmerz, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, krankhafte Verstopfung, etc. Es sind vielmehr Zeichen der sozialen Deprivation und Angst vor Autonomieverlust. Die Erfahrung nahezu aller Palliativmediziner zeigt, dass die Zusicherung palliativer Betreuung den Suizidwunsch nahezu ausnahmslos verschwinden lässt.

3. Das Angebot der Suizidassistentz als Maßnahme, die Personen vom Suizidwunsch abzubringen und das Vertrauensverhältnis Patient – Arzt zu stärken.

Die hinter dieser Annahmen entstehende Überlegung lautet: Das bloße Angebot der Suizidassistentz ist eine Maßnahme, die geeignet ist, das Vertrauen zwischen Ärzte und Patienten zu stärken. Sie vermag auf diese Weise, Patienten von ihrem Suizidwunsch abzubringen (so in der Begründung des Enwurfes die MDB Hintze und Kollegen BT-Drucksache 18-5374 und M. Herdegen in seiner Stellungnahme zur Anhörung). Als Beleg wird gelegentlich auf die Erfahrung im Umgang mit ärztlicher Suizidhilfe im Bundesstaat Oregon in den USA verwiesen. Dort versterben nicht alle Patienten, die nach dem „Death with Dignity Act“ die Verschreibung eines tödlichen Medikamentes erhalten haben, durch einen Suizid. Doch vermag diese Beobachtung die oben angeführte Vermutung nicht zu belegen. Empirisch bestehen immer eine Ambivalenz und ein Schwanken in der suizidsensiblen Phasen von Personen. Suizidwillige nehmen auch von ihrem Suizidwunsch Abstand. Dies geschieht spontan und durch Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und andere therapeutische Maßnahmen. Aus der Tatsache, dass in Oregon nicht alle Patienten, denen ein tödliches Medikament verschrieben wird, dies auch einnehmen, kann daher nicht geschlossen werden, die Verschreibung an sich hätte diesen protektiven Effekt. Wie ausgeführt verhält es sich auch hier umgekehrt. In den Ländern, in denen Unterstützung beim Suizid legal angeboten wird, steigt die Anzahl assistierter Suizide ständig an (s. IV). Dies gilt auch für den Bundesstaat Oregon. Für die unterschiedliche

Rate des Anstieges der Suizidfälle der Assistenz sind die an anderer Stelle angeführten Faktoren bedeutsam (s. IV).

In einer suizidsensiblen Phase bedeutet das Angebot der Suizidhilfe eine unmittelbare Gefährdung. Palliativmedizinisch gibt es keinen Zustand, der so ausweglos wäre, dass allein eine Tötungshandlung die Person davon zu befreien vermag.

Das Vertrauen von Patienten in die Palliativmedizin hängt nicht vom Angebot ab, Assistenz beim Suizid zu gewähren. Vielmehr schafft kunst- und palliativgerechte Betreuung Vertrauen und bringt Suizidwünsche zum Verstummen. Das schon erwähnte asymmetrische Verhältnis von Patienten zu ihren Ärztinnen/Ärzten gibt dem Angebot der Suizidassistenz noch ein besonderes Gewicht. Die ärztliche Zustimmung suggeriert eine ärztliche Indikation. Es gibt aber keine Kriterien, die es Ärzten erlaubt zu entscheiden, dass ein Leiden unzumutbar wäre. Das Ansinnen, beurteilen zu sollen, ob das Verlangen eines Patienten nach Hilfe bei der Selbsttötung einsichtig und verständlich ist, die Frage nach der Genehmigung der Selbsttötung gleichsam ist eine Zumutung an die Ärzteschaft.

4. Vermag die Zulassung insbesondere ärztlicher Suizidassistenz einen gesellschaftlichen Trend zur Zulassung aktiver Sterbehilfe zu verhindern?

Es wird behauptet, die Versicherung, Ärzte dürften Suizidassistenz leisten, könnte einem gesellschaftlichen Trend zur Zulassung der Sterbehilfe entgegenwirken. Diese These wird von Fachwissenschaftlern in einem Brief an die Herausgeber einer medizinischen Zeitschrift vertreten. In der Öffentlichkeit wurde durch Anführen der renommierten Literaturstelle gelegentlich der Eindruck erweckt, es handele sich um durch Sozialempirie gesichertes Wissen. Dies ist falsch. Die Behauptung wird lediglich als These vertreten, die einer Untersuchung bedürfe.¹⁶ Gegen diese Annahme sprechen die unter IV referierten Befunde der Zunahme von Handlungen, die auf die Beendigung des Lebens von Personen/ Patienten gerichtet sind in allen Ländern, in denen diese Praxis akzeptiert ist.

¹⁶ Gamondi C, **Borasio** GD, Limoni C, Preston N, Payne S. The Lancet, 2014, Vol. 384, S. 127

5. Ist ärztliche Suizidhilfe als letzter Freundschaftsdienst an vertrauten Patienten zu rechtfertigen?

Viele Ärzte pflegen zu ihren Patienten ein vertrautes Verhältnis, insbesondere wenn sie diese über Jahre betreuen. Die Frage bleibt, ob dieses Vertrauensverhältnis es notwendig machen könnte, auf das Angebot ärztlicher Suizidhilfe bereit zu halten. Da die Assistenz beim Suizid außerhalb geschäftsmäßiger Wiederholung angelegter Formen nicht kriminalisiert ist, könnte die ärztliche Suizidhilfe als gleicher Freundschaftsdienst wie er im privaten Bereich bisher nicht strafbewährt ist, eingeschätzt werden.

Solche Situationen werden gerne im Rahmen künstlerischer und literarischer Darstellungen verarbeitet. Jedoch verkennt die Einschätzung der ärztlichen Suizidhilfe als einen Freundschaftsdienst eine schwerwiegende Intimitätsüberschreitung. Sie wird einsichtig im Blick auf andere, allgemein akzeptierte Verbote ärztlicher Intimitätsüberschreitung. So ist das Verbot universal anerkannt, mit den eigenen Patienten sexuelle Beziehungen zu unterhalten. Dies gilt wegen der Asymmetrie der Arzt- und Patientenbeziehung, wegen möglicher verdeckter Abhängigkeit und der Gefahr des Missbrauchs als unbedingtes Verbot und ungeachtet einer möglichen Zustimmung der Patienten. Es ist aber absurd, mit Zustimmung erfolgende sexuelle Handlung an Patienten als nicht mit ärztlicher Ethik vereinbar zu halten, die Hilfe bei der Selbsttötung aber als Freundschaftsdienst zu deuten. Dieses Beispiel verdeutlicht, Hilfe beim Suizid markiert für Ärzte die Übertretung einer nicht aufgebaren Grenze der Intimität.

VI. Institutionelle Absicherung ethischen Handelns

Ethisches Verhalten und Vertrauen bedarf neben einer ethischen Kompetenz starke institutionelle Absicherung. Dies ist soziologisch und in den Rechtswissenschaften belegt. Patienten müssen darauf vertrauen dürfen, dass Ärzte nicht reflektieren, ob es besser wäre, sie wären nicht am Leben. Die professionelle Identität und Kohärenz des moralischen Kodex ist nur zu sichern, wenn Ärzte keine Intention beruflich verfolgen dürfen, die auf den Tod ihrer Patienten gerichtet ist. Dies klingt abstrakt, ist jedoch als vertrauensbildende

Maßnahme unabdinglich. Eine durch gesetzliche Regelung gleichsam gutgeheißene Assistenz beim Suizid würde den Lebensschutz untergraben. Gerade die Erfahrungen in Ländern, in denen Handlungen mit Tötungsabsicht legalisiert sind, belegen die damit verbundene Gefährdung der Patienten.

VII. Zusammenfassung und abschließende Bewertung

Suizidassistenz stellt aufgrund der Ergebnisse der Suizidforschung, der empirischen Daten aus Ländern, in denen sie legale und gesellschaftlich akzeptierte Praxis ist, eine Gefährdung von suizidsensiblen Personen und Patienten dar. Sie ist daher aus medizinethischer und medizinpraktischer Sicht und aus Sicht der Suizidforschung zurückzuweisen. Anzustreben ist eine Regelung die Suizidassistenz in geschäftsmäßiger, auf Wiederholung angelegter Form untersagt.

Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz zur rechtlichen Regelung der Suizidbeihilfe

von Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff, Freiburg i. Br.

1) Wie ist die Suizidbeihilfe ethisch zu beurteilen?

In der gegenwärtigen Debatte wird der Suizid häufig durch den Hinweis auf die Privatheit fundamentaler Wertüberzeugungen und die Freiheit des Individuums zur eigenverantwortlichen Lebensführung gerechtfertigt, die auch die Befugnis zur freiwilligen Beendigung des eigenen Lebens beinhaltet. Der Respekt vor der Freiheit autonomer Lebensgestaltung ist der Grund dafür, dass unsere Rechtsordnung, obwohl sie auf dem objektiven Wertmaßstab der Achtung vor dem Leben jedes einzelnen Bürgers gegründet ist, den Suizid und die in tragischen Einzelfällen geleistete Suizidbeihilfe durch Verwandte oder Freunde sanktionslos hinnimmt. Sobald aber Suizidbeihilfe von Dritten in organisierter oder professioneller Form angeboten wird, tritt diese aus der Sphäre des Privaten in den öffentlich-gesellschaftlichen Raum und kollidiert mit dem Auftrag der Rechtsordnung, das Leben aller Bürgerinnen und Bürger, insbesondere der Schwachen und Hilfsbedürftigen, zu schützen. Deshalb muss der Rechtsstaat geschäftsmäßigen, auf Wiederholung angelegten Angeboten der Suizidbeihilfe entschlossen entgegenzutreten.

Da der an der Suizidhandlung mitwirkende Arzt die Intention des Suizidwilligen teilt und in die Vorbereitung der Suizidhandlung kausal so einbezogen ist, dass dieser sie ohne die Mitwirkung des Arztes überhaupt nicht vollziehen könnte, handelt es sich aufseiten des Arztes um eine *formelle* Mitwirkung, die moralisch dem Handeln des Hauptakteurs gleichzustellen ist. Wenn man daher der Auffassung anhängt, dass der Suizid selbst moralisch zu billigen ist, wird man dieses Urteil auch auf die Suizidbeihilfe übertragen.¹ Sieht man in der Selbsttötung dagegen bei allem menschlichen Respekt, den man dem Suizidenten in seiner schwierigen Lage entgegenbringen muss, einen unzulässigen Versuch, ein definitives Urteil über den Wert oder Unwert des eigenen Lebens zu sprechen, so wird man auch die ärztliche Suizidbeihilfe

¹ Es genügt nicht, dass der Beihilfe leistende Arzt den Entschluss des Suizidwilligen für wohlwogen und ohne äußeren Druck zustande gekommen hält; er muss sich auch selbst ein Urteil darüber bilden, ob die Suizidhandlung ethisch gerechtfertigt ist oder nicht. Vgl. *S. Ernst/Th. Brandecker*, Beihilfe zum Suizid. Anfragen aus theologisch-ethischer Sicht, in: *ZfME* 55 (2009) 271-288, bes. 276.

nicht als wünschenswerte, moralisch gerechtfertigte Option ansehen. In diesem Fall ist die ärztliche Suizidbeihilfe wegen der gleichgerichteten Intention von Arzt und suizidwilligem Patienten und wegen der kausalen Beteiligung des Arztes an der Suizidhandlung in ethischer Hinsicht nicht zu rechtfertigen. Der Umstand, dass die Tatherrschaft bis zum Schluss beim Suizidenten verbleibt, kann zwar für den Arzt entlastend wirken; doch ist er eigenverantwortlich tätig in die Vorbereitung des Suizids einbezogen.²

Wenn die Suizidbeihilfe Aufnahme in das Spektrum ärztlicher Tätigkeiten in der Sterbephase findet, kann es im Interaktionsprozess zwischen Arzt und Patienten zu einer wechselseitigen Entlastung kommen, durch die beide der Verantwortungsübernahme für das Geschehen aus dem Weg gehen: Der Arzt sieht sich durch den Sterbewunsch des Patienten zu seiner Mitwirkung legitimiert; nach den Regeln der Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) muss er den sogenannten eigenverantwortlichen Suizid des Patienten selbst nicht für gerechtfertigt halten, sondern sich nur der uneingeschränkten Urteilsfähigkeit des Patienten vergewissern und die Feststellung treffen, dass dessen Sterbewunsch und seine Bitte um Suizidassistenz einem wohlervogenen Urteil entspringen.³ Der Patient umgekehrt sieht sich durch die Bereitschaft des Arztes zur Mitwirkung an seinem Suizidwunsch moralisch und psychologisch entlastet; er überträgt die hohe gesellschaftliche Stellung des Arztes und das allgemeine Vertrauen in die Begründetheit und Rechtmäßigkeit seines Handelns auf die Mitwirkung an der eigenen Suizidhandlung, wodurch die Schwelle zur Inanspruchnahme dieser Option weiter sinkt.

Die ethische Bewertung der ärztlichen Suizidbeihilfe hängt davon ab, welchen Stellenwert man dem Auftrag zur Lebenserhaltung und der *Maxime in dubio pro vita* innerhalb des ärztlichen Ethos einräumt. Sieht man in dem Respekt vor der Patientenautonomie die oberste und alleinige Richtschnur ärztlichen Handelns, erscheint die Bereitschaft, Suizidhilfe zu leisten unter der Bedingung konsequent, dass Zweifel an der autonomen Willensbestimmung des Patienten sicher ausgeschlossen werden können. Dies ist in der konkreten Situation des Sterbens, die häufig von Angst, Depressivität und Hoffnungslosigkeit bestimmt ist, jedoch nur äußerst selten der Fall. Tatsächlich erweisen sich Sterbewünsche selbst bei Schwerstkranken häufig als ambivalent, labil und flüchtig, so dass es einer unrealistischen Rechtsfiktion gleichkommt, sie als Ausdruck wohlervogener Selbstbestimmung anzusehen. Stellt der

² Zur ethischen Bewertung vgl. die differenzierten Erwägungen von *S. Ernst/Th. Brandecker*, Beihilfe zum Suizid. Anfragen aus theologisch-ethischer Sicht, in: *ZfME* 55 (2009) 271-288, hier: 281ff.

³ Vgl. SAMW, Stellungnahme „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ (2004), 6.

Auftrag der Lebenserhaltung dagegen ein eigenständiges Ziel ärztlichen Handelns dar, so ist leicht erkennbar, warum es der ärztlichen Tätigkeit widerspricht, unheilbar kranken Patienten oder Sterbenden bei der Durchführung eines Suizids Hilfe zu leisten: Ärzte üben ihren Beruf aus, um Krankheiten zu heilen, zu Vor- und Nachsorge in gesundheitlichen Krisen anzuleiten und ihre Patienten zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise anzuleiten.

Ebenfalls ist es Aufgabe des Arztes, schwere körperliche und psychische Leidenszustände mit allen Mitteln zu bekämpfen, die ihm das ärztliche Ethos erlaubt; dazu hat er vor allem die Möglichkeiten einer wirksamen Leidminderung durch palliativmedizinische Maßnahmen auszuschöpfen.⁴ In extremen Ausnahmefällen, in denen eine für den Patienten, seine Angehörigen und das medizinische Pflegepersonal schlechthin unzumutbare Situation auch durch verbesserte palliativmedizinische Versorgung nicht behoben werden kann, kommt unter Umständen auch eine vorübergehende oder terminale Sedierung des Patienten in Betracht. Die Bereitstellung von Mitteln, die den Suizid ermöglichen oder die direkte Beteiligung an derartigen Handlungen sind dagegen mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar. Im ärztlichen Ethos oder in standesrechtlichen Vorschriften verankerte Regelungen zur ärztlichen Suizidbeihilfe würden dem irrtümlichen Eindruck Vorschub leisten, es handle sich dabei um Tätigkeiten, die zum Auftrag des Arztes gehören, dem Wohl des Patienten zu dienen, so dass er sich ihnen allenfalls durch die Berufung auf einen entgegenstehenden persönlichen Gewissenszwang entziehen könnte.

Das Nein zu einer gesetzlichen oder berufsrechtlichen Freigabe des ärztlichen Suizids bedeutet keineswegs, dass Schwerstkranke und Sterbende alleingelassen würden oder dass sie in menschenunwürdiger Weise Opfer medizinischer Maßnahmen würden, die nur ein qualvolles Leiden verlängern. Es ist in der ärztlichen Ethik seit langem unbestritten, dass eine medizinische Maßnahme, die nicht mehr dem Wohl des Patienten dient, jederzeit abgebrochen werden *darf* und – sofern dies dem Willen des Patienten entspricht – sogar abgebrochen werden *muss*. Eine medizinische Maßnahme ist nur dann indiziert, wenn sie zugleich erforderlich, verhältnismäßig und angemessen ist; überwiegt die Belastung für den Patienten den erwartbaren Nutzen, gibt es keine moralische oder rechtliche Verpflichtung mehr, diese Behandlung fortzusetzen. Das Therapieziel wandelt sich dann vom kurativen zum palliativen Auftrag des Arztes. Deshalb ist das Nein gegenüber jeder Form der

⁴ Vgl. M. Zimmermann-Acklin, Dem Sterben zuvorkommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid, in: ZfME 55 (2009) 221-233, bes. 230, und G.D. Borasio, Der assistierte Suizid aus palliativmedizinischer Sicht, a.a.O., 235-242.

geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe durch Organisationen oder Ärzte nur die Rückseite eines umfassenden Ja, das den Anspruch Sterbender auf palliativmedizinische Versorgung unterstreicht. Daher ist es zu begrüßen, dass sich der Deutsche Bundestag mit großer Mehrheit für einen weiteren Ausbau palliativmedizinischer Versorgungsangebote ausgesprochen hat, die den bereits jetzt bestehenden rechtlichen Anspruch jedes Patienten auf ausreichende Versorgung einlösen soll.

2) *Fördert die Suizidbeihilfe die Autonomie Schwerstkranker und Sterbender?*

An dieser Stelle steht die geforderte Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe vor demselben Widerspruch, der sich auch in ähnlicher Weise bei der Tötung auf Verlangen zeigt: Ihre Befürworter betonen, dass es beim ärztlich assistierten Suizid „um eine *ultima ratio* geht, die nicht empfohlen, sondern nur enttabuisiert und einer Gewissensentscheidung von Patienten und ihren Ärzten anheimgestellt würde“ (*Bettina Schöne-Seifert*)⁵. Wenn die ärztliche Suizidhilfe im öffentlichen Bewusstsein anerkannt wird und Aufnahme in das Spektrum ärztlicher Tätigkeiten findet, ist jedoch nicht mehr ersichtlich, warum Ärzte und Patienten den gemeinsam geplanten Suizid nur als allerletzten Ausweg ansehen sollten. Der US-amerikanische Bioethiker *Daniel Callahan*, Mitbegründer und ehemaliger Präsident des Hastings-Center, gibt zu bedenken: „Wenn diese Möglichkeit als so menschlich geschildert wird, wird sie zu einer legitimen medizinischen Option. Menschen mit einer aussichtslosen Diagnose sehen sich dann einer Situation ausgesetzt, in der ihr Arzt darin nicht nur eine Möglichkeit, sondern sogar die naheliegendste, sensibelste und menschlichste Option sieht.“⁶

Der entscheidende moralische und rechtliche Einwand gegenüber dem Versuch, die Forderung nach einer rechtlichen Duldung der Suizidbeihilfe durch Vereine oder einzelne Ärzte durch die Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht zu legitimieren, lautet daher: Wenn die Inanspruchnahme von Suizidbeihilfe zu einer sozial akzeptierten, von Ärzten oder anerkannten Organisationen unterstützten Option am Lebensende wird, stärkt das nicht die Selbstbestimmung Schwerstkranker und Sterbender. Sie sehen sich vielmehr dem Druck vonseiten ihrer Umgebung ausgesetzt, der für alle Seiten angeblich untragbar erscheinenden Belastung durch ihren Sterbewunsch und ihre Bitte um Suizidbeihilfe ein Ende zu setzen. Der

⁵ *Bettina Schöne-Seifert*, ..., 118.

⁶ Zit. bei *J.F. Keenan*, Fallstudien, Rhetorik und die amerikanische Debatte über die ärztliche Suizidbeihilfe, in: *A. Holderegger* (Hg.), *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer juristischer und theologischer Sicht*, Freiburg i. Ue. 1999, 157-174, hier: 170.

Zwang, ein Weiterleben unter den gegebenen Bedingungen vor sich selbst, vor den Angehörigen, vor den Pflegekräften und vor der Versicherungsgemeinschaft rechtfertigen zu müssen, stellt das Gegenteil von Selbstbestimmung, nämlich ihre Schwächung und Einschränkung, dar. Bedenkt man zudem, welche Rolle innere Unruhe und Angst – vor Schmerzen, vor einer belastenden Pflegesituation, vor einer Verschlimmerung der Symptome, vor der Einsamkeit im Sterben – beim Entstehen von Sterbewünschen spielen, kann diese Einschränkung der Selbstbestimmung bis hin zu ihrer vollständigen Aufhebung gehen. Wenn Sterbende Gefühle der Angst und der existenziellen Verunsicherung äußern, stellt die Bereitschaft von Ärzten und Pflegekräften, derartige Wünsche durch die Gabe todbringender Medikamente zu verwirklichen, die falsche Reaktion dar. Der Angst, in eine unwürdige Pflegesituation zu gelangen, kann auf menschenwürdige Weise nur durch die Zusage bedingungsloser und uneingeschränkter Hilfe begegnet werden, die alle Möglichkeiten palliativmedizinischer Versorgung und mitmenschlicher Nähe ausschöpft.

3) *Gibt es keine empirischen Belege für die Befürchtung eines zunehmenden Drucks auf Schwerstkranke und Sterbende?*

Der Argumentation, die gesellschaftliche und rechtliche Akzeptanz der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe erhöhe den Druck auf Schwerstkranke und Sterbende und führe daher zu einer Schwächung ihrer Selbstbestimmung, wird oft entgegengehalten, für eine derartige Annahme gäbe es keine empirische Evidenz. Die Beispiele von Ländern, in denen es tatsächlich zu einer Billigung der Suizidbeihilfe gekommen sei – verwiesen wird in der Regel auf den US-Bundesstaat Oregon, auf die Benelux-Staaten und auf die Schweiz – belegten im Gegenteil, dass die Zahl der begleiteten Selbsttötungen durch das Angebot ärztlicher Hilfe nicht zugenommen habe. Zunächst fällt der selektive Gebrauch des Einwandes mangelnder empirischer Evidenz auf. Denn die umgekehrte Behauptung, gerade das verlässliche Angebot der Suizidassistenz führe dazu, dass im Ergebnis weniger Menschen tatsächlich um sie bitten, ermangelt ebenfalls der empirischen Evidenz, ohne dass ihrem Nicht-Vorhandensein in diesem Fall entscheidende Bedeutung zuerkannt wird.

Wichtiger als die willkürliche Verwendung des Empirie-Arguments ist aber, dass die behauptete Eindeutigkeit des Zahlenmaterials auch auf der empirischen Ebene nicht stimmt. Das *National Violent Death Reporting System* (NVDRS) des US-Bundesstaates Oregon, das seit 1981 eine jährliche Statistik der Selbsttötungsfälle herausgibt, verzeichnet in seinem

Report aus dem Jahr 2013: „Suicide ist one of Oregon’s most persistent yet largely preventable public health problem.“⁷ Im Jahr 2010 war die nach Altersgruppen berücksichtigte Suizidrate unter der Bevölkerung Oregons um 41% höher als im nationalen Durchschnitt der USA. Ferner hält der Bericht fest: „The rate of suicide among Oregonians has been increasing since 2000.“⁸ Allerdings ist die ohnehin überdurchschnittlich hohe allgemeine Suizidrate für die Frage nach den ärztlich unterstützten Suizidhandlungen allenfalls von indirekter Bedeutung, da sie auf ein gesellschaftliches Umfeld verweist, in dem Suizidhandlungen stärkere Verbreitung und Akzeptanz als anderswo finden. Tatsächlich werden seit der Verabschiedung des *Death with Dignity Act* Todesfälle, die im Kontext ärztlicher Suizidbegleitung stehen, in Oregon rechtlich nicht mehr als Suizide gezählt. Diese Gruppe der *physician-assisted suicides* muss folglich für sich betrachtet werden. Dabei zeigt sich: Auch hier liegt die Rate deutlich höher als im nationalen Trend; auch hier kam es seit 2000 zu einem Anstieg um 30%.⁹ Berücksichtigt man die geringe Bevölkerungszahl des Bundesstaates Oregon, so mag der relative Anstieg in absoluten Zahlen ausgedrückt unbedeutend erscheinen. Doch stieg die Zahl der Toten aufgrund ärztlicher Suizidassistenz immerhin von 16 im Jahr 1998 auf 37 im Jahr 2004 und auf 105 im Jahr 2014. Das entspricht in der Todesursachenstatistik einer Steigerung um fast das Siebenfache und in absoluten Zahlen einem Wert von 31 Suizidtoten aufgrund ärztlicher Beteiligung auf 10.000 Tote. Bezogen auf die Zahl der Sterbefälle in der BRD entspräche dies einem Anstieg von 1070 auf 2770 Menschen pro Jahr seit dem Jahr 2004, die durch ärztlich assistierte Selbsttötung gestorben wären.

Die verfügbaren Zahlen aus den Niederlanden und Belgien belegen ebenfalls eine starke Zunahme der gemeldeten Todesfälle aufgrund aktiver Lebensbeendigung durch den Arzt oder ärztlicher Suizidbeihilfe. In Belgien stieg die Zahl der gemeldeten Fälle nach Einführung des Gesetzes im Jahr 2002 stetig an, wobei die Zunahme in den Jahren zwischen 2003 und 2008 besonders stark war. Der Anteil der gemeldeten Todesfälle mit aktiver Sterbehilfe lag in Belgien im Jahr 2009 bei 7,9 von 1.000 Todesfällen. Das sind in absoluten Zahlen 800. Allerdings sind diese Zahlen nur begrenzt aussagekräftig, da die gesetzliche Definition der aktiven Sterbehilfe in Belgien sowohl die Tötung auf Verlangen als auch die ärztliche Suizidbeihilfe umfasst, wobei die einvernehmliche Tötung durch den Arzt weitaus öfter als die Lebensbeendigung durch Suizid gewünscht werden.

⁷ Vgl. Executive Summary 1.

⁸ A.a.O.

⁹ Vgl. a.a.O., 6.

Am ehesten mit der Situation der Bundesrepublik Deutschland vergleichbar dürfte die Lage in der Schweiz sein, einem Land also, das eine vergleichbare Gesellschaftsstruktur mit pluralistischer Werteorientierung aufweist. Zudem gleichen die gesetzlichen und standesrechtlichen Bestimmungen, die am Verbot der Tötung auf Verlangen festhalten, aber die Suizidbeihilfe durch Organisationen wie *Exit* und *Dignitas* oder einzelne Ärzte tolerieren, weitgehend den entsprechenden Vorschlägen, die für die Bundesrepublik Deutschland im Raum stehen. Auch in der Schweiz zeigte sich ein deutlicher Anstieg der Todesfälle nach ärztlicher Suizidbegleitung bei Personen mit Wohnsitz in der Schweiz (also ohne die Fälle von Suizid- oder Sterbehilfetourismus aus anderen Ländern). Im Jahr 2009 nahmen sich 297 Schweizer mit Unterstützung durch eine Sterbehilfeorganisation das Leben; im Jahr 2013 verzeichnet die Todesursachenstatistik bereits 508 Fälle von Suizidassistenz, was einer Steigerung von 60% und einem Anteil von 0,73% aller Sterbefälle entspricht. Rechnet man diese Zahlen auf die deutschen Verhältnisse hoch (bei 860.000 Sterbefällen im Jahr 2014), so ergäbe sich ein Wert von 6.500 Suizidtoten in Deutschland, mehr als doppelt so viele, wie durch Verkehrsunfälle ums Leben kommen.

Die Befürchtung, die Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe könnte auch in Deutschland den Druck auf Schwerstkranke und Sterbende erhöhen, kann sich diesen Angaben zufolge durchaus auf belastbares Zahlenmaterial stützen. In eine ähnliche Richtung verweisen auch die Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage des sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD, die am 12. Mai 2015 unter dem Titel „Sterben? Sorgen im Angesicht des Todes“ publiziert wurde. Nach den Ergebnissen dieser Studie stimmen 62,7% der Befragten der Aussage zu, dass sich mehr Menschen für einen „vorzeitigen“ Tod entscheiden würden, wenn Ärzte Suizidbeihilfe leisten dürften. 60,8% sind der Auffassung, die Menschen würden dann vermehrt um todbringende Medikamente bitten, weil sie sich als Belastung für ihre Familie oder die Gesellschaft fühlen. 42,3% befürchten, dass die Bemühungen um einen Ausbau von Hospizen und Palliativmedizin nachlassen würden und 36,1% meinen, es würde ein gesellschaftlicher Druck entstehen, sich für den selbst herbeigeführten Tod zu entscheiden.

4) *Welche Signalfunktion für das gesellschaftliche Bewusstsein haben rechtliche Regelungen der Suizidbeihilfe?*

Ein öffentliches Angebot organisierter Suizidhilfe würde Handlungen, die auf die Auslöschung der eigenen Existenz gerichtet sind, den Anschein von Normalität und allgemeiner Akzeptanz verleihen. Um dies zu vermeiden, kann eine Rechtsordnung, die auf die Hochschätzung vor dem Leben jedes einzelnen ihrer Bürger gegründet ist, die Beihilfe zur Selbsttötung nur als individuelle Gewissensentscheidung eines dem Suizidwilligen nahestehenden Menschen, nicht aber als unterstützendes Angebot von Sterbehilfe-Vereinen tolerieren. Jede darüber hinausgehende Bereitstellung, Erleichterung und Förderung von Möglichkeiten der Suizidbeihilfe würde das fatale Signal an Schwerkranke und Sterbende aussenden, die Gesellschaft lege ihnen ein freiwilliges, lautloses Abschiednehmen aus der Mitte der Lebenden nahe, bevor sie diesen zur Last zu fallen drohen. Selbst die an einen Arztvorbehalt gebundene Legitimation der Suizidhilfe kann diesem Dilemma nicht enttrinnen. Wenn Ärzte in den Augen ihrer Patienten und unter deren Angehörigen als Anlaufstellen für den Wunsch nach assistiertem Suizid und als „Experten für den freiwilligen Tod“ gelten, würden sowohl die Suizidhandlung selbst wie die ermöglichende Beihilfe zu ihr durch das moralische Gütesiegel einer achtenswerten, gesellschaftlich geschätzten und verlässlich erwartbaren professionellen Tätigkeit geadelt. Dieses fatale Signal gegenüber den Sterbenden und der Gesellschaft sollte ein demokratischer Rechtsstaat, der auf die Achtung des Lebens aller seiner Bürgerinnen und Bürger gegründet ist, nicht geben.

Manche fragen: Wieso kann eine Handlung, deren individuelle Ausübung durch einen Einzelnen straffrei bleibt, dadurch strafbar werden, dass sie von mehreren gemeinschaftlich und in einer auf Wiederholung angelegten Weise ausgeführt wird? Die Antwort darauf lautet: Weil der Signalcharakter, der von dem Angebot organisierter Suizidbeihilfe oder ihrer regelmäßigen Ausführung durch Ärzte ausginge, unvergleichlich höher als im Falle der rechtlichen Duldung einer vereinzelt Suizidbeihilfe durch Private wäre. Wenn es in jeder größeren Stadt in Deutschland neben Angeboten zur Familienberatung, zur Eheberatung, zur Entschuldungsberatung und zur Schwangerenkonfliktberatung auch Angebote für Suizidwillige gäbe, müsste dies in der Bevölkerung den Eindruck erwecken, die Inanspruchnahme derartiger Angebote sei sozial erwünscht, zumindest aber als undiskriminierte Möglichkeit geachtet. Jedenfalls wäre die gesellschaftliche Sogwirkung eines öffentlichen Angebotes zur Suizidassistenz und der erklärten Bereitschaft von Ärzten, sie ihren Patienten auf deren Bitte hin als medizinische Dienstleistung zu gewähren, erheblich höher, als der Verzicht auf eine strafrechtliche Verfolgung in den oftmals tragischen

Einzelfällen, in denen unter der bestehenden gesetzlichen Regelung Suizidbeihilfe geleistet wird.

5) *Dürfen die Landesärztekammern die ärztliche Suizidbeihilfe durch standesrechtliche Regelungen verbieten?*

Ein weiterer Einwand bestreitet den ärztlichen Standesvertretungen das Recht, für ihre Mitglieder bindende berufsrechtliche Regeln im Problemfeld der Palliativmedizin und der Sterbebegleitung aufzustellen, die neben der Verpflichtung zur palliativmedizinischen Versorgung ihrer Patienten auch ein Verbot der Suizidbeihilfe und der Tötung auf Verlangen vorsehen. Dadurch greife eine ärztliche Standesorganisation in unbefugter Weise in den moralischen Bereich der Gewissensfreiheit des einzelnen Arztes und in den rechtlichen Bereich seiner Berufsfreiheit ein. Diese Behauptung unterstellt, es gäbe im Bereich der ärztlichen Sterbebegleitung keine das Selbstverständnis der ärztlichen Profession repräsentierenden Regeln von objektiv-öffentlichem Anspruch, sondern nur subjektiv-private Überzeugungen des einzelnen Arztes. Dies ist jedoch bei der Tätigkeit von Ärzten ebenso wenig der Fall wie bei derjenigen anderer Berufsgruppen, etwa im pädagogischen oder wissenschaftlichen Bereich.

Eine in den Bildungsinstitutionen der Gesellschaft tätige Lehrperson mag persönlich bestimmte Erziehungsmethoden für angemessen oder bestimmte Bildungsinhalte für erforderlich halten. Doch ist sie in der Ausübung ihres pädagogischen Berufes gehalten, die dafür festgelegten methodischen und inhaltlichen Standards zu beachten. Darin liegt keine Einschränkung ihrer Gewissensfreiheit; vielmehr nimmt die staatliche Aufsichtsbehörde ihren Regulierungsauftrag zum Schutz derer wahr, die als Kinder, als Jugendliche oder als Studierende Bildungseinrichtungen besuchen. Nicht anders verhält es sich im Bereich der Wissenschaftsgemeinschaft. Ein einzelner Wissenschaftler, der für sich ein anarchisches oder konstruktivistisches Wissenschaftsverständnis bejaht, ist dennoch gehalten, sich an die Regeln guter wissenschaftlicher Praxis zu halten. Auch wenn sein persönliches Ethos ihm Plagiate nicht verbieten sollte, muss er sie dennoch unterlassen; ansonsten würde die *scientific community* sein Verhalten an den objektiven Standards guter wissenschaftlicher Praxis messen und als wissenschaftliches Fehlverhalten qualifizieren. Auch dabei ginge es nicht um eine Einschränkung seiner privaten Gedankenfreiheit oder seines Rechtes auf freie Meinungsäußerung, sondern um objektiv-öffentliche Normen des Wissenschaftsbetriebs, die

alle Mitglieder der Wissenschaftsgemeinschaft zu wechselseitiger Anerkennung und Einhaltung verpflichten.

Auf ähnliche Weise stellt auch die ärztliche Tätigkeit keine rein privat-individuelle Berufsausübung dar, für die es zumindest in Grenzfällen keine allgemeingültigen Standards geben dürfe. Wenn eine nennenswerte Zahl von Ärzten entgegen den Normen des professionellen Ethos in regelmäßiger und von den Patienten verlässlich erwartbarer Weise Suizidbeihilfe praktizieren würden, hätte dies Konsequenzen für alle Ärzte. Sie sähen sich dann entsprechender Erwartungen vonseiten ihrer Patienten ausgesetzt, die sie nur schwer enttäuschen könnten; die Berufung auf ihre eigene Gewissensfreiheit würde sie dem Verdacht aussetzen, sie seien nicht bereit, ihren Patienten eine allgemein gebilligte und von vielen problemlos gewährte Form der Unterstützung anzubieten. Das würde die Verlässlichkeit und die beiderseitige Erwartungsstabilität im Interaktionsgefüge von Arzt und Patient auch dann verändern, wenn die von den Standards des professionellen Ethos abweichenden Ärzte dies nicht intendieren. Daher überschreiten die jeweiligen Landesärztekammern ihre Befugnis nicht, wenn sie auch für den Bereich der palliativmedizinischen Versorgung und der Sterbebegleitung Kriterien aufstellen, die der Öffentlichkeit gegenüber sichtbar machen, welche Art von Tätigkeiten mit dem ärztlichen Ethos übereinstimmen und welche Wünsche ihrer Patienten Ärzte nicht erfüllen können, ohne gegen dieses für die gesamte Berufsgruppe verbindliche Ethos zu verstoßen.

6) *Geraten Ärzte durch das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe in den Dunstkreis der Kriminalität?*

Die Befürchtung, bei einem Verbot der geschäftsmäßigen, auf Wiederholung angelegten Suizidbeihilfe könne ein Arzt durch die palliativmedizinische Versorgung eines Patienten sich unbemerkt dem Risiko der Strafbarkeit aussetzen und in den Dunstkreis der Kriminalität geraten, ist unbegründet. Beide Handlungskonstellationen – die Schmerzbekämpfung und Symptomkontrolle auf der einen und die Suizidbeihilfe durch den Arzt auf der anderen Seite – sind voneinander eindeutig abzugrenzen, so dass die Gefahr eines gleitenden Übergangs ausgeschlossen ist. Das Ziel der palliativmedizinischen Behandlung ist es, unerträgliche Schmerzzustände, Atemnot, Beklemmung sowie innere Unruhe und Angst zu bekämpfen und auf ein erträgliches Maß zu reduzieren. Das intendierte Ziel der Suizidbeihilfe ist es dagegen, den Suizid des Patienten zu ermöglichen, den dieser selbst ausführen soll. Während der Arzt,

der einen Patienten sterben lässt und den Sterbeprozess zu lindern versucht, den Tod weder will noch herbeiführt, sind im Fall der Suizidbeihilfe sowohl die Intention des Arztes wie auch seine kausale Beteiligung an der Ausführung des Suizids von der Art, dass der Tod gewollt wird und herbeigeführt werden soll.

Ein unbemerktes Hinübergleiten von der einen Fallkonstellation zur anderen wäre eher beim Sterbenlassen und bei der Tötung auf Verlangen denkbar, deren Strafbarkeit jedoch von keinem der vorliegenden Entwürfe aufgehoben werden soll. Der Fall, dass aufgrund der Dosierung der Schmerzmedikamente, die dem Arzt erforderlich erscheint, um das Ziel der Schmerzfremheit zu erreichen, möglicherweise der Tod früher eintritt, ist dank der Fortschritte der Palliativmedizin äußerst selten; wahrscheinlicher tritt aufgrund der allgemeinen Beruhigung des Organismus durch die Schmerztherapie der entgegengesetzte Effekt einer Verlängerung des Sterbeprozesses ein. Selbst wenn jedoch der Tod entgegen der Absicht des Arztes zu einem früheren Zeitpunkt eintreten sollte, dürfte er dieses Risiko in Kauf nehmen ohne dass zu irgendeinem Zeitpunkt die Gefahr der Strafbarkeit bestünde. Diese Bewertung der früher als indirekte Sterbehilfe bezeichneten Konstellation stimmt mit den gängigen medizinethischen Überzeugungen überein. Die katholische Moraltheologie beruft sich zur hypothetischen Rechtfertigung einer indirekten Tötung durch eine palliativmedizinische Maßnahme auf das Prinzip der Handlung mit Doppelwirkung, das es erlaubt, das Risiko einer ungewollten Nebenwirkung um eines höheren Gutes (in diesem Fall der Schmerzfremheit und der Symptomlinderung) willen in Kauf zu nehmen.

Stellungnahme zur ethischen Beurteilung ärztlicher/organisierter Suizidhilfe und der vier zu deren Regelung vorliegenden Gesetzentwürfe

Professor Dr. Bettina Schöne-Seifert (Lehrstuhl Medizinethik; Universität Münster)

Vorbemerkung:

Entsprechend meiner Expertise konzentriere ich meine Stellungnahme auf eine *ethische* Beurteilung der vier vorliegenden Gesetzentwürfe (I), ohne auf rechtsdogmatische oder -technische Fragen einzugehen. Pragmatisch fokussiert geht es mir um die Zielsetzungen und erwartbaren Folgen der Entwürfe. Meine Beurteilungen erfolgen im Licht von zehn im Anhang formulierten Thesen zur ethischen Bewertung eines freiverantwortlichen Suizids bei unheilbarer Krankheit (II) sowie der Suizidhilfe durch Ärzte oder Organisationen (III).

I. Beurteilung der vorliegenden Gesetzentwürfe

(a) Grundperspektive der Stellungnahme

Aus der Sicht einer wohlbegründeten humanen und liberalen Ethik müssen unheilbar kranke Patienten, die trotz guter medizinischer Versorgungsangebote ihr Leiden unerträglich finden und einen freiverantwortlichen Suizidwillen ausbilden, *zuverlässigen* Zugang zu kompetenter Suizidhilfe und -begleitung erhalten können. Vorzugsweise sollten hier dem Patienten bereits vertraute Ärzte helfen dürfen, soweit sie dies mit ihrem Gewissen vereinbaren können. Zugleich sollte Suizidhilfe an transparente Sorgfalts- und Zulässigkeitskriterien gebunden und in ihrer Durchführung dokumentiert werden.

(Vergleiche Thesen 1 -10 des Anhangs).

Einer solchen Praxis stehen gegenwärtig vor allem (i) die subjektive Rechtsunsicherheit der Ärzte und Patienten, (ii) standesrechtliche Verbote und (iii) die ethische "Skandalisierung" von Suizidhilfe durch Teile der organisierten Ärzteschaft, der Kirchen und der öffentlichen Meinungsführer entgegen.

(b) Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Sensburg u.a. (BT-Drs. 18/5376) ist aus der Perspektive einer liberal-humanen Ethik in keiner Hinsicht zustimmungsfähig. Mit seinem strafrechtlichen Totalverbot von Suizidhilfe lässt er das einen freiverantwortlichen Suizid einschließende Selbstbestimmungsrecht von Patienten, wie Verfassungsrecht und universal geteilte ethische Prinzipien es anerkennen, zu einem faktischen "Scheinrecht" verkümmern. Patienten würden zum Weiterleben gegen ihren Willen gezwungen oder zu einem gewaltsamen oder einsamen Suizid. Die Umsetzung dieses Gesetzentwurfs würde die gegenwärtige Situation zu Lasten verzweifelter Patienten massiv verschlechtern.

(Vgl. zur Begründung insbesondere Thesen 1-3 des Anhangs.)

(c) Dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Brand u.a. (BT-Drs. 18/5373) kann aus der Perspektive einer liberal-humanen Ethik ebenfalls nicht zugestimmt werden. Er zielt mit seinem strafrechtlichen Verbot jeder "geschäftsmäßigen" Suizidhilfe darauf ab, Suizidhilfe durch Sterbehilfeorganisationen gänzlich zu unterbinden und Suizidhilfe durch Ärzte auf "Einzelfälle" in einer "schwierigen Konfliktsituation" zu reduzieren. Wie diese Ausnahmeklausel begrifflich zu präzisieren bzw. mit dem Wortlaut der Verbotsnorm überhaupt vereinbar sein soll, ist dabei unklar.¹ Würde dieser Entwurf Gesetz, verschlechterte sich die Zugänglichkeit von Suizidhilfe für verzweifelte Patienten gegenüber dem Status quo erheblich. Durch das Signal des strafrechtlichen Verbots und die Abgrenzungshürden würden Ärzte subjektiv noch rechtsunsicherer und Suizidhilfe rechtsethisch noch stärker stigmatisiert. Statt ärztliche Suizidhilfe zugänglicher und transparenter zu machen, würde man das Gegenteil bewirken. Zudem würde, unabhängig von einer möglichen Gewinnorientierung, *jede* organisierte Suizidhilfe verboten. Auf deren flankierende Tätigkeit könnten oder würden Patienten aber doch allenfalls dann verzichten wollen, wenn sie im Notfall sichere Hilfe bei ihren Ärzten fänden.

Dass dieser Gesetzentwurf als "Weg der Mitte" die bisherige Unterstützung so zahlreicher Abgeordneter findet, ist ebenso erstaunlich wie befremdlich. Neben *kategorischen* Einwänden gegen Suizide und Suizidhilfe, wie sie nicht zum Fundament einer säkularen Ethik taugen, mögen dabei Missverständnisse und Fehleinschätzungen dessen eine Rolle gespielt haben, was hier gegenüber der bestehenden Praxis "zurückgedreht" würde. Der Abstand der Gesetzgebung von den dominanten und durchaus kohärenten ethischen Auffassungen der Bevölkerung würde erschreckend groß.

(Vgl. zur Begründung insbesondere Thesen 1-3 des Anhangs)

(d) Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Hintze u.a. (BT-Drs. 18/5374) verfolgt die beiden nach meinem Dafürhalten zentralen Ziele, die grundsätzliche Legitimität und Legalität ärztlicher Suizidhilfe bei Freiverantwortlichkeit/unheilbarer Krankheit/unerträglichem subjektivem Leiden zu bekräftigen und sie an Vorsichtskriterien zu binden. Dadurch sollen die Rechtssicherheit der Ärzte in dieser Frage gestärkt und standesrechtliche/-ethische Widerstände konterkariert werden. Begegnet werden soll zudem der verbreiteten Sorge vor übereilten Suizidentschlüssen.

Der dem Zivilrecht zugeordnete Gesetzentwurf bezieht sich *nicht* auf die Tätigkeit von Sterbehilfe-Organisationen. Dahinter steht die in der Gesetzesbegründung (S. 9) formulierte Annahme, dass "dem Wirken von Sterbehilfevereinen in Deutschland die Grundlage entzogen" werde, sobald Suizidhilfe durch dazu gewillte Ärzte eine sicher zugängliche *ultima-ratio*-Option wäre. Bedenkt man, dass gerade diffuse Sorgen vor einer vermeintlich problematischen Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen Anlass für die Gesetzgebungsinitiative war, besteht hier Spielraum für eine Kompromiss-Suche mit dem Künast-Entwurf, der Suizidhilfe generell unter den Vorbehalt vernünftiger Sorgfaltskriterien stellen will. *(Vgl. These 8 des Anhangs)*

Diskussionswürdig restriktiv ist in meinen Augen die dezidierte Bindung ärztlicher Suiziderlaubnis an "die Wahrscheinlichkeit des Todes" (Absatz 2). Diese Forderung nach der *Tödlichkeit* der vorliegenden Krankheit ist zwar weniger einschränkend als die in manchen anderen Ländern aufgestellte Bedingung, der Patient müsse sich absehbar in

¹ Angesichts der definitionsgemäßen Geschäftsmäßigkeit beruflicher Arzttätigkeit und der Unmöglichkeit einer präzisen Abgrenzung zwischen der Bereitschaft zu (iterierten) Einzelfällen und Wiederholungsabsicht.

der *Terminalphase* seines Leidens befinden. Ausgeschlossen aber würde durch den Hintze/Lauterbach-Entwurf ärztliche Suizidhilfe für Patienten, die z.B. an schwersten und dauerhaft unheilbaren Einschränkungen – etwa der Bewegungs- oder Kommunikationsfähigkeit – leiden. Diesen Patienten die Zugänglichkeit zu (ärztlicher) Suizidhilfe zu versperren, bedeutet eine erhebliche Beschränkung, die noch einmal überdacht werden sollte (vgl. *These 10 im Anhang*).

Hier besteht ebenfalls Kompromiss-Spielraum mit dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Künast, Sitte u.a.

(e) Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Künast u.a. (BT-Drs. 18/5375) wird ebenfalls von der Absicht geleitet, die rechtsethische Zulässigkeit von Suizidhilfe (gar als potentielle "ärztliche Aufgabe"; §6) zu bekräftigen, diesmal allerdings innerhalb des Strafrechts. Während gewinnorientierte Suizidhilfe verboten werden soll, würde alle sonstige Suizidhilfe – ohne Ansehung ihrer Organisationsform – an eine Reihe von Auflagen in der Beratung (mit Arztvorbehalt) und Dokumentation gebunden. Auf diese Weise sollen die Informiertheit und Freiverantwortlichkeit der potentiellen Suizidenten gestärkt und somit suizidpräventive Potentiale ausgenutzt werden. Auch diesen Zielsetzungen ist zuzustimmen, nicht aber der unverhältnismäßig "scharfen" Verortung dieser flankierenden Auflagen im Strafrecht, das die Strafwürdigkeit aller Beförderung *nicht*-freiverantwortlicher Suizide ja ohnehin festlegt.

Eine konsequent liberale Position nimmt der Entwurf in der Frage einer Reichweitenbegrenzung zulässiger Suizidhilfe ein, indem er darauf verzichtet, diese an das Vorliegen eines nahes Lebensendes oder auch nur eines (u.U. näher qualifizierten) Krankheitszustands zu binden. Zumindest für die *ärztliche* Suizidhilfe sehe ich hier gute Gründe für eine etwas restriktivere Regelung – mit Blick auf soziale Signale, gesellschaftliche Unerfahrenheit, ärztliches Selbstverständnis und letztlich auf die politische Zustimmungsfähigkeit des Entwurfs.

(Vgl. *These 10 im Anhang*).

(f) Fazit

Die Gesetzentwürfe der Abgeordneten *Sensburg u.a.* sowie der Abgeordneten *Brand u.a.* würden aus Sicht einer liberalen und humanen Ethik den Status quo der Suizidhilfe-regelung und -praxis ganz erheblich verschlechtern.

Die Gesetzentwürfe der Abgeordneten *Hintze u.a.* sowie der Abgeordneten *Künast u.a.* zielen hingegen beide auf die überfällige und gebotene Verbesserung der faktischen Zugänglichkeit von (ärztlicher) *Ultima-ratio*-Suizidhilfe, indem sie diese ethisch rechtfertigen und sie subjektiv rechtssicher, zugleich aber auch kontrollierter machen wollen. Mit Blick auf diese zentrale Übereinstimmung sollten beide Vorschläge in einen gemeinsamen und damit im Bundestag chancenreicheren Gesetzentwurf überführt werden – im Interesse verzweifelter Patienten und einer liberal votierenden Bürgermehrheit.

II. Thesen zum Suizid bei unheilbarer Krankheit

1. Ein freiverantwortlicher Suizid bei unheilbarer Krankheit ist nicht *eo ipso* ein ethischer Skandal.

Nicht-freiverantwortliche Suizide, wie sie etwa als Symptom psychischer Erkrankungen, unter Drogen oder in emotionalen Ausnahmezuständen erfolgen, machen die ganz überwiegende Mehrheit der Suizide aus, nicht nur in Deutschland, wo deren jährliche Gesamtzahl sich auf etwa 10.000 beläuft. Dass diese Suizide mit allen humanen Mitteln verhindert werden sollten, versteht sich von selbst und sollte Gegenstand noch größerer Anstrengungen sein als bisher. Diese Fragen sind jedoch strikt zu trennen von der Beurteilung der kleinen Sondergruppe von freiverantwortlichen Suiziden, die in der Suizidologie auch als "Bilanzsuizide" bezeichnet werden.

Ethische Einwände im Zusammenhang mit einem solchen freiverantwortlichen Tod von eigener Hand können sich (1) gegen das Handeln des Suizidenten selbst und (2) gegen diejenigen richten, die durch Tun oder Unterlassen zur negativen "Bilanz" seiner Lebensumstände beigetragen haben. Wer sich nun (ad 1) angesichts eines bevorstehenden Lebensrests mit unheilbarer Krankheit zum Suizid entscheidet, muss sich gewiss nicht vorwerfen lassen, sich aus Feigheit oder Verantwortungslosigkeit davonzustellen. Kritik üben hier jedoch diejenigen, die ein solches Handeln "gottlos" oder "naturwidrig" und daher unmoralisch finden. Solche religiösen oder weltanschaulichen Überzeugungen, wie sie im Christentum keineswegs von allen Theologen geteilt werden, mag jedermann für sich selbst hegen oder sie gegenüber seinen Nächsten und Glaubensbrüdern geltend machen. Für eine verbindliche Sozialethik in einer liberalen Gesellschaft sind sie ungeeignet.

Bildet ein unheilbar Kranker (ad 2) nur deswegen einen freiverantwortlichen Suizidwunsch, weil er keinen Zugang zu grundsätzlich vorhandenen Behandlungs- und Linderungsmöglichkeiten hat oder weil er schlechter umsorgt und gepflegt wird, als realistisch machbar wäre, dann ist dies in der Tat ein Skandal. Deswegen gibt es einen inhaltlichen Zusammenhang mit der Forderung nach dem überfälligen weiteren Ausbau der Palliativmedizin mit ihren Linderungs- und Versorgungsangeboten. Aus dieser Einsicht folgt jedoch nicht, dass man freiverantwortliche Suizidwünsche unheilbar Kranker generell auf dieses Konto schieben und Handlungsbedarf allein dort sehen dürfte. Manches, was den Betroffenen ihren Zustand subjektiv unerträglich macht, lässt sich nun einmal unter den für sie gegebenen Umständen nicht ändern (vgl. These 4). Die Tatsache, dass ein Schwerstkranker sein Leben subjektiv nicht mehr ertragen kann, ist höchst bedauerlich. Ein daraufhin erfolgender Suizid *selbst* ist aber keineswegs suspekt.

Die voranstehenden Überlegungen sind deshalb wichtig, weil hinter den Bedenken, die manche Bundestagsabgeordnete gegenüber einer transparenten und zuverlässigen *ultima-ratio*-Hilfe beim Suizid haben, eine intuitive ethische Ablehnung von Suiziden *selbst* zu stehen scheint – unbeschadet der Tatsache, dass diese straffrei sind und dies nach dem Grundgesetz sowie weit geteilter ethischer Überzeugung auch bleiben müssen. Wer aber den freiverantwortlichen Suizid eines Schwerstkranken grundsätzlich nur "zähneknirschend" akzeptiert, unterliegt wohl entweder dem Fehlschluss auf notwendigerweise vorhandene Versäumnisse im Umfeld des Patienten oder ist inspiriert von den kategorischen Suizid-Vorbehalten religiöser Provenienz. Von hier aus liegt der Schritt nahe, Suizidhilfe *a fortiori* im Grundsatz ethisch problematisch zu finden.

Aus Sicht einer aufgeklärten humanen Ethik aber ist der freiverantwortliche Tod von eigener Hand nicht bereits *als solcher* moralisch anrühlich. Er ist zudem als Implikation eines Anrechts auf Selbstbestimmung zu respektieren, solange dem nicht andere ethisch relevante Aspekte entgegen stehen. Wenn das "Herr-im-eigenen-Haus-Sein-Dürfen", welches einen Kernpfeiler unserer Ethik ausmacht, wirklich etwas zählt, muss dies auch das eigene Lebensende betreffen. Diese Einsicht ist längst beherzigt bei der Sterbehilfe im Modus des Sterbenlassens ("Passive Sterbehilfe"): Schwerstkranke dürfen nach geltendem Recht und nach weitgehend geteilten ethischen Auffassungen freiverantwortlich den Verzicht auf Rettungsmaßnahmen, lebenserhaltende Dialyse, Ernährung oder Beatmung verlangen und durchsetzen. Auf den Stationen unserer Krankenhäuser geschieht dies vieltausendfach im Jahr. Wer aber nicht an "Schläuchen" hängt, durch deren Entfernen er sterben könnte, braucht dazu u.U. den Weg des Suizids mit Hilfe. Die *normativen* Unterschiede zwischen diesen beiden Wegen sind nach dem Urteil zunehmend vieler Medizinethiker unter sonst identischen Randbedingungen unerheblich klein.

Die weithin konsentierete ethische Billigung eines Suizids bei unheilbarer Krankheit, die für den Betroffenen unerträglich geworden ist, ergibt sich aus Umfrage-Ergebnissen, denen zufolge in Deutschland eine stabile Mehrheit von 75-80% für die Zulässigkeit ärztlicher Suizidhilfe plädiert.

2. Freiverantwortliche Suizidwünsche bei gut versorgten, aber unheilbar kranken Patienten sind selten, aber real und für viele Menschen nachvollziehbar.

Unheilbare und als subjektiv unerträglich empfundene Krankheit ist wohl ein häufiger gewordenes Suizidmotiv. Das hat mehrere Ursachen. Eine von ihnen liegt in der modernen *high-tech*-Medizin selbst. So haben deren immer potentere Behandlungsoptionen, die zu willkommenen Rettungen und Heilungen führen, auch eine massive Schattenseite: Sie lassen Menschen nach Unfällen und Erkrankungen, an denen sie in früheren Zeiten gestorben wären, in einem stark reduzierten Zustand überleben. Manche Patienten erleben am Ende ihres Lebens Phasen des protrahierten Leidens, des Siechtums, der krankheitsbedingten Eingeschränktheit und Pflegebedürftigkeit, wie sie noch unseren Urgroßeltern weitgehend fremd waren. Außerdem *wissen* viele Kranke dank der heutzutage möglichen medizinischen Diagnostik und Prognostik, dass sie an einer unheilbaren Krankheit leiden und welche Entwicklungen diese Erkrankung im besten wie im schlechtesten Falle nehmen kann.

Das eigene Sterben unter solchen Umständen abkürzend in die eigene Hand nehmen zu wollen, scheint nicht nur psychologisch, sondern auch moralisch durchaus nachvollziehbar. Patienten und ihre Ärzte "spielen" ständig "Gott" (um eine verbreitete Verbotsmetapher der Suizidhilfe-Kritiker zu verwenden), wenn sie Krankheiten erfolgreich behandeln und den Tod hinauschieben; aber auch, wenn sie Therapien unterlassen oder absetzen. Mit welcher Begründung dürfte man dann ausgerechnet gegenüber den Suizidwünschen Schwerstkranker auf eine moralische Pflicht zur "Schicksalsergebenheit" pochen? Oder einen Suizidwillen am Lebensende als frivol abtun?

Umfragen unter Ärzten, die regelmäßig unheilbar Kranke versorgen, ergeben, dass offenbar nur wenige von diesen tatsächlich einen stabilen Suizidwillen ausbilden. Die Zahl der Patienten, die mit ihrem Arzt im Vorfeld über diese Optionen sprechen möchten, liegt höher. Solche Daten geben einen klaren Anhalt dafür, dass freiverantwortliche Patientensuizide auch unter weiter liberalisierten Randbedingungen nicht zu einem Massenphänomen würden. Sie sind aber auch mit Vorsicht auszulegen, da die Wünsche nach Suizid und nach entsprechenden Diskussionen natürlich auch davon abhängen, ob

Ärzte und soziales Umfeld von ihren Patienten in dieser Hinsicht als verständnisvoll eingeschätzt werden.

Zu den vergleichsweise wenigen Patienten, die einen Suizidwillen am Ende wirklich dauerhaft ausbilden, kommen allerdings noch Millionen Bürger hinzu, die mit der bloßen Gewissheit, Suizidhilfe ggf. als *ultima ratio* in Anspruch nehmen zu können, besser leben und besser sterben als ohne diese Gewissheit. Aus diesem Grunde nimmt es denn auch nicht Wunder, dass rechtspolitische Debatten um die Zulässigkeit ärztlicher Suizidhilfe für unheilbar Kranke gegenwärtig in vielen Ländern der westlichen Welt geführt werden.²

3. Das "Recht" auf einen nur gewaltsam oder einsam durchführbaren Suizid ist ein unmenschliches Scheinrecht.

Wer unheilbar Kranken nicht nur "zähneknirschend" (siehe oben These 1) sondern ernsthaft ein moralisches Recht auf Suizid zugesteht, kann nicht die Augen davor verschließen, dass dessen Umsetzung gerade für schwer beeinträchtigte Patienten ohne Hilfe meist kaum realisierbar, geschweige denn zumutbar ist. Der Gang ins Wasser, der Sprung von der Brücke, der illegale Kauf einer Pistole, aber z.T. auch die Reise zu einer Sterbehilfeorganisation in die Schweiz oder selbst der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – vom Tod auf Zuggleisen gar nicht zu reden – bedeuten oft massive oder unüberwindbar Hürden für Suizidenten, ihre Nächsten oder weitere Dritte. Wer es bei solchen Hürden beließe, kann es kaum ernst meinen mit dem ethischen Respekt vor dem Suizidwillen. Wie in vielen anderen Fällen auch, ist ein Abwehrrecht (hier: gegen Suizidverhinderung) ein zahnlöser Tiger ohne ein entsprechendes Anspruchsrecht (hier: auf Unterstützung durch dazu gewillte Helfer).

4. Palliativmedizinische Angebote sind von höchster Priorität, aber nicht für alle Patienten "ihre" Alternative zum Suizid.

Die Fortschritte der Palliativmedizin – insbesondere in der Schmerzbehandlung und der ganzheitlich ausgerichteten Fürsorge – können für viele Patienten eine substantielle Verbesserung ihrer letzten Lebenszeit bedeuten. Das ist ganz unstrittig und begründet die einhellige Forderung nach weiteren Anstrengungen auf diesem Gebiet und nach einer verstärkten Förderung der Palliativmedizin.³

Gleichwohl macht auch die bestmögliche Palliativmedizin Suizidhilfe nicht überflüssig. Erstens kann auch sie einem kleinen Teil der Patienten nicht zu Schmerzfreiheit (bei zugleich klarem Bewusstsein) verhelfen. Zweitens widerspricht die prinzipiell segensreiche palliativmedizinische Option, solche Patienten schlimmstenfalls in den Tod schlafen zu lassen, den persönlichen Würdevorstellungen mancher Betroffener. Drittens weiß man aus vielen Erhebungen im Ausland, dass die Sterbewünsche unheilbar Kranker nur in der Minderheit wegen nicht behandelbarer Schmerzen bestehen. Mehrheitlich sind es die quälenden Erfahrungen von Funktions-, Partizipations- und Kontrollverlust im Spätstadium einer Erkrankung, die als unvereinbar mit den eigenen Vorstellungen eines würdigen Lebensendes empfunden werden. Auch wenn die organisierte Palliativmedi-

² Zuletzt in Kanada (Bundesgerichtsentscheid Pro 02/2015), Großbritannien (Parlamentsbeschluss Contra 09/2015) und Kalifornien (Senatsbeschluss Pro 09/2015).

³ Vgl. etwa die Stellungnahme der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina: "Palliativversorgung in Deutschland. Perspektiven und Forschung (2015)

zin vertritt: "schmerzfrei geht immer" und dies für "genug" Würde hält, sind also manche Patienten hier dezidiert anderer Meinung. Sie müssen das Recht auf *Würdemündigkeit* in diesen Fragen haben.

5. Freiverantwortlichkeit beim Suizidentschluss muss (und kann zumeist) sorgfältig bestimmt werden.

Der in letzter Zeit häufig vorgebrachte Einwand, es sei gerade bei unheilbar Kranken schwierig, Freiverantwortlichkeit irrtumsfrei zu bestimmen, ist durchaus ernst zu nehmen. Die Abgrenzungen zwischen reaktiver Verzweiflung und krankhafter Depression, zwischen Wohlüberlegtheit und Übereilung sowie zwischen selbstbestimmter Rücksichtnahme auf Dritte und deren subtiler Einflussnahme sind gewiss nicht immer einfach zu treffen. Ärzte müssen hier wohl zum Teil noch besser ausgebildet werden. Aber so wichtig diese Einsicht ist, taugt sie doch nicht zum Verbotsargument gegen Suizidhilfe: Zum einen stellt sich exakt dasselbe Problem bei der stets erforderlichen und ja ersichtlich vieltausendfach praktizierten Feststellung von Freiverantwortlichkeit beim Sterbenlassen ("Passive Sterbehilfe"). Zum anderen wäre es gänzlich unverhältnismäßig, wegen einiger Problemfälle die Gesamtpraxis in Frage zu stellen, statt jene konkreten Fälle angemessen sorgfältig und ggf. zunächst einmal abwartend zu handhaben.

III. Thesen zur Suizidhilfe

6. Hilfe und Begleitung bei einem freiverantwortlichen Suizid als *ultima ratio* erfolgen am besten durch dazu gewillte vertraute Ärzte in einem tolerierenden gesellschaftlichen Umfeld

Es gibt mehrere gewichtige Gründe dafür, dass *ultima-ratio*-Suizidhilfe am ehesten von Ärzten geleistet werden sollte: Sie sind fachlich zuständig für die Beurteilung der Unheilbarkeit einer Erkrankung, für die Beurteilung von Freiverantwortlichkeit (vgl. These 5) sowie für das Aufzeigen und Vermitteln von Behandlungs- und Palliationsmöglichkeiten, wodurch ihre Beratung zudem ein beachtliches Präventionspotential haben kann. Wünschenswert ist, dass sie den Patienten und seine Angehörigen bereits länger kennen und daher auch eine Begleitung und Anwesenheit während der Durchführung des Suizids nicht als befremdlich empfunden, sondern als entlastend erbeten werden könnte. Nicht zuletzt müssten Ärzte auch kompetent sein (werden) für die angemessene technische Durchführung, so dass hier der humanste und sicherste Weg beschritten würde. Da dieser Weg nach bisheriger Erkenntnis am besten durch Verabreichung eines Betäubungsmittels in Überdosis erfolgt, muss hierzu auch das Betäubungsmittelrecht geändert werden. All diese Vorstellungen teilt auch die Mehrzahl der Bürger.

Will man ihnen entsprechen, müssen dazu gewillte Ärzte Suizidhilfe *offen* und *subjektiv rechtssicher* leisten dürfen, ohne standesrechtliche Sanktionen, standesethische Vorwürfe oder kollegiale Ächtung erwarten zu müssen. Eine solche Offenheit und Sicherheit bestehen trotz des strafrechtlichen Unverbotenseins von Suizidhilfe derzeit nicht. Unterschiedliche Rechtsauskünfte über die ärztliche Garantenpflicht zur Lebensrettung, die standesrechtlichen Verbote oder Fastverbote der Landesärztekammern und die ethische Abstrafung ärztlicher Suizidhilfe durch den Vorstand der Bundesärztekammer zeigen hier Wirkung. Offenheit und subjektive Rechtssicherheit sind aber die Voraussetzungen für eine transparente Dokumentation, die unabdingbar erscheint. Und sie sind die Voraussetzungen dafür, dass vertraute Ärzte *ihren* Patienten helfen können, statt dass

einzelne heroische Kollegen, sich auf Suizidhilfe spezialisierend, durchs Land reisen müssten, um fremden Patienten auf deren Hilferufe hin beim Suizid zu begleiten.

Umfragen zeigen, dass in Deutschland etwa 30% der Ärzte, von denen es immerhin etwa 350.000 gibt, in Einzelfällen Suizidhilfe zu leisten bereit wären. Das würde jeden Bedarf bei weitem decken. Kein Arzt müsste gegen sein Gewissen handeln – so wie dies auch in anderen Ländern problemlos gehandhabt wird. Natürlich wird und soll es weiterhin kritische Debatten über Suizidhilfe auch unter Ärzten geben. Wichtig ist, dass auf der Ebene der *organisierten* Ärzteschaft Respekt und Toleranz für Suizidhilfe im Einzelfall zum Ausdruck gebracht wird. Das eben ist bisher dezidiert nicht der Fall.

Die Damen und Herren Bundestagsabgeordneten mögen sich nichts vormachen: Sie selbst würden als suizidwillige Schwerstkranke auch unter dem standesrechtlichen Status quo wohl ggf. einen Arzt finden, der ihnen hülfe. Gut vernetzte Akademiker und Personen des öffentlichen Lebens haben es in dieser Frage vergleichsweise leicht. Das gilt aber, wie jeder von Ihnen in den letzten Monaten durch verzweifelte Zuschriften von Patienten erfahren haben wird, keineswegs für jedermann.

7. Suizidhilfe ist durchaus vereinbar mit dem ärztlichen Ethos.

Viele Ärztefunktionäre und mit ihnen zahlreiche Politiker behaupten apodiktisch, Suizidhilfe unterminiere die moralische Integrität des Ärztestandes, zerstöre die Vertrauensbasis im Arzt-Patienten-Verhältnis und verstoße gegen das ärztliche Ethos. Diese Behauptungen sind spekulativ und normativ unplausibel. Das ärztliche Ethos muss im Dienste berechtigter Patientenbedürfnisse stehen. Dazu brauchen Bürger ihre Ärzte, dazu lassen sie diese ausbilden und bezahlen sie. Und daher haben sie ein indirektes Mitspracherecht bei der Formulierung dessen, was ärztlich erlaubt, geboten oder verboten sein soll.

Patientenbedürfnisse richten sich *fast* immer auf den Kampf gegen Krankheit und vorzeitiges Sterben. Dem sollen Ärzte im Interesse der sie konsultierenden Patienten entsprechen: mit Fachkompetenz und einer Verpflichtung auf Fürsorge und Respekt vor der Patientenautonomie. Wo nun aber gut versorgte Schwerstkranke freiverantwortlich nicht mehr leben wollen, weil sie es subjektiv nicht mehr können, sollten Ärzte in der Mitverantwortung bleiben dürfen, soweit sie es mit ihrem persönlichen Gewissen verantworten können. Es gibt keinen Primat der Auslegung des ärztlichen Ethos durch Ärzte oder gar Arztfunktionäre. Und auch keinen Anhalt dafür, dass Menschen das Vertrauen in die Ärzteschaft verlören, wenn ärztliche Suizidhilfe eine offen tolerierte Option wäre. Die Formel von deren angeblicher Unvereinbarkeit mit dem Arztethos ist vielen Kollegen tief eingepflegt – sie ist aber schlicht unterkomplex und in der Sache irrig.

8. Sterbehilfe-Organisationen können "zweitbeste" Suizidhelfer sein.

Suizidhilfe und -begleitung durch Organisationen haben, pauschal betrachtet, Nachteile gegenüber der Suizidbegleitung durch einen dem Patienten bereits vertrauten Arzt (vgl. These 7). Eben diese Vertrautheit, die oben angesprochenen ärztlichen Kernkompetenzen, aber auch die Tatsache, dass Suizidhilfe bei Ärzten gewiss nicht zu einem "Auftrag", sondern sich ggf. auf sehr viele Schultern verteilen würde, sprechen für diese Präferenz.

Diese Bevorzugung begründet nun aber keineswegs ein Verbot organisierter nicht-ärztlicher Sterbehilfe. Solange solche Organisationen Patienten nicht unter Druck setzen oder Suizidhilfe trotz mangelnder Freiverantwortlichkeit leisten, sollten sie ihre Leistungen anbieten dürfen. Sobald sie diese Bedingungen, wie oft behauptet oder gegargwöhnt, nicht erfüllen, machen sie sich ohnehin strafbar. Voraussichtlich würden Sterbehilfeorganisationen durch eine transparente und offene Ermöglichung ärztlicher Suizidhilfe weitgehend überflüssig werden. Solange jedoch ärztliche Suizidhilfe nicht zuverlässig zur Verfügung steht, erfüllen sie eine wichtige Funktion. Ein Verbot organisierter nicht-ärztlicher Sterbehilfe würde zudem ein unfaires und problematisches soziales Signal aussenden. Es würde zu Unrecht signalisieren, dass besagte Organisationen als solche ethisch problematisch sind. Auf der anderen Seite würden zusätzliche gesetzliche Rahmenbedingungen ein Beruhigungssignal in Richtung derer senden, welche die Sorge vor Missbrauch umtreibt.

9. Damnbrüche und Missbrauch sind bei *keiner* Form der Sterbehilfe mit letzter Sicherheit auszugeschließen, wohl aber sehr unwahrscheinlich und durch klare Sorgfaltskriterien und Transparenz zu konterkarieren.

Kritiker einer offen tolerierten ärztlichen Suizidhilfe warnen davor, dass dadurch Suizidentscheidungen zunehmend unter sozialem Druck getroffen werden könnten. Auch bestehe die Gefahr, dass die Bedingungen für die Zulässigkeit ärztlicher Suizidhilfe nach und nach aufgeweicht würden. Für beide Gefahren gibt es keine belastbaren Indizien. *Gegen* ihre Bedeutung aber gibt es gewichtige Einwände: Erstens muss und kann sozialem Druck auf Entscheidungen am Lebensende durch entsprechende gesellschaftliche und ärztliche Wachsamkeit vorgebeugt werden. Zweitens müssten analoge Fehlentwicklungen erst Recht im Zusammenhang mit dem Verzicht auf (häufig kostspielige) lebenserhaltende Therapien zu verzeichnen sein, wie sie seit Jahren und in zunehmender Zahl auf Intensivstationen getroffen werden. Es gibt aber keinerlei derartige Anzeichen. Drittens hat man mit gesetzlichen Auflagen zu Dokumentation und Begleitforschung sowie zu einer zeitnahen Überprüfung ihrer Ergebnisse durchaus Möglichkeiten an der Hand, einer ungewollten Ausweitung zu begegnen. Viertens zeichnen sich Dambruchstendenzen offenbar bisher in keinem der Länder mit einer akzeptierten, transparenten und zum Teil langjährigen Suizidhilfe-Praxis ab.

10. Ärztliche Suizidhilfe sollte formalen Auflagen zur Sicherung der Freiverantwortlichkeit unterliegen und wohl auch auf Patienten mit unheilbarer, nicht-psychiatrischer Krankheit begrenzt werden.

Wer die Zugänglichkeit von *ultima-ratio*-Suizidhilfe für Schwerstkranke befürwortet, muss zugleich ein Interesse daran haben, die Freiverantwortlichkeit von Suizidentscheidungen durch geeignete Vorsichtskriterien (Doppelkonsultation, Bedenkfrist, dokumentierte Aufklärung über Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten) abzusichern. Es scheint wegen der hohen Bedeutung dieses Aspekts durchaus plausibel, diese Absicherung gesetzlich und damit in hohem Maße sichtbar zu verankern, statt sie der ärztlichen Profession oder den Suizidorganisationen selbst zu überlassen. Auch hier geht es nicht zuletzt um soziale Signale.

In vielen Ländern diskutieren und fordern Befürworter liberaler Suizidhilferegulungen zudem unterschiedlich enge Voraussetzungen, die Patienten erfüllen müssten, um ärztliche Suizidhilfe erhalten zu dürfen. Hier stellen sich zunächst die Fragen (1.) nach der Beschränkung auf Patienten mit *unheilbarer Krankheit* und (2.) nach der Zulässigkeit

von Suizidhilfe speziell für Patienten mit *psychiatrischen* Erkrankungen. In beiden Fragen sprechen Vorsichtsgründe für die jeweils restriktiven Regelungen: Mit Blick auf die besonderen Schwierigkeiten bei der Feststellung von Freiverantwortlichkeit von Patienten mit psychiatrischen Krankheiten sowie auf die sozialen Signale solcher Regelungen sollte die Erlaubnis zu ärztlicher Suizidhilfe wohl doch auf Patienten mit unheilbarer, nicht-psychiatrischer Krankheit beschränkt bleiben. Letztlich sind hier, ebenso wie in vielen anderen sozialen Zusammenhängen auch, schwierige Balancen zwischen Einzelfall- und Praxisbetrachtung herzustellen. Sie mögen in zwanzig Jahren anders ausfallen. Ihre Erfordernis und ihre mögliche Vorläufigkeit sind keineswegs Zeichen einer problematisch uneindeutigen Ethik. Im Gegenteil signalisieren sie Sensibilität und Realitätsbezug, ohne deswegen beliebig zu sein.

Desweiteren stellen sich die Fragen, ob (3.) Suizidhilfe an das *Terminalstadium* einer unheilbaren Krankheit oder jedenfalls (4.) an deren *Tödlichkeit* gebunden sein sollte. Diese Restriktionen würden Patienten mit für sie unerträglichen Erkrankungen, die unheilbar, aber eben nicht *terminal* oder *tödlich* sind, von Suizidhilfe abschneiden. Der Ausschluss solcher Patienten – etwa mit schwersten Beeinträchtigungen der Bewegungs- oder Kommunikationsfähigkeit – scheint normativ nicht zu rechtfertigen, auch wenn hinter diesem Ausschluss die psychologische Entlastung stehen mag, dass terminal kranke Suizidenten sich nur um das Erleben *kurzer* Restlebenszeiten bringen. Suizidhilfe sollte also auch bei freiverantwortlich entscheidenden Patienten geleistet werden dürfen, die subjektiv unerträglich an unheilbaren nicht-terminalen Krankheiten leiden. Denn was für einen Patienten noch erträglich ist oder zu sein hat, darf ihm nicht von außen aufgenötigt werden. Und was ihm selbst unerträglich ist, wird ihm durch die Aussicht, es könne noch länger andauern, ersichtlich nicht erträglicher.

Fulda, 14. September 2015

Stellungnahme des Vorstandsvorsitzenden der Deutschen PalliativStiftung zur Diskussion um ein Gesetz zur Sterbebegleitung

Über 1.000 Menschen habe ich selber bis in den hinein Tod begleitet, seit gut 30 Jahren be-
fasse ich mich mit den Phänomen Schmerz und Sterben in allen seinen Facetten, pflege-
risch, medizinisch wie in den gesellschaftlichen Auswirkungen. Zuallermeist entspringt der
Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen bei Menschen aus einer unbegründeten,
subjektiven Angst vor zukünftigem Leiden verbunden mit der Unkenntnis moderner therapeu-
tischer Möglichkeiten.

Dies muss heute nicht mehr sein.

Im Herbst 2014 wurde zunächst eine orientierende Studie mit rund 12.000 Verstorbenen pro
Jahr durchgeführt¹, dann im Mai ein repräsentative Studie mit 17.772 Verstorbenen abge-
schlossen², sowie eine repräsentative Umfrage unter der Bevölkerung durchgeführt.

**Bei rund 18.000 verstorbenen, schwerstbelasteten Palliativpatienten kam es zu keiner
einzigsten Selbsttötung wegen unbehandelbaren Leidensdruckes.**

1. Für die in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch eigenständige Palliativ-
Care Teams versorgten Sterbenden kann vermutet werden, dass Palliative Care in dieser
Struktur- und Prozessqualität zugleich eine effektive Suizidprävention bewirken könnte.
 2. Weil Fälle, in denen medizinisch (bis hin zur palliativen Sedierung) keine Linderung ver-
schafft werden kann so sehr selten sind, darf der Staat keinesfalls regelhafte Erleichterungen
für die Tötung von Patienten schaffen.
 3. Für medizinische Behandlungen muss Nutzen ebenso wie Nichtschädlichkeit bewiesen
werden, für geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung fehlen solche Beweise. Wenn Le-
bensverkürzung geschäftsmäßig erleichtert würde, ist deshalb davon auszugehen, dass sich
mehr Menschen das Leben nehmen, obwohl für sie eine Behandlung möglich wäre.
 4. Der Kenntnisstand der Bevölkerung zu den Behandlungsmöglichkeiten und den rechtli-
chen Bedingungen ist unzureichend. Aus Mitleid scheint oft Tötung auf Verlangen gefordert
zu werden. Die Validität bisheriger Umfragen sollte deshalb in Frage gestellt werden.
 5. Zur Suizidprävention müssen Kenntnisse in der Bevölkerung, bei den Versorgenden und
Behörden usw. gleichermaßen vertieft werden, Strukturen der Versorgung müssen nachhal-
tig und ortsnahe zur Versorgung von schwerstkranken Palliativpatienten aufgebaut werden.
Die Ressourcen dazu sind in unserem hochentwickelten, wohlhabenden Land vorhanden.
- Die Deutsche PalliativStiftung unterstützt Positionen, die geschäftsmäßige Förderung der
Selbsttötung unterbinden wollen um Suizide nicht gefährlich zu erleichtern.

Ärzte, Patienten, Angehörige wollen in der Regel völlige Sicherheit, auch in Fragen der Le-
bensverkürzung. Völlige Sicherheit in Gesetzgebung und Rechtsprechung wird niemals zu
erreichen sein. Gleich unter welcher Regelung werden Einzelfälle immer einer Beurteilung
auf Rechtskonformität unterzogen werden können oder müssen.

¹ Sitte T. Was kann Palliativmedizin leisten? Analysen und Argumente Nr. 163, Konrad Adenauer Stiftung, 2015

² Dissertationsschrift des Verfassers

Es ist auch nicht durch die Gesetzgebung oder hospizlich-palliative Arbeit zu verhindern, dass Menschen sich aus Gründen einer eigenen subjektiven Bilanzierung ihres aktuellen von ihnen als nicht mehr lebenswert empfundenen Zustandes das Leben nehmen werden.

Was eine wohlhabende Gesellschaft sehr wohl für weitaus mehr als 99 % der Sterbenden verhindern kann, ist der Wunsch nach Lebensverkürzung aus Angst vor Schmerzen, Atemnot oder gar Verlassenheit heraus oder insbesondere auch wegen einer sehr konkreten Situation körperlichen Leidens.

Diese Stellungnahme beschränkt sich auf die Argumente aus medizinischer Sicht. In der Diskussion werden in verschiedenen Begründungen eine Vielzahl von Annahmen für einen Regelungsbedarf durch Nicht-Ärzte vorgetragen. Annahmen, die ohne ausreichende, praxisrelevante palliative Erfahrung, unmittelbar aus möglichem Leiden und möglichen Krankheitsverläufen zu entstehen scheinen.

Vergleiche zu den vorliegenden Gesetzesentwürfen aus medizinischer Sicht:

Medizinische Argumente	Medizinische Einwände hierzu
Entwurf Sensburg und andere	
Hier wird mögliches Leid, Krankheit und Todesnähe eines Patienten nicht auf einen zu ermöglichenden Suizid hin näher beschrieben, sondern darauf abgezielt, dass Leben nicht nur „eine von zwei möglichen Alternativen“ sein darf, „zwischen denen er entscheiden soll.“	
Künast, Sitte und andere	
KS1) „schwere und zum Tod führende Krankheiten“	KS1, RH2, RH3, RH4, RH5, RH6, RH8, RH9 beschreiben auf den ersten Blick aus nichtärztlicher Sicht Situationen von Ausweglosigkeit und Todesnähe. Einfach gesagt, es beträfe eine Vielzahl von Erkrankungen, die mit fortschreitendem Lebensalter auftreten.
KS2) „einen qualvollen Weg bis zum Ende gehen“	Bei den Passagen KS2, RH1, RH9 und RH10 müsste man zum Verständnis stets ergänzen „und der Patient eine palliative Behandlung ablehnt“. Bei belastenden Symptomen gibt es eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten bis hin zur palliativen Sedierung, die immer möglich ist, wenn in der Versorgung keine strukturellen oder fachlichen Defizite vorliegen.
In diesem Vorschlag wird auf medizinische Begründungen nur mit dieser einen Bemerkung zu Beginn in der Problembeschreibung eingegangen. Sie ist sehr allgemein gefasst. Das heißt letztlich kann jeder Suizidassistent einfordern, der nicht mehr leben will, unabhängig von mutmaßlich unbehandelbarem Leiden oder Todesnähe.	
Entwurf Brand, Griese und andere	
Hier werden keine medizinische Rahmenbedingungen, Leiden oder Diagnosen beschrieben. Es wird klar gestellt, dass Maßnahmen gegen eine übermäßige Erleichterung des Suizids ergriffen werden müssen. Ein Suizid selbst und die Beihilfe in Einzelfällen werden durch diese Verbote nicht berührt.	
Reimann, Hintze und andere	
RH1) „Obgleich die Palliativmedizin in der Regel eine ausreichende Schmerzlinderung ermöglicht, stößt sie in der Praxis in sehr wenigen Fällen an Grenzen. Dies dann der Fall, wenn eine ausreichende Schmerzbehandlung nach Maßgabe der für die Durchführung palliativme-	

<p>dizinischer Maßnahmen geltenden fachlichen Richtlinien ausnahmsweise nicht ermöglicht werden kann oder das Leiden daher rührt, dass der Patient – etwa aus Ekel vor sich selbst – seine Situation nicht mehr anzunehmen vermag. Das körperliche und psychische Leiden ihrer Patienten stellt auch für das medizinische Personal eine äußerst belastende Situation dar.“</p>	
<p>RH2) „...unheilbare Erkrankung unumkehrbar zum Tod führt, kann zur Abwendung eines krankheitsbedingten Leidens...“</p>	<p>„Leiden“ (RH 2,6,7,9) wird von dem meisten Laien am Lebensende mit dem Erleiden von unerträglichen Schmerzen verbunden. Die Angst, unter unbehandelbaren Schmerzen leiden zu müssen, ist dank der modernen Palliativversorgung unbegründet. Auch der hier stellungnehmende Palliativmediziner Dr. Thöns unterstützt diese Aussage zum Schmerz:</p>
<p>RH3) „... Unumkehrbarkeit des Krankheitsverlaufs sowie die Wahrscheinlichkeit des Todes...“ RH4) „... todkrank ...“,RH5) „... schwer krank ...“</p>	<p>„Schmerz ist eine der quälendsten Erfahrungen, er wird immer noch als ein Hauptgrund für den Ruf nach aktiver Sterbehilfe angegeben und gilt am Lebensende geradezu als „Normalität“. Das kann heute nicht mehr stimmen.“³</p>
<p>RH6) „... Dies betrifft Erkrankungen, bei denen nicht mehr das Ob eines krankbedingten Todes, sondern nur mehr der genaue Todeszeitpunkt noch offen ist. ... wie der Amyotrophen Lateralsklerose der Fall sein können, aus einer als unerträglich empfundene Schmerzbelastung sowie aus dem Gefühl ergeben, einer aufgrund des eingetretenen Versagens wesentlicher körperlicher Funktionen notwendigen Betreuung gleichsam ausgeliefert zu sein. Bei bestimmten Tumorerkrankungen, in deren Verlauf der Tumor aus dem Körper wächst, können die hiermit verbunden Entstellungen und unangenehmen Gerüche beim Patienten zudem einen unerträglichen Ekel hervorrufen, der auch die Ablehnung der eigenen Person umfassen kann.“</p>	<p>Aus palliativer Sicht ist das Gefühl, keine Luft mehr zu bekommen, wesentlich dramatischer. Es ist auch der Haupteinweisungsgrund für eigentlich unerwünschte Verlegungen am Lebensende von zuhause in die Klinik, wenn die bestehend Strukturen unzureichend waren. Denn: Mit guter Palliativversorgung muss kein Mensch am Lebensende mehr Atemnot erleiden. Diese Aussage wird von Dr. Thöns ebenso geteilt: „Patienten in SAPV-Betreuung können ohne Erstickenstnot versterben.“⁴</p>
<p>RH7) „... Suizidassistent, ... denen sie zur Abwendung eines hohen Leidensdrucks des Patienten durchgeführt werden kann, ...“</p>	
<p>RH8) „Mit dem Begriff der ‚unheilbaren, unumkehrbar zum Tode führenden Erkrankung‘ wird der Anwendungsbereich auf die Fälle von nicht mehr therapierbaren organischen und zugleich irreversibel tödlich verlaufenden Erkrankungen eingeschränkt.“</p>	
<p>RH9) „Die Formulierung ‚Abwendung eines krankheitsbedingten Leidens‘ bringt zum einen zum Ausdruck, dass die Umstände, ... typi-</p>	

³ Thöns, Repetitorium Palliativmedizin, Springer 2013

⁴ <http://www.der-schlafdokter.de/abstractersticken2010.pdf> Deutscher Krebskongress 2010 - Ist Ersticken eine Gefahr bei SAPV?

<i>scherweise von einem sehr hohen Leidensdruck auf Seiten des Patienten geprägt sind, Zum anderen ... unter die Voraussetzung eines bereits aktuell vorhandenen, tatsächlich feststellbaren, krankheitsbedingten Leidensdrucks.“</i>	
<i>RH10) „... wenn alternative palliative Behandlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten nicht mehr in Frage kommen. ...“</i>	

Zum Risiko, welche Ärzte im Rahmen ihrer „normalen“ Tätigkeit dem Risiko ausgesetzt werden könnten aus Gründen der Leidenslinderung geschäftsmäßige Suizidbeihilfe zu leisten, kann allgemein gesagt werden: **Bei allen Ärzten kommt der Patientenwunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung außerordentlich selten vor, so dass diese nicht in die Gefahr einer Strafbarkeit kommen könnten, wenn geschäftsmäßige Beihilfe strafbar würde.** Diese Aussage wird selbst von den drei Vorstandstandsmitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Hämatonkologie bestätigt, die im August 2015 feststellten, dass, „es sich bei der Bitte um Hilfe zur Selbsttötung auch bei Ärzten, die auf dem Gebiet der Krebserkrankungen tätig sind, um eine seltene und sehr individuell ausgeprägte Konfliktsituation handelt.“

Sie ziehen aber den falschen Schluss daraus, dass deshalb eine Strafbarkeit geschäftsmäßiger Beihilfe nicht unter Strafe gestellt werden müsse. Dass sogar für Palliativmediziner kein Risiko bei einer Strafbarkeit geschäftsmäßiger Beihilfe besteht, wird im Folgenden ausgeführt.

Wissenschaftliche Daten zum Bedarf von lebensverkürzenden Maßnahmen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung:

Im August 2015 hat der Verfasser als Beitrag zur aktuellen Diskussion eine wissenschaftliche Arbeit (Dissertation) zu lebensverkürzenden Maßnahmen fertig gestellt. Ende 2014 und im Frühjahr 2015 wurden dazu zwei umfangreiche Umfragen bei Palliativmedizinern durchgeführt, deren beruflicher Alltag in großem Maße davon bestimmt wird, Menschen bis zum Tod beizustehen. Insgesamt versorgten diese Ärzte im Jahr 2014 weit über 19.000 Palliativpatienten bis zu deren Tod.

Übereinstimmend gaben die Ärzte an, dass bei keinem dieser Patienten eine Beihilfe zur Selbsttötung notwendig geworden wäre, weil Leiden des Patienten ansonsten nicht hätte gelindert werden können. Auch wenn die Linderung nicht „perfekt“ gewesen wäre, wäre immer noch eine palliative Sedierung möglich gewesen.

Diese Aussage kann aus gut 20jähriger palliativer Praxis heraus bestätigt werden.

Wenn ein solches Ergebnis im Rahmen der aktuellen, politischen Diskussion bewertet werden sollte, sollten Fakten sachlich abgewogen werden. Gleichzeitig sollten auftretende Fragen aus jeweils ethischer, juristischer, religiöser und medizinischer Sicht heraus beleuchtet werden.

Zunehmend wird vor allem von palliativ wenig sachkundiger oder auch politisch interessierter Seite im Zusammenhang mit Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung über Palliativversorgung und deren Behandlungsoptionen diskutiert. So wird gar in völlig unzulässiger, implizit auch diffamierender Weise unterstellt, dass der palliativen Begleitung sozusagen die Beihilfe zur Selbsttötung häufig immanent wäre, wie dies in der Stellungnahme der „Strafrechtler“ geschah. Dies stellt eine absichtliche oder grob fahrlässige, falsche Darstellung der tatsächlichen Verläufe palliativer Begleitung bei, wie inzwischen selbst empirisch untermauert werden kann.

Oftmals entspringt Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen aus der subjektiven Angst vor zukünftigem Leiden verbunden mit der Unkenntnis moderner therapeutischer Möglichkeiten. In der o.g. Untersuchung wurden leitende Palliativmediziner aus Palliative Care Teams (PCT), die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbringen, retrospektiv nach ihren Einstellungen und Erfahrungen zum Themenfeld der Lebensverkürzung befragt.

Aus den 42 Antworten der 49 befragten PCTs kann aufgrund der Ergebnisse zusammengefasst werden:

Von den PCTs wurden in den Jahren 2013 und 2014 bis zum Tod multiprofessionell versorgt und begleitet: 17.772 Patienten.

Der Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen in Form von Beihilfe zum Suizid oder Tötung auf Verlangen für diese Patienten wurde in dieser Zeit geäußert. Die Ergebnisse sprechen in beeindruckender Weise für die Palliative Begleitung auch geschwächter, partiell lebensmüder Menschen:

• Gesamtzahl der durch die PCTs begleiteten Patienten	17.772
• Suizidwunsch geäußert von Patienten (meist zu Beginn)	1.147
• Suizidwunsch zusätzlich geäußert von Angehörigen	305
• Suizidwunsch geäußert wiederholt und nachdrücklich von Patienten	326
• Suizidwunsch geäußert wiederholt und nachdrücklich von Angehörigen	164
• Durch Suizid – ohne Beihilfe des Palliativteams(!) – Verstorbene	17
• Durch Suizid wegen nicht behandelbaren Leidens Verstorbene	0
• Durch Tötung auf Verlangen Verstorbene	0

Der Wunsch nach Lebensverkürzung wird von Patienten häufiger sowohl drohender als auch bereits manifester, existenzieller Not sowie bei aus verschiedensten Gründen extrem hohem Leidensdruck geäußert. Die 17 Suizide erfolgten nach Einschätzung der befragten Palliativmediziner dabei kein einziges Mal, weil etwa ein Leiden palliativ nicht behandelbar gewesen wäre.

Einen besonders hohen Stellenwert unter Palliativmedizinern in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nimmt als effiziente Behandlungsoption und ultima ratio auch gegen schwerstes Leiden bei dafür geäußertem Behandlungswunsch die palliative Sedierung ein. Obgleich palliative Sedierung nach allgemeiner Einschätzung nicht häufig zum Einsatz kommen muss, ist sie unisono die Methode der Wahl, die immer dann angeboten werden kann, wenn ein Patient andere Behandlungen nicht mehr akzeptiert. Um die palliative Sedierung herum gibt es fachlich durchaus Unsicherheiten und Differenzen, sowohl mit Blick auf die möglichen Indikationen als auch auf die praktische Umsetzung. Hier besteht weiterhin großer Bedarf an fachlicher Aufklärung und Austausch.

In der Untersuchung stimmten außer einem einzigen Palliativmediziner alle der Aussage zu: „Die Sedierung führt nicht zu einer Lebensverkürzung, sondern zu einer Symptomkontrolle“. Alle außer einem vertraten die Einschätzung, diese Art und Weise der Leidenslinderung sei eben nicht lebensverkürzend, sondern lindere vielmehr das Leiden. Das fachlich nicht gestützte, vielmehr widerlegte Gegenteil wird zuallermeist – in nicht verantwortlicher Weise – vertreten und verbreitet von Personen, die über unzureichend detaillierte Kenntnisse in der Palliativversorgung verfügen. Diese weniger Erfahrenen befürchten und verbreiten oft die gegenteilige Ansicht.

Das eigentliche Problem in der sprichwörtlich alltäglichen hospizlich-palliativen Praxis ist in keiner Weise etwa eine Notwendigkeit der bewussten Herbeiführung der Lebensverkürzung, sondern oftmals die fehlende menschliche Courage, das Sterben im Sinne des Patienten in immer wieder ähnlichen Verläufen auch zuzulassen.

Sterbenzulassen ist die Herausforderung für die Ärzte um Patienten zu ihrem Recht zu verhelfen nicht die Unterstützung von Handlungen zur Selbsttötung.

Unsicherheiten in dieser besonderen Phase des nahenden Todes führen immer wieder, ob bedingt durch mangelhaftes medizinisches Wissen oder mangelnde Erfahrung, oder auch Unkenntnis oder falsche Interpretation der rechtlichen Rahmenbedingungen, nicht selten

aber auch durch eigene, für den Patienten aber eigentlich irrelevante ethische Einstellungen Beteiligter, zu unnötig schwierigen Situationen, die dem eindeutigen und unstrittigen Patientenwillen sogar zuwiderlaufen können.

Bei der Frage von Lebensverkürzung geht es vor allem darum, das Leben des Patienten in seinem Sinne durch medizinische Maßnahmen nicht mehr als gewünscht zu verlängern. Allzu häufig geht es auch um die sogenannte „Futility“. Dazu konstatiert der Onkologe und Vorsitzende der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Wolf-Dieter Ludwig: *„Die Tatsache, dass Patienten mit privater oder halbprivater Zusatzversicherung im letzten Lebensmonat fast doppelt so oft eine Chemotherapie erhielten wie Krebspatienten mit geringem Versichertenstatus, spricht dafür, dass medizinischen Entscheidungen am Lebensende sich nicht nur am Patientenwohl, sondern beispielsweise auch an ökonomischen Fehlanreizen orientieren.“*⁵

Auch unter Berücksichtigung oben genannter Kritikpunkte können als Resultat dieser Untersuchung zwei Aussagen ausdrücklich festgehalten werden:

1. Für die in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch eigenständige Palliative Care Teams versorgten Sterbenden kann vermutet werden, dass Palliative Care in dieser Struktur- und Prozessqualität zugleich eine effektive Suizidprävention bewirken könnte.
2. Weil Fälle, in denen medizinisch (bis hin zur palliativen Sedierung) keine Linderung verschafft werden kann so sehr selten sind, darf der Staat keinesfalls positive Regelungen für die Tötung von Patienten schaffen.

Vor dem Hintergrund wachsender medizinischer Handlungsoptionen und veränderter Werthaltungen, vor allem mit Blick auf die Selbstbestimmung bei der Gestaltung des eigenen Lebens, hat sich der Umgang mit Tod und Sterben sowie auch die Haltung der Ärzteschaft zu lebensverkürzenden Maßnahmen verändert. Dies geht bis zum Wunsch, selbst soweit als möglich Einfluss auf das Sterben und die damit zusammenhängenden Vorgänge nehmen zu können, einschließlich des Sterbens selbst, der Aufbahrung, Bestattung und der damit zusammenhängenden Rituale.

Hierbei ist es für das Gemeinwohl und die Produktivität der Gesellschaft keinesfalls gleichgültig, wie der Einzelne am Lebensende versorgt wird und irgendwann sein Leben beendet – selbst wenn dieses Ende erst in fernerer Zukunft liegen wird. Im Gegenteil im Sinne einer *„Letztverlässlichkeit“* könnte dies für die Leistungsfähigkeit in gesunden Jahren sogar ein entscheidender Faktor sein.⁶

Rechtskonforme Möglichkeiten bei unerträglichem Leiden und Sterbewunsch

Für die in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) durch eigenständige Palliative Care Teams versorgten Sterbenden kann vermutet werden, dass Palliative Care in dieser Struktur- und Prozessqualität zugleich eine effektive Suizidprävention bewirken könnte.

Laut der infratest-Umfrage im Auftrag der Deutschen PalliativStiftung vom August 2015 sind 87 % der Deutschen der Meinung: *„Die Beihilfe zur Selbsttötung ist strafbar“*.

Ausgehend von diesem weit verbreiteten Irrtum plädierten gleichzeitig 77 % aus derselben Gruppe für eine *„Freigabe der Tötung auf Verlangen in bestimmten Fällen“*. Dies ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert und deutet auf eine gewaltige Fehleinschätzung großer Gruppen der Bevölkerung hin. Selbst jene, die sich laut eigenen Angaben intensiver mit dem Thema Lebensende zu beschäftigen, oder einen höheren Schulabschluss hatten oder zur oberen Einkommensgruppe gehörten, hatten hierzu keine bessere Sachkenntnis.

Mit diesem mehr als deutlichen Umfrageergebnis zum Wissenstand könnten bisherige Umfrage erheblich an Validität einbüßen.

⁵ Ludwig WD (2015) Die Behandlung von Krebspatienten am Lebensende – wann kann weniger mehr sein?. Frankfurter Forum 11: 36-45

⁶ Fleißa J (2014) Letztverlässlichkeit als Ressource – Der Wert der Palliativmedizin für die Volkswirtschaft. Zf Pall-Med 2014; 1:

Vor dem Hintergrund solcher dramatischen Wissenslücken ist das Risiko hoch, dass insbesondere diese der Natur der Sache nach stets auch emotional geführte Diskussion weithin ohne ausreichende Fakten und Analyse geführt wird und daraus resultierend zu dramatisch falschen Ergebnissen geführt wird. Deshalb fordert die Deutsche PalliativStiftung eine Aufklärungs- und Imagekampagne für hospizlich-palliatives Denken und Handeln wie sie z.B. für „Gib AIDS keine Chance“ bereits erfolgreich eingeführt und umgesetzt wurde.

Die Beihilfe zum Suizid ist schon heute prinzipiell straffrei und soll straffrei bleiben Die geltende Rechtslage schätzt völlig falsch ein, wer glaubt, dass wir Ärzte etwa aufgrund von Gesetzen einerseits alles unternehmen müssten, um das Leben eines schwerstkranken und sterbenden Menschen qualvoll zu verlängern und auf der anderen Seite aufgrund gesetzlicher Vorschriften daran gehindert würden, Leiden zu lindern.

In Wirklichkeit weist die geltende Rechtslage dem Patientenwillen die entscheidende Rolle zu, so schreibt der Anwalt für Medizinrecht Wolfgang Putz: *„Ohne Einwilligung des Patienten darf kein medizinischer Eingriff durchgeführt werden.“*⁷

Dies gilt selbstverständlich auch für die Sterbephase: *„Der Arzt muss dem Patientenwillen folgen und etwa eine lebenserhaltende Maßnahme abbrechen, sofern der Patient dies wünscht.“*

Der Patientenwille gilt also in jedem Fall, um das Recht auf Selbstbestimmung auch am Lebensende zu wahren. Ärzte dürfen und/ oder müssen Patienten nur lebenserhaltend behandeln, solange hierzu eine medizinische Indikation besteht und die Patienten damit einverstanden sind; insofern ist die Sorge vor Fremdbestimmung tatsächlich unbegründet, sofern bestehende rechtliche Regelungen stets Beachtung fänden.

Gleichzeitig kann und muss körperliches Leiden durch ausreichenden Medikamenteneinsatz gelindert werden. Leider werden in der Praxis häufig die breiten Möglichkeiten der Medizin ebenso wenig eingesetzt, wie der Rechtsrahmen zur Behandlung ausgeschöpft. So konstatierte Putz: *„Bei über ,300 Sterbemandaten‘ stellen wir fest, dass sich durch diese Entwicklung bei gleichbleibender Rechtslage das Bewusstsein der Beteiligten beim Umgang mit Sterben erheblich positiv verändert hat.“*⁷

Gleichwohl stellen auch heute noch Maßnahmen des Sterbenzulassens in Form von neu definierten Therapiezielen und dem Beenden lebenserhaltender Maßnahmen insbesondere in eher konservativ geprägten Pflegeheimen oft Streitpunkte dar, die letztlich in manchen Fällen sogar zu dem nicht hinnehmbaren Umstand führen, dass Patienten zur Durchsetzung ihres eigenen Willens in ein anderes Heim verlegt werden müssen.

Dies gilt naturgemäß insbesondere dann, wenn Menschen nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen selbst zu äußern. *„Dauerhaft bewusstlose Patienten, deren Organfunktionen vital und funktionsfähig sind, werden dabei nicht als Sterbende betrachtet“*⁸. Auch bei diesen Patienten ist eine Einstellung der Beatmung oder der künstlichen Ernährung ein erlaubter Therapieverzicht bzw. eine Therapiezielneuausrichtung, wenn sie dem Patientenwillen folgen. Dies stellt keine unerlaubte aktive Tötung dar, auch wenn das irrtümlich im Umfeld eines solchen Sterbenzulassens immer wieder geglaubt wird.

Der Begriff des Leidens am Lebensende beschreibt eine individuelle und rein persönliche Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Lebenssituation. Auf diese muss der verantwortliche Arzt eingehen, sie mittragen, und auch dann ertragen, wenn er selbst einen anderen Weg der Behandlung vorziehen würde: Es werden je nach Patient kaum sichtbare körperliche Veränderungen als sehr belastend empfunden und andererseits schwerste Einschränkungen ohne subjektive unerträgliche Belastung ertragen. Obgleich in Deutschland die obengenannten, verschiedenen Möglichkeiten für jeden einzelnen Patienten möglich sind, um ein Leben mithilfe von Therapieverzicht nicht verlängern zu müssen oder deren Leben durch FVNF oder Suizid mit oder ohne Beihilfe beendet wird, nimmt doch die zunehmende Zahl von Menschen, die zur „Sterbehilfe“ in die Schweiz reisen.

⁷ Putz W, Steldinger B, Patientenrechte am Ende des Lebens. München: CH Beck Verlag München 2014: 187

⁸ Geremek A. Wachkoma. Medizinische, rechtliche und ethische Aspekte. Deutscher Ärzteverlag. Köln 2009: 133

Unterschiedliche Auffassungen bei Ärzten:

Möglicherweise haben neben medizinischen Erwägungen persönliche Werthaltungen und Erfahrungen bei der Entscheidungsfindung eine Bedeutung⁹. Es lassen sich drei Grundpositionen unterscheiden:

• Gruppe 1:

Erstens Ärzte, welche die organisierte und die ärztliche Suizidbeihilfe auch in einem mehr oder weniger weiten Rahmen befürworten¹⁰ und diesem Vorgehen klare Regeln geben wollen, die insbesondere für Menschen in wahrscheinlicher Todesnähe gelten sollen.

Einige Ärzte gehen davon aus, ein Arzt habe sogar die Aufgabe, Menschen unabhängig von einer lebensverkürzenden Erkrankung und gleichzeitiger Todesnähe in ihrem Wunsch vorzeitig aus dem Leben zu scheiden, zu helfen¹¹.

• Gruppe 2:

Zweitens Ärzte, die den Standpunkt vertreten, dass die meisten körperlichen Probleme durch palliative Maßnahmen auf ein erträgliches Maß reduziert werden können. Es bliebe aber noch ein (zu) großer Anteil an Patienten, bei denen man die körperlichen Beschwerden nicht ausreichend lindern könne.

Für diese Patienten brauche man die Möglichkeit der Suizidassistenz. Dieser Gruppe zuzurechnende Ärzte sind z. B. in einer zufälligen Auswahl von 641 ärztlich tätigen Medizinern zu finden, bei denen nur 2 ihren Tätigkeitsschwerpunkt in der Palliativversorgung angaben (Schildmann 2014). Dort gaben 35,5 % der befragten Ärzte an, bei ihrem letzten verstorbenen Patienten hätte die Medikamentengabe „wahrscheinlich oder sicher“ zur Beschleunigung des Todeseintritts“ geführt und 9,2 % der Befragten hatten diese Lebensverkürzung sogar intendiert. Bei einer vorherigen Studie¹² waren es noch 27,3 % der Ärzte die angaben, sie hätten bei ihrem letzten verstorbenen Patienten beabsichtigt, den Tod mit der Medikation zu beschleunigen. Es scheinen bereits im Jahr 2010 diese Ärzte unter überwiegend palliativ tätigen und höher qualifizierten Palliativmedizinern geringer vertreten zu sein.

„On this background it is a remarkable finding that a relevant proportion of respondents, and even more of those who have not acquired the added certificate of qualification in palliative medicine, not only foresee but also intend shortening of life as part of their practice“¹².

Erfahrene Palliativmediziner kommen damit vermehrt in Gruppe 3 vor^{12,1}.

• Gruppe 3:

Drittens jene Ärzte, vor allem Palliativmediziner, die aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit in Palliative Care Teams die Erfahrung gemacht haben, dass sie nahezu allen Menschen in ihren insbesondere körperlich begründbaren Leiden helfen konnten – und sei es auch mit Hilfe der palliativen Sedierung als ultima ratio. Diese Gruppe macht geltend, dass in ihrem Erfahrungszeitraum bei keinem der von ihnen versorgten Patienten ein wirklicher Bedarf für eine Suizidassistenz gegeben war, wenn ein entsprechend versiertes PCT dem Patienten zur Verfügung stand¹. Existierte bei diesen Palliativpatienten ein Todeswunsch, weil sie Behandlungsoptionen ablehnten, gab es hier naturgemäß keine Möglichkeiten palliativer Behandlung.

⁹ Müller-Busch HC. Euthanasie bei unerträglichem Leid? Eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Thema Sterbehilfe im Jahre 2002. Zf Palliativmed, 2003; 4: 75-84

¹⁰ Borasio GD (2013) Über das Sterben: Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. CH Beck Verlag, München

¹¹ Arnold UC (2014) Letzte Hilfe. Rowolth Verlag, Berlin

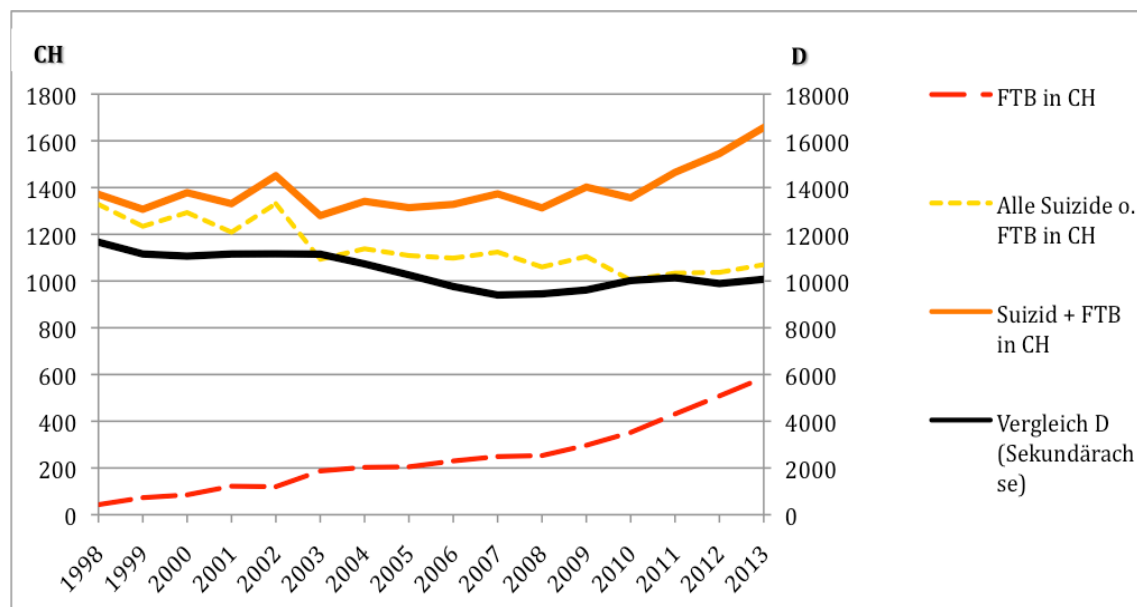
¹² Schildmann e.a. (2010) End-of-life-practices in palliative care: a survey among physician members of the German Society of Palliative Medicine. Zf PallMed, online first 06.09.2010

Entwicklung in Nachbarländern Am Beispiel der Schweiz:

In allen Ländern, in denen positive, die Beihilfe zur Selbsttötung erleichternde Regelungen geschaffen werden, sind bereits die entsprechenden, offiziell erfassten Zahlen von Jahr zu Jahr zunehmend, auch wenn eine Dunkelziffer nicht berücksichtigt wird.

Suizide und Freitodbegleitungen in der Schweiz Ansässiger im Vergleich zu Suiziden in Deutschland. Entwicklung 1998 bis 2013 (Anzahl/ Jahr)

Grafik 1 (ohne „Suizidtouristen“)



Entspricht dem Verhältnis 1 : 10 der Bevölkerungszahlen CH versus D in 2013: CH 8,08 Mio (mit der Ordinate links) versus D: 80,6 Mio (Ordinate rechts)

Tabelle 1 Nur sogenannte „Freitodbegleitungen“ in der Schweiz ansässiger Menschen (ohne „Suizidtouristen“)

Jahr	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
EXIT	114	88	106	128	114	132	154	162	150	179	167	217	257	305	356	459	583
EXIT-ADMD				17	35	48	42	54	65	66	75	69	91	111	144	155	175
Dignitas Ansässige	6	4	4	11	17	9	14	12	15	6	10	4	6	11	13	8	6
Σ Vereine	120	92	110	156	166	189	210	228	230	251	252	290	354	427	513	622	764
ΣRegierung	43	73	85	122	120	187	203	205	230	249	253	297	352	431	508	587	?

- EXIT** Von Exit, deutschsprachige Schweiz, veröffentlichte Zahl (keine FTB von Ausländern)
- EXIT-ADMD** Von Exit, französischsprachige Schweiz, veröffentlichte Zahl (keine FTB von Ausländern)
- Dignitas Ansässige** Von Dignitas veröffentlichte Zahl, (FTB von in der Schweiz Ansässigen ohne FTB von Ausländern)
- Regierung** Summe der Suizide und Freitodbegleitungen, wie sie vom Statistischen Bundesamt der Schweiz veröffentlicht wird. Es werden ausschließlich in der Schweiz Ansässige erfasst.

Auffällig ist, dass bei den rot hervorgehobenen Zahlen die von der Regierung erfasste Anzahl von Menschen, die in der Schweiz ansässig waren und eine Freitodbegleitung erhielten, niedriger waren als die Summe der für die entsprechenden Jahre angegebenen Zahlen der

Organisationen, obgleich sie bei korrekten Angaben und gleichen Definitionen übereinstimmen müssten.

Signifikant niedriger in der Untersuchung vom Mai ist die Suizidrate von Patienten in der SAPV im Vergleich mit jener in der Gesamtsterblichkeit in Deutschland¹³. Der Anteil der Suizide bei SAPV-Patienten beträgt nur ein Zwölftel des bundesweiten Durchschnittes aus 2013, bzw. im vorliegenden Klientel weniger als 0,1 % der SAPV-Patienten. Nur circa 1,2 % der Patienten, von denen oder für die zuvor der Wunsch oder die Bitte nach Lebensverkürzung geäußert wurde, begingen schließlich Suizid.

Wie der Wunsch von Palliativpatienten von den Ärzten wahrgenommen wird, welche palliativen Hilfen dann vom PCT angeboten und vor allem auch, welche Schlussfolgerungen gezogen werden, könnte möglicherweise auch nicht unwesentlich von eigenen Erfahrungen und Haltungen abhängig sein.

So konstatierte zum Beispiel der Onkologe Dr. Carlo Bock, Vorsitzender der Nationalkommission zur Bewertung und Überwachung des Euthanasiegesetzes in Luxemburg, *„die Qualität des Todes ist anders bei einer aktiven Sterbehilfe als wenn man noch ein paar Tage dahinsiechen muss“*¹⁴. Und weiter, dass ein Tod in zehn Minuten ein anderer sei als der über viele Tage und Wochen. Daher sei er von der Notwendigkeit des ärztlich assistierten Suizids überzeugt. *„Als Präsident unserer staatlichen Kontrollkommission kann ich Ihnen sagen, dass dies (Anm.: gemeint ist durch Euthanasie statt durch Symptomlinderung) ein guter Tod ist. Es ist ein großer Unterschied, ob man sediert in Pampers liegt oder bei vollem Bewusstsein und in Würde stirbt.“*¹⁵

Dr. phil. Michael Wunder, Mitglied des Ethikrates, der als Psychologe mit Schwerstmehrfachbehinderten arbeitet, bemerkt dazu, es gäbe kein unwürdiges Leben, sondern nur lebensunwürdige Umstände, die es dann zu ändern gelte¹⁶.

Je nach Hintergrund kann vermutet werden, dass in der identischen, sich als lebensunwürdig darstellenden Situation, je nach der nationalen Rechtslage, den medizinischen und strukturellen Möglichkeiten, der persönlichen Einstellung des Helfenden eher ein ärztlich assistierter Suizid, eine Tötung auf Verlangen oder ein angepasstes, intensiviertes Symptommanagement bis hin zur palliativen Sedierung angeboten wird.

Ob organisierte Angebote der Beihilfe taterleichternd wären, also die Suizidrate bei jenen erhöhen¹⁷, die darum bitten oder im Gegenteil suizidpräventiv, bzw. sogar *„suizidversuchspräventiv“*¹⁸ wirken würden, ist bislang nicht valide untersucht worden. Die rasante Zunahme der Zahl der sogenannten Freitodbegleitungen in der Schweiz und die gleichzeitige Zunahme der Summe aus Freitodbegleitung und nicht begleitetem Suizid kann, sehr vorsichtig ausgedrückt(!), diese Behauptung zumindest nicht bestätigen.

¹³ Statista (2015) Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Art der Methode 2011 bis 2013

¹⁴ Bock C. Podiumsdiskussion „Letzte Hilfe“ von Right to Die Europe“ vom 30.06.2015 auf <https://www.youtube.com/watch?v=7jel5x60Eso&feature=youtu.be>

¹⁵ Humanistischer Verband Deutschland Pressemitteilung zur Podiumsdiskussion „Letzte Hilfe! Ärzte aus dem In- und Ausland diskutieren über Suizidhilfe“ vom 20.06.2015. <http://hpd.de/artikel/11883>

¹⁶ Wunder M (2015) in <https://www.bpb.de/dialog/netzdebatte/209110/contra-sterbehilfe-es-gibt-kein-unwuerdiges-leben-sondern-nur-lebensunwuerdige-umstaende>

¹⁷ Loenen Gv (2015) Das ist doch kein Leben mehr! Mabuse Verlag, Frankfurt

¹⁸ Minelli LA (2015) Wie wollen wir sterben? Vortrag in Oldenburg vom 23.01.2015

Weitere Daten:

Jedoch glauben zum Beispiel in der Bevölkerung gleichermaßen bei Befürwortern wie Gegnern von Suizidassistenten die Hälfte bis Zweidrittel der Befragten, dass durch einen leichteren Zugang zur Beihilfe die Zahl jener ansteige, die sich so das Leben nehmen würden¹⁹ (Ahrens 2015). In der Kriegsführung wurden solche individuellen, menschlichen Tragödien als „collateral damage“ verharmlost, der für eine Zweckerreichung leider notwendig sei.

Doch nicht die Suiziderleichterung ist suizidversuchspräventiv, wie könnte dies nüchtern betrachtet auch der Fall sein. Im Gegenteil; es zeigen auch die vorliegenden Daten, dass in einer intensivierten Sterbebegleitung, wie sie in der SAPV möglich ist, die Rate an Suiziden erheblich niedriger liegt als in der Gesamtbevölkerung.

Und diese SAPV hat keinen „Kollateralschaden“ verursacht.

Insgesamt gaben 34 der 42 antwortenden Palliativmediziner in oben genannter Studie an, dass in den letzten 2 a kein Patient durch Lebensverkürzung verstorben wäre. Nur bei 19 % war dies überhaupt der Fall.

Alle Palliativmediziner gaben an, dass keiner ihrer Patienten durch lebensverkürzende Maßnahmen verstarb, weil eine Linderung belastender Symptome anders nicht möglich gewesen wäre.

Alle durch Lebensverkürzung verstorbenen Patienten wählten diesen Weg aus ihrer eigenen Entscheidung und aus ihrer primären Intention heraus, das eigene Leben frühzeitiger zu beenden als durch einen wie auch immer behandelten Krankheitsverlauf; dies geschah teils ohne Ankündigung oder Vorahnung – selbst im engsten Familienkreis.

Bewertet man die Antworten dieser problematischen Fälle im Einzelnen, so wird schnell klar, dass es keine völlige Sicherheit geben kann, keine 100%ige Leidenslinderung und auch nicht die Garantie, dass jeder Patient sein Leben mit palliativer Hilfe so beschließen kann, wie er es sich immer gewünscht hatte. Selbst Gesundheitsminister Hermann Gröhe, profiliertester Gegner geschäftsmäßiger Suizidassistenten, betonte in seiner Rede zur ersten Debatte über Sterbebegleitung vor dem Deutschen Bundestag,

„Ja, auch ich kann mir Grenzfälle vorstellen, in denen Ärztinnen und Ärzte um ihres Gewissens willen Normen brechen bzw. gegen sie verstoßen. Dann ist es Aufgabe der Rechtsanwendung, im Einzelfall dieser Gewissensentscheidung Rechnung zu tragen. Sie darf uns aber nicht Anlass sein, die Norm selber und damit den lebensschützenden Charakter unserer Rechtsordnung zu relativieren.“

Doch für nahezu alle Patienten mit hochproblematischer Symptomatik zeigt sich als eindeutige Antwort aus der Befragung, dass palliative Sedierung ein Angebot ist, das dem Patienten die Möglichkeit gibt, sein Leiden lindernd einzugrenzen oder ganz zu beseitigen. Generelles Ziel einer palliativen Sedierung²⁰ ist dabei eine Bewusstseinsdämpfung, die gerade nur so weit geht, dass Symptome ausreichend kontrolliert nicht mehr als belastend vom Patienten wahr genommen werden²¹.

Unter den 893.825 Verstorbenen in Deutschland²² des Jahres 2013 gab es 10.076 amtlich festgestellte Selbsttötungen (dort als „Selbstbeschädigung“ bezeichnet), entsprechend 1,13 Prozent aller Todesfälle.

Unter den schwerstkranken Palliativpatienten mit einer besonders ausgeprägten und ohne SAPV schwer behandelbaren Symptomlast in der Studie, war die Prävalenz der Todesursache (Selbst)Tötung im Jahr 2013 aber nur 8 von 8.209 (0,10 %) und 2014 nur 9 von 9.563 Patienten (0,09 %), also um über eine ganze 10er-Potenz geringer als mit den obengenannten 1,13 % in der durchschnittlich belasteten und durchschnittlich kranken Bevölkerung.

¹⁹ Ahrens PA, Wegner G (2015) Die Angst vorm Sterben. Sozialinstitut der Evangelischen Kirche Deutschland

²⁰ Alt-Epping B, Sitte T, Nauck F, Radbruch L (2010) Sedierung in der Palliativmedizin – eine Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung. Zf Pallmed 11: 1–11

²¹ Müller-Busch HC (2014) „Im Schlaf sterben“ Sedierung am Lebensende – ein Kriterium für gutes Sterben? Praxis Palliative Care 25:26-28

²² Statistisches Bundesamt (2015) Todesursachen in Deutschland https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400137004.pdf?__blob=publicationFile

Bedarf und Verantwortung:

Bei allen Palliativmedizinerinnen, welche angaben, eine Lebensverkürzung unter ihren Patienten erlebt zu haben, wurde explizit noch zu bekanntgewordenen Gründen nachgefragt. Das Ergebnis war eindeutig: **Bei keinem dieser Patienten war unbehandelbares Leiden Grund für den vorzeitigen Tod durch eine Lebensverkürzung.**

Wenn diese Aussage in zwei aufeinanderfolgenden Jahren bei einem so großen Anteil an Palliativpatienten getroffen werden kann und auch die Aussage aus der Umfrage von 2014 mit weniger Fragen bei einer noch größeren Zahl von Palliativpatienten in der SAPV bestätigt wurde, **besteht eine sehr große Wahrscheinlichkeit, dass der Bedarf an Suizid, ärztlich assistiertem Suizid oder auch Tötung auf Verlangen auf Grund von (körperlichem) Leiden bei Palliativpatienten gegen Null tendiert.**

Sozialrichter Dr. jur. utr. Carsten Schütz bringt die Diskussion im Für und Wider über eine Beihilfe zum Suizid auf den Punkt: Die Gesellschaft müsse sich durch ein Verbot des organisierten Suizids schützend vor die potenziellen ‚Opfer‘ stellen. *„Damit nicht auch nur ein einziger lebenswilliger Mensch den Tod wählt, um seine Umwelt vor Belastungen zu bewahren, sind die Lebensmüden in der Pflicht auch die schweren Seiten des Lebens zu ertragen.“*²³

Betrachten wir abschließend noch einmal die Einstellung, Zustimmung oder Ablehnung der befragten Palliativmediziner zu Fragen der Beihilfe zur Selbsttötung:

In dieser Untersuchung unter Palliativmedizinerinnen in der SAPV befürworteten ein berufsrechtliches Verbot des ärztlich assistierten Suizides 56,1 %.

70,7 % der Befragten stimmten mit der Aussage voll oder eher überein „Der Arzt soll keine Beihilfe zur Selbsttötung leisten“.

82,1 % waren für ein strafrechtliches Verbot der organisierten oder gewerbsmäßigen Suizidbeihilfe.

Eine Freigabe der Tötung auf Verlangen ähnlich wie in den Benelux-Ländern lehnten gar 97,5 % der Palliativmediziner ab.

Fazit:

Es besteht eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, dass der Bedarf für Suizid, ärztlich assistierten Suizid oder auch Tötung auf Verlangen auf Grund von (körperlichem) Leiden bei Palliativpatienten gegen Null tendiert.

Die überwältigende Mehrheit der befragten Palliativmediziner, die als Experten in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung schwerstleidende Sterbende im spezialisierten Team versorgen, lehnt lebensverkürzende Maßnahmen als nicht zur Leidenslinderung notwendig ab. Die Experten treten gegen eine Erleichterung von Lebensverkürzung in Form von Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen ein.

Geschäftsmäßig verfügbare „Hilfen“ zur Selbsttötung werden höchstwahrscheinlich die Zahl der Selbsttötungen erhöhen.

Beratung und Behandlung durch ein spezialisiertes Palliative Care Team sind geeignet, bestehende Suizidwünsche wegen Angst vor Leiden zu beseitigen.

Niemand muss sich wegen körperlichem Leiden das Leben nehmen, wenn die derzeitigen Möglichkeiten ausgeschöpft werden können, die ein versiertes Palliative Care Team bieten kann. Diese Möglichkeiten sind aber nicht ortsnah überall für jeden vorhanden. Dennoch:

Es wäre ein fatales Signal, Selbsttötungen zu erleichtern, wenn zuvor nicht die hospizlich-palliativen Behandlungsmöglichkeiten für jeden Leidenden verfügbar sind.

²³ Schütz C (2015) Sterben als Gesellschaftsfrage. Betrifft JUSTIZ. 122: 83-85

Hilfe beim Suizid – Strafrechtsänderung wäre ein Irrweg.

Über die Köpfe der Betroffenen droht die Entscheidung der Sterbehilfe quasi am Rednerpult zu fallen. Selbsternannte Experten, Funktionäre und Politiker überbieten sich zu wissen, was am besten für Sterbende ist: Man muss sie vor ihrer eigenen Meinung schützen. Denn fragt man Hausärzte¹, Krebsärzte² oder Palliativspezialisten³ an der Basis ergibt sich ein vollkommen anderes Bild: In diesem Kreise spricht sich nur eine Minderheit für ein Verbot der Suizidassistenz aus. Je näher die Befragten dem Leid stehen, desto vehementer sind sie gegen ein Verbot: Selber Erkrankte > Pflegepersonal > Angehörige > Ärzte⁴.

So sagen unsere Patienten – also die Betroffenen: „Ich lass mir aus Berlin nicht vorschreiben, wie ich zu sterben habe.“

Ich werde die Frau niemals vergessen, die mir unter Tränen vom letzten Wunsch ihres sterbenskranken Mannes erzählte. Er hatte Magenkrebs: „Hol mich raus aus der Klinik“, hat er gesagt. „An der ersten hohen Brücke hältst Du an und lässt mich aussteigen, dann fahre weiter und lass mich zurück.“ In Bochum ist ein Mensch vom Hospizdach in den Tod gesprungen, Krebsstationen in oberen Etagen müssen ihre Fenster abschließen. Die harten Suizidmethoden stehen – auch bei unseren Patienten - auf den ersten Plätzen: Erhängen, Erschießen, Sturz oder Bahnunfall. Allein 30 Lokführer werden jedes Jahr frühverrentet durch derlei psychisches Traumata: Anzusehen, dass man vor einem auf den Schienen stehenden Mensch nicht mehr bremsen kann. Wahrscheinlich durch die Möglichkeit der Suizidhilfe hat sich die Rate an Selbsterschießungen dagegen in der Schweiz in den letzten 10 Jahren halbiert⁵.

Selbst in Begleitung durch Palliativspezialisten sind hierzulande Erschießen, Sprung aus dem Fenster oder vom Dach, Vergasen und Vergiften zu beklagen⁶. Mehr noch: Ein Patient wurde zum Schutz vor dem Erschießen auf dem Sterbebett in die Nervenheilanstalt zwangseingewiesen. Dazu kommt, dass andere Patienten in die Schweiz fahren oder dorthin geschickt werden. Nahezu jeder zweite jemals von der

schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas begleitete Patient war Deutscher (48,3%), ca. 6 Mal mehr Deutsche starben mithilfe dieser Organisation als Schweizer Bürger⁷.

Der Wunsch nach Lebensverkürzung wird, je nach Statistik, von 12-28% unserer Patienten geäußert⁸: „Doktor ich kann nicht mehr, hilf mir bald zu sterben.“

Oft liegt das an schweren Beschwerden. Werden diese gelindert, verschwindet der Wunsch. Deshalb sind wir uns in der aktuellen Diskussion einig: Palliativ- und Hospizversorgung sind zu stärken. Das ist unser aller zentrales Anliegen. Aber auch wenn einzelne Experten behaupten, Palliativversorgung schaffe es immer, Leiden ausreichend zu lindern⁹, so bleibt doch das traurige Faktum: Selbst mit unserem schärfsten Schwert – der palliativen Sedierung, also dem Narkoseschlaf bis zum Tod – können wir nicht alle Qualen nehmen.

Und ob man eine solche Behandlung überhaupt erhält, ist keinesfalls sicher: Sie wird von einigen Kliniken abgelehnt, andere setzen sie bei 8-57% der Sterbenden ein¹⁰. Es liegt also mehr an der Einstellung des Arztes, ob man ausreichende Leidenslinderung erhält oder nicht. Selbst 45% der Palliativexperten, die ihre eigenen Familienmitglieder in der Sterbephase begleiteten, räumten bei einer Befragung ein: Die Sterbephase war leidvoll¹¹! Es lässt sich also nicht leugnen, Palliativmedizin und Hospizversorgung helfen oft den Sterbewunsch zu mindern, aber keinesfalls immer.

Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die Urängste unserer Patienten. Menschen haben mehr Angst vor einer leidvollen Sterbephase, als vor dem Tod an sich.

Allein die Gewissheit des Patienten, der Arzt würde weiterhelfen auch wenn er die Linderung nicht schafft, wirkt Wunder. Den allermeisten Patienten reicht dieses Gefühl. Dignitas erklärt, dass von allen Patienten mit einem „provisorischen grünen Licht für eine Freitodbegleitung“ nur 13,2 % sich letztlich haben ein tödliches Rezept ausstellen lassen¹². Der großen Mehrheit reichte offenkundig allein die Option, das Sicherheitsgefühl.

Kürzlich bat einer meiner Patienten mit der schlimmen Muskelerkrankung ALS um eine ärztliche Beratung. Ich erläuterte die Möglichkeiten der Palliativversorgung. Ihm sei es wichtig bis zum letzten Atemzug in seiner als Grotte gestalteten Wohnung zu verbleiben. Hospize oder eine Palliativstation, wo etwa die Möglichkeiten einer palliativen Sedierung ansonsten alleine lebender Menschen bestünden – lehne er ab. Ich habe ihm zugesichert, dass ich seine Leiden aller Voraussicht nach mit meinem Team lindern kann. Wenn ich das aber nicht schaffe, brauche er sicher nicht von der Brücke zu springen – wie er es

andeutete. Nach dem Gespräch hatte er wieder Lebensmut und ließ sich erstmal über die Cranger Kirmes fahren.

Nur bei einem von 400 persönlich betreuten Patienten im Jahr reicht das nicht aus, extreme Qualen die unser Team nicht zufriedenstellend lindern kann verbleiben: Soll ich diesen Einen aus dem Fenster springen lassen?

Selbstverständlich braucht es dazu keine Abrechnungsposition. Es ist unfassbar, dass einzelne Sterbehelfer dafür mehrere 1000 € verlangen. Je mehr gezahlt wird, desto schneller gibt's den Todestrunk. Selbst ohne juristischen Sachverstand ist die Sittenwidrigkeit solcher Abmachungen evident. Derlei Verträge sind mithin nichtig. Gegen zwei dieser vier derzeit in Deutschland bekannten Sterbehelfer – durch die diese ganze Diskussion aufkam – ermittelt die Staatsanwaltschaft Hamburg¹³ wegen des Verdachts des Totschlags. Offensichtlich reicht doch die aktuelle Gesetzeslage um derlei unbotmäßigen Treiben Einhalt zu gebieten.

Die Kernkritik an der Suizidhilfe ist: Ließe man den Suizid straffrei, würde ein Druck auf Hochbetagte und sozial Schwache ausgeübt werden. Es käme mithin zum Dambruch. Da Suizidhilfe in Deutschland seit 1871 straffrei ist, hätten diese Dämme doch schon lange brechen müssen. Sind sie aber bis heute nicht. Und die 162 selbstberichteten Suizidhilfen des Vereins „Sterbehilfe Deutschland“ sind zwar entsetzlich, aber sicher keine Bedrohung für den Rechtsfrieden im Land.

Einen Dambruch gibt es überall dort nicht, wo strenge Kriterien für eine in Ausnahmefällen statthafte Suizidhilfe existieren¹⁴: In Oregon stieg die Suizidrate nur minimal, zuletzt auf jährlich 77 Fälle im ganzen Staat¹⁵. Auch widerlegen die Erfahrungen aus Oregon andere Argumente: Weder behindert die Zulässigkeit der Suizidhilfe den Ausbau der Palliativversorgung, noch ist ein Schwund des Vertrauens in die praktizierenden Ärzte zu registrieren: Das Gegenteil ist der Fall: Die Hospiz- und Palliativversorgung ist in Oregon besonders gut ausgebaut und Patienten lehnen Ärzte eher dann ab, wenn sie sich offen gegen die Suizidhilfe aussprechen¹⁶. Auch haben die Betroffenen in Oregon eine überdurchschnittlich hohe Bildung. Die Regelungen wurden von mehreren US- Staaten mittlerweile übernommen zuletzt von Kalifornien¹⁷, weitere 16 Staaten diskutieren über eine entsprechende Freigabe.

Dem unbelegten und so gerne angeführten Dambruchargument möchte ich auch aus meiner persönlichen Erfahrung widersprechen. Das Gegenteil trifft zu: Sterbende sind

oftmals Opfer einer gnadenlos auf Gewinn ausgerichteten (Intensiv-)Medizin. Die Anzahl an Heimbeatmungen – also die häusliche Intensivmedizin – hat sich in den letzten 10 Jahren verdreißigfacht von 500 auf 15.000 Patienten im Jahr. Nichts rechnet sich so gut, wie Intensivbehandlung mit Monatskosten zwischen 20.000 - 60.000 €. Es ist fraglich, ob die Beatmung immer notwendig ist und dem Patientenwillen entspricht¹⁸. Hier wären neue Strafgesetze angebracht und tatkräftige Staatsanwälte, die auch die Rechte Sterbender wahren, nicht bei der Rarität Suizidhilfe.

Das Dambruchargument und weitere wurden von den besten Palliativärzten Kanadas Anfang des Jahres als wiederlegbar eingestuft. Das höchste kanadische Gericht hielt ein vergleichbares Gesetz, wie es nun den Abgeordneten Brand und Griese vorschwebt, für verfassungswidrig¹⁹. Solche Verfassungsklagen wurden für den Fall eines Strafrechtsverbots bekanntlich auch hierzulande bereits angekündigt²⁰.

Kommt ein neues Strafgesetz, wird zukünftig bei Tablettensuiziden die Polizei weitergehende Ermittlungen anstellen müssen. Statistisch treten doppelt so viele Tablettensuizide pro Jahr auf, wie die Kriminalpolizei Bochum in der gleichen Zeit an vollendeten Tötungsdelikten ermittelt²¹. Die Belastungen der Polizei werden mithin nicht unerheblich zunehmen, werden in diesen Fällen Ärzte und Angehörige zu Beschuldigten aufgrund des neuen Strafgesetzes²². Witwen und Waisen sollten nach dem tragischen Ereignis eines Suizids nicht mit umfangreich ermittelnden Kriminalbeamten, sondern mit Freunden, Notfallseelsorgern oder Trauerbegleitern reden.

Umfragen zufolge ist seit Jahren ein Großteil der Bevölkerung für eine Liberalisierung der Sterbehilfe²³. Stets sind über die Hälfte der Bevölkerung bei den letzten 10 großen Umfragen anerkannter Institute für die Suizidhilfe, im Schnitt gibt es 71% Zustimmung. Ethiker Jox fasst die Erkenntnisse einer internationalen Tagung zu dem Thema im Juni wie folgt zusammen: „Diese Daten legen nahe, dass ein Verbot der Suizidhilfe die Betroffenen dazu veranlassen würde, als Alternativen die gewaltsame Selbsttötung, die Fahrt in die Schweiz oder eine unsichere und belastende Suizidhilfe durch Angehörige zu versuchen“²⁴. Gerade im Internet empfiehlt „Dr. Google“ Unsicheres („Paracetamolpillen“), Leidvolles („Exit bag“, Zyankalikapseln), Fremdbelastendes („Pulsadern“) oder gar Fremdgefährdendes („Holzkohlegrill im Bad“). Durch letzteres werden Rettungskräfte, Polizei und Nachbarn in Lebensgefahr gebracht, ein Feuerwehrmagazin spricht gar von „einer neuen Mode“²⁵.

Gewiss: Der Rechtsstaat muss Depressive, Liebeskummrige oder Einsame schützen – aber das tut er bereits: Der nicht selbstbestimmte Suizid gilt rechtlich als Unfall. Hier ist der Arzt Garant für die Lebensrettung. Unterlässt er die Rettung oder unterstützt er gar dabei, so gilt dies als Totschlag.²⁶.

Ein Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe zielt auf „Wiederholungstäter“, nach den Ausführungen im Brand/ Griese-Enwurf bereits ab der 2. Tat. Mithin trifft ein solches Gesetz den Arzt, der viele sterbenskranke Patienten betreut, also Palliativmediziner oder Krebsärzte. Gerade sie aber benötigen ein besonderes Vertrauensverhältnis zu ihren Patienten, sie müssen offen sein für die Wünsche und Nöte der Sterbenskranken. Wenn sie dies nicht mehr sein dürfen, werden zunehmend windige Geschäftemacher durch Deutschland reisen und im Falle eines Strafrechtsverbots die Preise deutlich anziehen können. Dann haben nur noch Reiche die Wahl zwischen der teuren Begleitung in der Schweiz oder zwielfichtiger Sterbehilfe gegen Bargeld. Sozial Schwachen bleibt Bahngleis, Strick oder Hochhaus.

Entscheiden Sie nicht über die Köpfe meiner Patienten hinweg und nicht gegen den Willen Ihrer Wähler. Und zuletzt: Entscheiden Sie mit Blick auf qualvolles Leid verzweifelter Menschen. Und drohen Sie mir bitte nicht mit dem Staatsanwalt oder dem Gefängnis, wenn ich meinem Gewissen mehrfach folgen möchte.

Dr. med. Matthias Thöns
Palliativmediziner in der
ambulanten Palliativversorgung
Wiesenstr. 14, 58452 Witten
www.palliativnetz-witten.de

Literatur:

- ¹ Schildmann J, Dahmen B, Vollmann J (2014) Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. Ergebnisse einer Querschnittsumfrage unter Ärzten in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr doi 10.1055/s-0034-1387410
- ² <https://www.dgho.de/informationen/nachrichten/stellungnahme-der-dgho-zur-sterbehilfe-debatte>
- ³ Thöns, Wagner, Holtappels, Lux: Assistierter Suizid – wie ist die Meinung von Palliativexperten. Der Niedergelassene Arzt 01/2015
- ⁴ Thöns, Wagner, Holtappels, Lux: Assistierter Suizid – wie ist die Meinung von Palliativexperten. Der Niedergelassene Arzt 2015
- Zenz J, Tryba M, Zenz M (2015) Tötung auf Verlangen und assistierter Suizid. Einstellung von Ärzten und Pflegekräften. Schmerz 29:211-216
- ⁵ <http://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Frauen-greifen-zum-Gift-Maenner-erhaengen-sich/story/17894659>
- ⁶ Inaugural-Dissertation Thomas Sitte 2015
- ⁷ Statistik Dignitas bis 2014: Freitodbegleitungen nach Jahr und Wohnsitz. <http://dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2014.pdf>
- ⁸ Jaspers B (2011) Ethische Entscheidungen am Lebensende bei Palliativpatienten in Deutschland – Eine prospektive Untersuchung anhand von Daten aus der Kerndokumentation 2005 und 2006. Inaugural-Dissertation, Aachen
- ⁹ Deutsche Palliativstiftung: Statt "Sterbehilfe" - Palliativversorgung ist gelebte Suizidprävention. <http://www.presseportal.de/pm/115105/3034457> zugegriffen am 05.09.2015, 13:30
- ¹⁰ Beck 2004, Müller Busch 04
- ¹¹ Thöns, Wagner, Holtappels, Lux: Assistierter Suizid – wie ist die Meinung von Palliativexperten. Der Niedergelassene Arzt 01/2015
- ¹² Minelli LA: Wie wollen wir sterben. Vortrag Oldenburger Kulturzentrum 23.01.2015 http://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/PDF/2015-01-30_dignitas_referat-wie-wollen-wir-sterben-oldenburg-23012015.pdf
- ¹³ <http://www.welt.de/politik/deutschland/article127925742/Totschlag-Anklage-gegen-Sterbehelfer-Kusch.html>
- ¹⁴ Gamondi et al: Legalisation of assisted suicide: a safeguard to euthanasia? Lancet 2014
- ¹⁵ http://www.cdl-rlp.de/Unsere_Arbeit/Sterbehilfe/Sterbehilfe-in-den-USA.html
- ¹⁶ Ganzini L, Nelsen HD, Lee MA et al (2001) Oregon Physicians' Attitudes About and Experiences With End-of-Life Care Since Passage of the Oregon Death with Dignity Act. JAMA 285(18):2363-2369
- ¹⁷ <http://www.donaukurier.de/nachrichten/topnews/USA-Sterbehilfe-Kalifornien-vor-Legalisierung-der-Sterbehilfe;art154776,3119625>
- ¹⁸ Long-term survival of critically ill patients treated with prolonged mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis. et al. Lancet Respir Med. 2015
- ¹⁹ <http://www.derbund.ch/panorama/vermishtes/Kanada-legalisiert-Sterbehilfe/story/22754358>
- ²⁰ <http://www.welt.de/politik/deutschland/article145642944/Neuen-Sterbehilfe-Regeln-droht-Aus-in-Karlsruhe.html>
- ²¹ Wefelscheid, R: Polizei und Palliativmedizin. Palliativforum Ruhr 15.03.2014, Witten
- ²² Georg Fiedler: nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland 2013. <http://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2013.pdf>
- ²³ Jox R (2015) Tagungsbeitrag bei „Assistierter Suizid – Der Stand der Wissenschaft“. Berlin 2015 http://deutschesstiftungszentrum.de/aktuelles/2015_06_15_assistierter_suizid/index.html
- ²⁴ http://deutsches-stiftungszentrum.de/aktuelles/2015_06_15_assistierter_suizid/index.html
- ²⁵ Feuerwehr: Neue Mode: gefährliche Suizide. <http://www.feuerwehr-ub.de/neue-%E2%80%99Emode%E2%80%9C-gef%C3%A4hrliche-suizide>
- ²⁶ BGH vom 04.07.1984 (Az. 3 StR 96/84)