

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 Teilnahmehandlungen 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 Herr 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“.

Straffreiheit 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.

