

DOI: 10.1007/s00350-014-3792-2

Der assistierte Suizid: Ein Dilemma nicht nur der Ärzteschaft

Ein kritischer Kommentar zu den „Reflexionen“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)*

Gunnar Duttge

I. Ein bedrängendes gesamtgesellschaftliches Problem

Die Frage ist seit Jahren virulent und harrt gleichwohl noch immer einer befriedigenden Antwort: Was ist ethisch und rechtlich die „richtige“, angemessene Haltung der Gesellschaft wie des Einzelnen, wenn schwerstkranke und in aller Regel erheblich leidende Patientinnen und Patienten ihrem Leben ein vorzeitiges Ende setzen wollen? Zumeist bedürfen jene, die ihren hoffnungslosen Zustand nicht mehr aushalten wollen oder können, bei der Realisierung ihres Todeswunsches der Mithilfe ihrer Umgebung, wenigstens in Form der wissenden Hinnahme ohne das Aktivieren von Rettungsmaßnahmen, häufiger jedoch zugleich in Gestalt aktiver Unterstützung, vor allem durch Beschaffung tödlicher Mittel, um nicht – sofern überhaupt noch auf den eigenen Beinen realisierbar – einen der sonst nur bleibenden schockierenden Wege der brutalen Selbsterstörung gehen zu müssen. Es liegt dabei auf der Hand, dass der seit Jahren im Fokus der gesamten Gesellschaftspolitik stehende demographische Wandel die Angelegenheit sich längst zu einem praktisch höchst relevanten gesellschaftlichen Problem hat zuspitzen lassen: Denn mit Zunahme des Lebensalters wächst bekanntlich – insbesondere bei Männern – die Bereitschaft zum Suizid dramatisch an¹, und das Potential der modernen Intensiv- und Rettungsmedizin, das biologische Weiterleben von Menschen gleichsam ad infinitum zu verlängern, sofern nicht zuvor bewusst eine therapiebegrenzende Entscheidung getroffen wurde², verstärkt die Motivation der Menschen, sich dem Schreckensbild der sog. „Apparatemedizin“ nicht mehr auf Gedeih und Verderb ausliefern zu wollen.

Die Unfähigkeit der modernen Intensiv- und Krebsmedizin, ihrem Tun anhand klarer und transparenter Kriterien verlässlich selbst Grenzen zu setzen, sowie die Einsicht in die praktischen Unwägbarkeiten des vielgepriesenen Instruments der Patientenverfügung³ lässt nicht wenige Menschen nach anderen Wegen Ausschau halten, um ihr Selbstbestimmungsrecht am Lebensende effektiv durchzusetzen. Dazu musste sich der Blick jedoch bislang eher ins Ausland richten, um etwa die todbringende Dienstleistung einer Sterbehilfeorganisation wie „Dignitas“ kostspielig zu erkaufen; der Versuch dieser Organisation, ihren Wirkungskreis auf Deutschland auszuweiten („Dignitate“), sowie das Wirken des Hamburger Vereins „Sterbehilfe e. V. Deutschland“ animiert jedoch die Rechtspolitik schon seit Jahren dazu, eine Kriminalisierung der bislang grundsätzlich straflosen Suizidbeihilfe ernstlich ins Auge zu fassen. Leitendes Motiv ist dabei vor allem die Erwägung, dass „Geschäfte“ mit dem Leid von Menschen „sozial unwertig“ seien⁴ und im Ganzen der „Wert menschlichen Lebens“ sukzessive untergraben werden könnte, mit der Folge einer u. U. wachsenden Bereitschaft alter Menschen, ihrer Mitwelt „nicht mehr zur Last fallen“ zu wollen. Erst unlängst hat der Bundesgesundheitsminister diese Auffassung noch einmal

nachdrücklich bekräftigt, um für die Verabschiedung eines neuen Straftatbestandes zur Erfassung der „organisierten Suizidhilfe“ zu werben⁵, nachdem zuvor ähnliche, auf eine Pönalisierung der „gewerblichen“ oder „geschäftsmäßigen“⁷ Suizidvermittlung bzw. einer kommerziell motivierten „Werbung“ hierfür⁸ gerichtete Initiativen stets gescheitert waren. Doch mit einer solchen Ausweitung der Tabuzone über das Verbot der aktiv-direkten Fremdtötung (vgl. § 216 StGB) hinaus würde den Menschen womöglich der letzte legale Ausweg verbaut, um einer u. U. unerträglichen Erkrankungssituation notfalls entfliehen zu können und nicht auf ein gnädiges Schicksal hoffen zu müssen.

Allerdings ist auffällig, dass auch das aktuelle Projekt der Kriminalpolitik nicht etwa die Suizidbeihilfe generaliter (wie z. B. in Österreich, Italien, England und Wales, Irland, Portugal, Spanien und Polen) unter Strafe stellen will, sondern die Schwelle der Strafwürdigkeit erst bei einem „auf Dauer gerichteten und arbeitsteilig organisierten Zusammenwirken (von mindestens zwei Personen) unter Verwendung geschäftsähnlicher Strukturen“⁹ als überschritten ansieht. Ausgenommen sind damit aber nicht nur Familienangehörige, sondern auch Ärztinnen und Ärzte, da deren Aufgabenkreis und Selbstverständnis nicht durch Unterstützungshandlungen beim Suizid geprägt ist¹⁰. Ebenso hat

*) Abgedruckt in: DÄBl. 2014, A-67-71 = MedR 2014, 643 (in diesem Heft).

- 1) Zur deutlich erhöhten sozialen Relevanz des sog. „Alterssuizids“ statt vieler nur *Christe*, Suizid im Alter – Dimensionen eines ignorierten Problems, 1989; *Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention* (Hrsg.), Wenn das Altwerden zur Last wird – Suizidprävention im Alter, 2006; *Hirzel=Wille*, Suizidalität im Alter: individuelles Schicksal und soziales Phänomen, 2002.
- 2) Nachgewiesen insbes. durch die *Ethicus*-Studie, vgl. *Sprung/Cohen et al.*, End-of-life-practises in European intensive care units: the *Ethicus* Study, in: *JAMA* 290 (2003), 790 ff.
- 3) Dazu zuletzt etwa *Duttge*, in: *Jahrbuch der Juristischen Gesellschaft Bremen*, 2014 [im Erscheinen].
- 4) So auch explizit VG Hamburg, *MedR* 2009, 550, 555.
- 5) *Gröhe*, in: *FAZ* v. 19. 1. 2014.
- 6) *Gesetzentwurf* v. 29. 8. 2012, BT-Dr. 17/11126; zuvor ebenso bereits die Empfehlung von Rechts- und Gesundheitsausschuss v. 4. 8. 2008, BR-Dr. 436/08.
- 7) *Gesetzesantrag* v. 27. 3. 2006, BR-Dr. 230/06; in diesem Sinne jüngst auch Vorschlag der Deutschen Stiftung Patientenschutz v. 8. 5. 2014 (https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/PID2014/Gesetzentwurf_Strafbarkeit_Foerderung_Selbsttoetung_PID_2_2014.pdf).
- 8) *Gesetzentwurf* des Landes Rheinland-Pfalz v. 23. 3. 2010, BR-Dr. 149/10; Strafbarkeit der Werbung für die Inanspruchnahme einer Suizidvermittlung zwecks „Vermögensvorteils“ oder „in grob anstößiger Weise“.
- 9) So die tradierte strafrechtliche Begriffsbestimmung zur „organisierten“ Straftatbegehung in Anhang E Nr. 2.1. der Gemeinsamen Richtlinien der Justizminister/-senatoren und Innenminister/-senatoren der Länder über die Zusammenarbeit von Staatsanwaltschaft und Polizei bei der Verfolgung der Organisierten Kriminalität.
- 10) So bereits die Begründung des *Gesetzentwurfs* v. 4. 8. 2008, BR-Dr. 436/08, S. 8.

bereits der vorausgegangene, auf die „Gewerbsmäßigkeit“ abhebende Gesetzentwurf diese bemerkenswerte Strafbarkeitslücke belassen, indem die Gesetzesbegründung geradezu nachdrücklich Angehörige der Heilberufe davon ausnahm: „Sollte im Einzelfall ... von diesem Personenkreis Suizidhilfe geleistet werden, geschieht dies typischerweise gerade nicht gewerbsmäßig“¹¹; im Falle unterstützender Maßnahmen bei der Inanspruchnahme gewerblicher Suizidhelfer hätte zudem auch noch auf die für „nahestehende Personen“ vorgesehene Ausnahmeklausel (§ 217 Abs. 2 StGB-E)¹² zurückgegriffen werden können. Und selbst der weitreichendste Kriminalisierungsvorschlag der vergangenen Jahre, der die „Geschäftsmäßigkeit“ zum ausschlaggebenden unrechtsbegründenden Merkmal erklärte, lehnte eine Einbeziehung der Ärzteschaft bemerkenswerterweise ab, soweit nicht die Suizidhilfe „als normale Diensthandlung angeboten und damit gewissermaßen zum ... Geschäftsmodell erklärt wird“. Werde „im Einzelfall nach sorgfältiger Entscheidung einer zur Selbsttötung entschlossenen Person Suizidhilfe gewährt“, so sei für niemanden und demzufolge auch nicht für ärztliches und pflegerisches Personal in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Hospizen und palliativmedizinischen Einrichtungen eine Strafverfolgung zu befürchten¹³.

Während die aktuelle Rechtspolitik somit trotz oder gerade wegen ihrer ansonsten beharrlich verfolgten Kriminalisierungsbestrebungen der Ärzteschaft freien Spielraum gewähren will oder ihr sogar die Mitwirkung an einem Suizid „bei Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden“ nahelegt¹⁴, hat sich die Ärzteschaft nach zwischenzeitlichen Anzeichen in Richtung einer vorsichtigen Toleranz (in der Präambel der BÄK-„Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ vom Januar 2011: „... ist keine ärztliche Aufgabe“)¹⁵ mehrheitlich auf ein striktes Verbot festgelegt. Allerdings ist diese in § 16 S. 3 der Musterberufsordnung enthaltene Vorgabe nicht von allen der gem. Heilkammergesetzen zur verbindlichen Rechtssetzung berufenen Landesärztekammern umgesetzt worden¹⁶, so dass der schon zuvor sichtbar gewordene Dissens innerhalb der Ärzteschaft¹⁷ sich nunmehr in einem standesrechtlichen „Flickenteppich“ zementiert und bereits die Sorge vor einem „innerdeutschen Suizidtourismus“¹⁸ geweckt hat. Dies verdeutlicht das Dilemma, in dem sich die Ärzteschaft befindet: Einerseits kann sie die Möglichkeit existentiell unerträglicher Krankheitslagen nicht bestreiten, in denen mancher die eigenen Patienten mitsamt ihrem Wunsch nach einem raschen Ende nicht im Stich lassen will; andererseits rührt das ganze Thema fundamental an ihrem Selbstverständnis, das verständlicherweise nicht ruhen will, wenn die Gesellschaft und manche Juristen ihr ein „Kuckucksei ins Ärzte-Nest“¹⁹ legen wollen.

II. Die Botschaft(en) der „Reflexionen“

Wie verhalten sich nun in dieser durchaus vertrackten Lage die „Reflexionen“ (genauer: des Vorstandes) der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)? Sie betonen in einem ersten Schritt eindrucksvoll die Unverzichtbarkeit eines jederzeitigen „respektvollen“ Verhaltens gegenüber dem Patienten selbst dann, wenn dieser mehr oder minder deutlich seinen Wunsch nach ärztlicher Unterstützung bei der Realisierung des eigenen Todeswunsches zum Ausdruck bringt. Verantwortungsbewusstes ärztliches Handeln macht es danach unabdingbar, „sich mit den Wünschen und Sorgen des Patienten auseinanderzusetzen“, und zwar offen und vertrauensvoll, ohne Tabus oder gar eine moralische Verurteilung. In diesem Zusammenhang beschreiben die „Reflexionen“ zugleich die besonderen Belastungen und Spannungen, die durch den Suizidwunsch eines Patienten für dessen Angehörige wie für das gesamte

Behandlungsteam entstehen können. Einleuchtend wird insbesondere für das soziale Umfeld des Patienten empfohlen, konkrete Entlastungsmöglichkeiten sowie ggf. die Inanspruchnahme zusätzlicher Maßnahmen der Krisenintervention in Erwägung zu ziehen; für die Arzt-Patienten-Beziehung sehen die Verfasser jedoch zugleich die Chance, dass einfühlsame Gespräche über existentielle Fragen auch „bereichern“ können. Die offene Kommunikation mit dem Patienten dient somit einerseits der „Anerkennung“²⁰, Vertrauensstärkung und Beruhigung, aber verfolgt nicht zuletzt auch den Sinn, den Bedeutungsgehalt und die Hintergründe des Suizidwunsches in Erfahrung zu bringen. So lässt sich zunächst meist nicht erkennen, ob es dem Patienten nicht eigentlich um eine bessere Schmerzlindeung, um das Beheben von Luftnot und vielleicht weniger um das schnellstmögliche definitive Ende geht. Der Text spricht treffend von einer häufig begegnenden „Ambivalenz“ des Patientenwillens, der neben oder gar vorrangig von einer „Hoffnung auf mehr Leben“ getragen sein kann, und nicht sogleich oder allenfalls i. S. eines letzten Auswegs von der „Hoffnung auf ein baldiges Ende“.

Deshalb liegt es in einem zweiten Schritt mehr als nur nahe, wenn die „Reflexionen“ vorrangig die selbstkritische Überprüfung und ggf. Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung „unter Einbeziehung multiprofessioneller und interdisziplinärer Angebote“ empfehlen. Bei Fortbestehen des Suizidwunsches wird dem Patienten zuerst die Möglichkeit eines selbstbestimmten Beförderns seines Sterbeprozesses zu verdeutlichen sein, etwa durch Verzicht auf die (weitere) Inanspruchnahme lebenserhaltender Therapien (sog. Therapiebegrenzung kraft Patientenautonomie)²¹. Der Text nennt als weitere, gegenüber der direkten Selbsttötung vorrangige Option den „freiwilligen

11) BT-Dr. 17/11126, S. 10.

12) Sie lautet: „Ein nicht gewerbsmäßig handelnder Teilnehmer ist straffrei, wenn der in Absatz 1 genannte andere sein Angehöriger oder eine andere ihm nahestehende Person ist“.

13) So ausdrücklich jüngst die Begründung des von der Deutschen Stiftung Patientenschutz veröffentlichten Gesetzesvorschlages (Fn. 7), S. 18.

14) In diesem Sinne die Beschlussempfehlung des 66. DJT 2006.

15) DÄBl. 2011, A-346; dazu die Erläuterungen von Lipp/Simon, in: DÄBl. 2011, A-212 ff.

16) Detaillierte Übersicht in der taz v. 26. 2. 2014 (www.taz.de/Sterbehilfe-in-Deutschland/1133802/).

17) S. insbes. die Ergebnisse der Umfrage des Allensbacher Institut für Demoskopie aus dem Jahr 2009, abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.5048.8668&all=true>.

18) Wiesing, zit. nach: <http://www.patientenverfuegung.de/newsletter/2014-03-02/ware-krankheit-palliativmediziner-fuer-standesrechtliches-verbot-der-suizidhil>.

19) Salm, FAZ v. 26. 5. 2011.

20) Gemeint i. S. einer „Bejahung“ des Patienten nicht bloß als hilfsbedürftigen Leidenden, sondern als „Person“ mit eigenen Rechten, Bedürfnissen und Wünschen im Modus der fundamentalen Gleichrangigkeit; näher zur philosophischen Begriffsbestimmung statt vieler nur Limmer, Der Begriff der Anerkennung. Philosophisch-psychologische Untersuchungen, Diss. 2005; zum „Zwang der Reziprozität“ im Rahmen von Anerkennungsbeziehungen bereits Honneth, Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte, 1992, S. 64f.; Charles Taylor (in: Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung, 2009, S. 11, 24) betont die „Ausbildung von Identität und Selbst“ als wichtige Korrelate einer persönlichen Anerkennung; noch anspruchsvoller i. S. einer uneigennütigen, großzügigen „Gabe“ im „befriedeten“ Zustand der Agape (Nächstenliebe, caritas): Ricoeur, Wege der Anerkennung, 2006, S. 271 ff.

21) Statt vieler nur Duttge, in: Kettler/Simon u. a. (Hrsg.), Selbstbestimmung am Lebensende, 2006, S. 36 ff.; in: Eckart/Forst/Briegleb (Hrsg.), Repetitorium Intensivmedizin (Loseblatt Handbuch), 39. Erg.-Lfg., 2010, Kap. XIV – 13; in: Breitsameter (Hrsg.), Autonomie und Stellvertretung in der Medizin, 2011, S. 34 ff. (jewe. m. w. N.).

Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ (sog. Sterbefasten)²², die den Vorteil habe, „dieses Vorhaben ... jederzeit unter- bzw. abbrechen zu können“, was dem Patienten auf diese Weise sein Selbstbestimmungsrecht in Bezug auf das weitere Geschehen erhalte. Wenn jedoch auch dies den Patienten nicht zu überzeugen vermag, wird bei allem Bemühen um Beseitigung der Gründe für den Suizidwunsch eine Entscheidung des Behandlungsteams unausweichlich: Soll, wenn am Ende alle Möglichkeiten der palliativen Fürsorge, Kommunikation und Information ausgeschöpft sind, der Patient mit seinem Todeswunsch alleine zurückbleiben, oder soll er darauf bauen können, dass sein Palliativarzt ihm dabei notfalls auch konkrete Hilfestellung gibt? Auf diese schwierige, aber letztlich für das Schicksal des Patienten wie für die Rolle der Behandler ausschlaggebende Frage geben die „Reflexionen“ eine kryptische Antwort: Sie betonen einerseits die prinzipiell ganz und gar lebensbejahende Haltung der Palliativmedizin, nach deren Selbstverständnis zwar stets „Hilfe beim Sterben“, aber nicht „Hilfe zum Sterben“ angeboten werden könne. Demzufolge spricht sich der Vorstand der DGP grundsätzlich für das in § 16 S. 3 MBO-Ä enthaltene (strikte) Verbot des ärztlich assistierten Suizids aus und legt den Landesärztekammern sogar eine Vereinheitlichung „in diesem Sinne“ nahe. Diese restriktive Linie findet sich andererseits jedoch auf zweifache Weise abgeschwächt: Das Verbot solle sich lediglich auf einen spezifischen Ausschnitt denkbarer „Hilfeleistungen“ beziehen, und zwar allein auf die „Verordnung eines Medikaments zum Ziel der Durchführung eines Suizides“ sowie auf eine „konkrete Anleitung zur Suizidplanung“. Außerdem betonen die Verfasser die Möglichkeit, dass selbst im Falle eines Zuwiderhandelns gegen das Verbot die jeweils zuständige Landesärztekammer „im begründeten Einzelfall“ von einer berufsrechtlichen Sanktionierung absehen könne. Hierin wird man als verständiger Leser wohl die Ausprägung des eingangs des Textes begegnenden Appells in Richtung einer „differenzierten moralischen Bewertung“ erblicken dürfen.

III. Kritische Anfragen

Um mit dem Letztgenannten zu beginnen: So sehr es sich leicht verstehen lässt, dass die DGP bei allem Unbehagen vor ihrer Inanspruchnahme als professionelle Exekutionsinstanz²³ von Todeswünschen nicht als patientenferner hartherziger Ignorant erscheinen möchte, so wenig kann die erhoffte Quadratur des Kreises gelingen: Denn wenn es zum „Grundverständnis der Palliativmedizin“ zählt, nur lebensbejahend i. S. einer Verbesserung der Lebensqualität des Patienten zu wirken, so muss die Mitwirkung an einer zielgerichtet-planvollen Selbsttötung denknotwendig den Boden dieses „Grundverständnisses“ verlassen und dürfte folgerichtig überhaupt nicht als Handlungsoption eines (Palliativ-)Arztes akzeptiert werden. Wenn umgekehrt aber „in begründeten Einzelfällen“ eine ärztliche Suizidassistenz toleriert werden soll, dann muss dies zwangsläufig Rückwirkungen auf jenes „an sich“ bestehende „Grundverständnis“ haben. Denn der als Suizidhelfer sich betätigende Arzt wird selbstredend nicht etwa als Privatperson bloß bei Gelegenheit, sondern gerade in seiner spezifischen beruflichen Rolle aufgrund seiner besonderen Expertise als (Palliativ-)Arzt angesprochen und zur wirkmächtigen Unterstützung aufgefordert. Beides, also die Aufrechterhaltung des bisherigen „Selbstverständnisses“ und zugleich den erhofften ärztlichen Handlungsspielraum zwecks Beförderung einzelner Suizidwünsche, kann man also ohne Selbstwiderspruch nicht haben.

Aus dieser Zwickmühle suchen sich die „Reflexionen“ dadurch zu befreien, dass sie an dem strikten Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe „an sich“ festhalten wollen, und zwar mit Geltungsanspruch auch für jene Regionen, in

denen sich die jeweilige Landesärztekammer der Umsetzung des § 16 S. 3 MBO-Ä bislang bewusst verweigert. Wenn aber das Verhalten eines ärztlichen Suizidhelfers infolgedessen stets als standeswidrig beurteilt wird, kann dieser auf der Rechtsfolgende nicht plötzlich von jedweder Sanktion freigestellt werden. Man mag an dieser Stelle auf das Strafrecht verweisen und dort eine Reihe von Gründen entdecken, die es hier erlauben, auf die Verhängung einer Kriminalstrafe trotz Begehung strafwürdigen Unrechts zu verzichten. Stets bedarf es dafür aber eines überzeugenden konkreten Grundes, der es für die Allgemeinheit hinnehmbar erscheinen lässt, auf die begangene Straftat ausnahmsweise nicht tatvergeltend zu reagieren. Dass sich im geltenden Strafrecht hierfür gleich mehrere Konstellationen anerkannt finden, so insbesondere die situative „Unzumutbarkeit normgemäßen Verhaltens“ (vgl. §§ 33, 35 StGB), die Verzichtbarkeit staatlicher Übelszufügung, weil der Täter bereits durch die Folgen seiner Tat zur Genüge „gestraft“ ist (vgl. § 60 StGB), sowie schließlich die sog. Bagatellfälle (vgl. § 59 StGB, §§ 153 ff. StPO)²⁴, erklärt sich erst und gerade aus der Besonderheit staatlichen Strafens (ultima-ratio- und Schuldprinzip), was sich somit auf andere Reaktionsformen nach sozialinadäquatem Verhalten nicht (ohne Weiteres) übertragen lässt. Rechtstat-sächlich manifestiert sich die „Geltung“ einer Verhaltensnorm im Übrigen maßgeblich erst in der Sanktionierung ihrer Verletzung, so dass jeder einzelne Sanktionsverzicht die Geltungskraft jener Norm prima facie in Frage stellt und deshalb im Lichte der Allgemeinheit guter Gründe bedarf²⁵. Der diffuse Verweis auf „begründete Einzelfälle“ genügt diesem Erfordernis bei weitem nicht und untergräbt mit seinem offenen Anwendungsbereich die abschreckende Wirkung der Verbotsnorm, abgesehen davon, dass die Sanktionsentscheidung am Ende eines konkreten berufsrechtlichen Verfahrens rechtsstaatswidrig zu einem wahren „Glücksspiel“ wird.

Nimmt man die „Reflexionen“ der DGP an diesem Punkt – bei ihrer nicht weiter erklärten Milde auf der Rechtsfolgende – allerdings ernst, so wäre zu erwarten gewesen, dass diese „begründeten Einzelfälle“ schon die Reichweite des Verbots begrenzen. Denn wenn es tatsächlich Gründe geben sollte, die das Tatgeschehen nicht bloß in einem milderem Licht erscheinen lassen, sondern einer Sanktionierung gänzlich entgegenstehen, so liegt die Annahme nicht mehr fern, dass es sich hierbei um Situationen handeln könnte, in denen das ärztliche Handeln nicht bloß „verzeihlich“, sondern (ausnahmsweise) „gesetzmäßig“ war. Hier wüsste man dann aber schon gerne etwas näher, welche konkreten „Einzelfälle“ sich die Verfasser eigentlich vorgestellt haben, die einen Sanktionsverzicht „begründen“ sollen. Mit dem Erfordernis einer „Begründung“ wird jedenfalls insinuiert, dass die bloße Berufung des individuellen Arztes auf sein „ärztliches Gewissen“ allein nicht genügen kann. Denn das individuelle Gewissen unterliegt keiner objektiven Richtigkeitskontrolle, ihm ist vielmehr eine spezifische („letzte“) „Unvertretbarkeit“ immanent²⁶. Wollte man – wie zuletzt allerdings auch das

22) Dazu näher *Chabot/Walther*, *Ausweg am Lebensende*, 3. Aufl. 2012.

23) Diese Sorge klingt in den „Reflexionen“ durchaus an, s. dort S. 7: „...um dem Sterbewilligen den Weg professionell und damit besonders wirksam zu ebnen ...“.

24) Zum „Strafcharakter“ der Auflagen nach § 153a StPO aber jüngst *Duttge*, in: FS f. Beulke, 2014 [im Druck].

25) Zu den verschiedenen Variablen, welche die Wirksamkeit von Recht beeinflussen, s. etwa *Blankenburg*, ARSP 63 (1977), 56 ff.; *Diekmann*, *Die Befolgung von Gesetzen*, 1980, 40 ff.; *Opp*, *Soziologie im Recht*, 1973, S. 190 ff.

26) *Schockenhoff*, in: *Höfer/Honnefelder* (Hrsg.), *Der Streit um das Gewissen*, 1993, S. 73, 79.

VG Berlin²⁷ annahm – die „ärztliche Gewissensfreiheit“ für den entscheidenden Aspekt halten (und den Umstand, dass sie bei Beeinträchtigung von Belangen der Sozialordnung und/oder der Rechte Dritter von Rechts wegen Schranken unterliegt, einmal außer Betracht lassen)²⁸, so müsste bei jeder dahingehenden Anrufung, ganz unabhängig von den situativen Umständen, immer ein zum Sanktionsverzicht berechtigender „Einzelfall“ bescheinigt werden. Es dürfte jedoch kaum anzunehmen sein, dass sich die jeweilige Sanktionsinstanz ihrer Kontrollbefugnis wirklich vollständig begeben würde oder dies auch nur den Intentionen des DGP-Textes entspräche. Vielmehr werden es vermutlich gerade jene objektiven Grenzkriterien sein, bei deren Vorliegen auch sonst schon seit langem die Möglichkeit eines solchen „Ausnahmefalles“ diskutiert wird: insbesondere das Vorliegen eines „unerträglichen Leidenszustandes“ in „aussichtsloser Lage“, der durch Palliativmedizin nicht hinreichend abgemildert werden kann (Subsidiarität), und natürlich eines ernstlichen, wohlüberlegten, „freiverantwortlichen“ Suizidwillens. Wenn aber letztlich weitgehender Konsens darüber besteht, welche „Grenzfälle“ in der Debatte um die ärztliche Suizidassistenz überhaupt nur diskutabel sein können, so entlarvt sich die Strategie des „wissenden Verschweigens“ von selbst. Denn wenn die relevanten Grenzkriterien, etwa nach dem Vorbild der von der Schweizerischen Ethikkommission für Humanmedizin aufgestellten „Sorgfaltsregeln“²⁹, ausdrücklich festgelegt würden, so könnte eine sich innerhalb dieses Rahmens verhaltende ärztliche Tätigkeit natürlich unmöglich noch als eine deklariert werden, die eigentlich „nicht zu den Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte“³⁰ gehört. Ohnehin müssten auch für ein solches ärztliches *tu leges artes* entwickelt und müsste deren Beachtung garantiert werden, damit die Selbsttötung schmerzfrei („sanft“), effektiv und unter Wahrung der nötigen Pietät erfolgt; das Recht würde also ganz entsprechend den allgemeinen Grundsätzen³¹ auch hier nach einem „Facharztstandard“ fragen. Davon könnte die Erteilung eines standesrechtlichen „Blankoschecks“ nicht dispensieren.

Ein weiteres, aus rechtlicher Warte interessantes Detail bildet die Begrenzung dessen, was die „Reflexionen“ überhaupt nur als (grundsätzlich) verbotene „Beihilfe“ zum Suizid verstanden wissen wollen. Die dazu ersichtlich abschließend benannten beiden Fälle – die „Verordnung eines Medikaments zum Ziel der Durchführung eines Suizides“ und die „konkrete Anleitung zur Suizidplanung“ – bilden in der Tat den Kern dessen, was man sich wohl als tatkräftige ärztliche Hilfeleistung beim Vollzug eines Selbsttötungswunsches insbesondere vorstellen kann. Ebenso deutlich ist jedoch zu erkennen, dass damit der Kreis denkbarer unterstützender Aktivitäten bei weitem nicht ausgeschöpft ist. Im (straf-)rechtlichen Verständnis findet sich als Beihilfe bekanntlich jedes Verhalten bezeichnet, das auch nur irgendwie – psychisch oder physisch („durch Rat oder Tat“) – für den Taterfolg mitursächlich ist³², also nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass auch der „Erfolg in seiner konkreten Gestalt“ entfiere (sog. *conditio-sine-qua-non*-Formel auf dem Boden der Äquivalenztheorie); die höchstrichterliche Rechtsprechung geht sogar noch weiter und lässt jede Handlung genügen, die „für das zur Haupttat führende Geschehen in irgendeiner Weise förderlich ist“³³. Für eine „psychische Beihilfe“ reicht es daher völlig aus, wenn dem „Haupttäter“ in irgendeiner Weise – und sei es auch nur durch „beredtes Verhalten“ (konkulent) – der eigene Beistandswille zum Ausdruck gebracht wird, also die Bereitschaft, diesem notfalls zur Seite zu stehen³⁴, weil schon dadurch ein zusätzlicher Anstoß zur Tatbegehung geschaffen wird. Rein formell-rechtlich mag man nun im ärztlichen Standesrecht durchaus ein anderes – engeres – Begriffsverständnis bevorzugen, doch lässt sich die Frage nach der materiellen Überzeugungskraft dieser

Ungleichbehandlung im Verhältnis zu den nicht erfassten Fallkonstellationen nicht umgehen: Warum sollte es etwa – auf der Grundlage einer dezidiert „lebensbejahenden“ Grundhaltung der Palliativmedizin – dennoch untadelig sein, wenn der behandelnde Arzt nicht gleich eine vollständige „Anleitung“, sondern aus dem Gesamtplan zur Durchführung des Suizides nur ein einziges – aber nicht unwichtiges – Detail an Information beisteuert? Warum sollte zwar eine Empfehlung, die sich auf eine „konkrete“ Suizidplanung bezieht, verboten sein, nicht aber dieselbe Information, wenn diese im äußerlichen Gewand einer „allgemeinen Erläuterung“ gegeben wird? Es ist leicht zu erkennen, dass die Neudefinition des Beihilfebegriffs zu Umgehungen geradezu einlädt, und dies nicht minder auch für die zweite benannte Fallgruppe, die Medikamentenverordnung: Denn wenn diese nur bei Vorliegen eines konkreten Gebrauchszwecks („zum Ziel der Durchführung eines Suizids“) einschlägig sein soll, ist einem u. U. beschuldigten Arzt eigentlich schon in den Mund gelegt, was er zu seiner Entlastung nur mehr vorbringen muss.

Damit aber noch nicht genug: Lässt die bisherige Analyse eigentlich darauf schließen, dass das *prima vista* so nachdrücklich betonte Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe wohl doch nicht ganz so ernst und *strictissimo* gemeint ist, zeigt sich bei einem weiteren Blick, dass die Verfasser der „Reflexionen“ offenbar die rechtliche Konstruktionsmöglichkeit einer „Beihilfe durch Unterlassen“³⁵ von vornherein nicht einkalkuliert haben: Wenn es aber grundlegende ärztliche Aufgabe ist, das Leben zu erhalten und die Gesundheit des Patienten wiederherzustellen sowie Sterbenden Beistand zu leisten (§ 1 Abs. 2 MBO-Ä), so besteht (nach Behandlungsübernahme) eine besondere „Garantenstellung“, die den „Garanten“ bei Kenntnis der Gefahr und bestehender Erfolgsabwendungsmöglichkeit grundsätzlich zur lebenserhaltenden Gegenaktivität verpflichtet; dann begründet schon ein wissendes Untätigbleiben die Annahme einer Pflichtwidrigkeit. Der Umstand, dass sich die Möglichkeit eines standeswidrigen Unterlassens nicht explizit vorformuliert findet, bildet keinen durchschlagenden Einwand, weil selbst im Strafrecht – trotz Geltung eines „strengen Gesetzesvorbehalts“ (vgl. Art. 103 Abs. 2 GG, § 1 StGB)³⁶ – die Möglichkeit einer Unterlassungsstrafbarkeit längst vor Inkrafttreten des § 13 StGB³⁷ auf dem Boden von Rechtsprechung und Lehre bereits anerkannt war. Denkmöglich

27) VG Berlin, MedR 2013, 58, 63f.

28) Zu dieser Grundproblematik der „ärztlichen Gewissensfreiheit“ zuletzt näher Duttge, in: Bormann/Wetzstein (Hrsg.), *Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik*, 2014, S. 543 ff.

29) *Nationale Ethikkommission der Schweiz im Bereich Humanmedizin*, Beihilfe zum Suizid, Stellungnahme 9/2005, S. 51 ff.; sowie *dies.*, *Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe*, Stellungnahme 13/2006.

30) *Reflexionen der DGP*, S. 4.

31) Statt vieler nur BGH, NJW 1998, 814; 2000, 2737; ausführlich Katzenmeier, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 6. Aufl. 2009, Kap. X, Rdnrn. 4 ff.

32) H.L., etwa Ingelfinger, in: *Dölling/Duttge/Rössner* (Hrsg.), *Gesamtes Strafrecht. Handkommentar*, 3. Aufl. 2013, § 27, Rdnr. 3 (m. w. N.).

33) Etwa BGHSt 46, 107, 109; BGH, NStZ 2007, 230, 232, also ohne Rücksicht auf den Nachweis einer Erfolgskausalität.

34) Vgl. etwa Roxin, *Strafrecht Allgemeiner Teil*, Bd. II, 2003, § 27 Rdnr. 8.

35) Statt vieler nur Ingelfinger, in: *Dölling/Duttge/Rössner* (Hrsg.), *Gesamtes Strafrecht. Handkommentar*, 3. Aufl. 2013, § 27, Rdnr. 10.

36) BVerfGE 73, 206, 235; 75, 329, 341; 78, 374, 382; 87, 209, 224; 92, 1, 12; im Kontext der fehlenden gesetzlichen Konkretisierung des Rechtsbegriffes „fahrlässig“ jüngst näher Duttge, JZ 2014, 261 ff.

37) Durch das 2. StrRG v. 4. 7. 1969 (BGBl. I, S. 717), erst zum 1. 1. 1975 in Kraft getreten.

wäre es jedoch, bei Zugrundelegung des vorstehend erläuterten restriktiven Verständnisses zum Begriff der Suizidbeihilfe daran zu zweifeln, ob bei einer Gesamtbewertung „das Unterlassen der Verwirklichung ... durch ein Tun entspricht“ (§ 13 Abs. 1 Halbs. 2 StGB, sog. Gleichstellungs- oder Entsprechungsklausel)³⁸. Doch ist diese Spezifikation des Beihilfebegriffs allein Teil einer fraglos vom gewünschten Resultat her entwickelten Deutung, während die einschlägige Verbotsnorm des § 16 S. 3 MBO-Ä selbst ganz unspezifisch von einer „Hilfe zur Selbsttötung“ (beliebiger Art und Gestalt) spricht.

Die einzige Hürde, die der Annahme einer Suizidbeihilfe durch Unterlassen ernsthaft entgegenstehen könnte, ist die begrenzte Reichweite der „Garantenpflicht“, sofern sich Garanten einem „freiverantwortlichen“ Suizid gegenübersehen. In der Tat wird dann von der inzwischen vorherrschenden Auffassung der Strafrechtswissenschaft³⁹ wie mittlerweile auch zunehmend in der Justizpraxis⁴⁰ das Fortbestehen einer Garantenpflicht abgelehnt: Nur hat diese Rechtsauffassung, von der ersichtlich auch die „Reflexionen“ ausgehen, bis heute den BGH als oberste Revisionsinstanz nicht erreicht, der ganz im Gegenteil noch im Jahr 2001 den Suizid grundsätzlich als „rechtswidrig“ bezeichnet und damit implizit den Suizidwillen generaliter für unbeachtlich erklärt hat⁴¹. Selbst in seiner vielfach zustimmend kommentierten Entscheidung im „Fall Putz“ findet sich das Selbstbestimmungsrecht vom BGH bei näherer Betrachtung keineswegs vollumfänglich, sondern nur insoweit gestärkt, als es darum gehe, „einem bereits begonnen Krankheitsverlauf seinen [„natürlichen“] Lauf [zu] lass[en]“⁴², während jeder Eingriff, „der die Beendigung des Lebens vom Krankheitsprozess abkoppelt“, sich als „eigenmächtiges“⁴³ und mithin illegitimes Tun darstelle. Jüngst bezeichnete deshalb *Hillenkamp* das Strafbarkeitsrisiko als noch immer „ganz unkalkulierbar“⁴⁴, was somit gleichermaßen für eine evtl. standesrechtliche Pflichtwidrigkeit wegen eines Unterlassens (Nichttretung) gälte. Dass die „Reflexionen“ diese Unsicherheit zwar kurz erwähnen, dann aber als nicht weiter bedeutsam zur Seite schieben⁴⁵, ist gemessen an den skizzierten Rückwirkungen ein reichlich voreiliger Schluss. Und selbst auf dieser Grundlage hätte man gerade von einem zur Reflexion ermunternden und auf Reflexionen zurückgehenden Dokument aus der (medizinethisch und juristisch beratenen) Ärzteschaft etwas mehr Licht im blinden Flecken des Rechts⁴⁶ erwarten dürfen, ob und ggf. wann überhaupt von einem „freiverantwortlichen Suizidwillen“ ausgegangen werden darf.

IV. Perspektiven?

Es wird höchste Zeit, dass die deutsche Ärzteschaft ihr Selbstverständnis zur keineswegs nur akademisch relevanten Frage nach einer evtl. Ausweitung ihres Handlungsspektrums auf die Suizidassistenz widerspruchsfrei klärt. Anders als die „Reflexionen“ der DGP wie zuvor auch schon die neugefassten „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“⁴⁷ suggerieren, stehen dabei freilich nur zwei mögliche Wege offen: Entweder bekennt sich die Ärzteschaft zu einem strikten Verbot, das bei seiner Missachtung dann auch durchgesetzt werden muss, oder es bedarf um der Gleichbehandlung wie Orientierungssicherheit aller Beteiligten willen klarer Regeln zu den materiellen Voraussetzungen ebenso wie zu dem dann zwecks Missbrauchsabwehr einzuhaltenden Verfahren. Bei dieser für das ärztliche Selbstverständnis geradezu fundamentalen Weichenstellung sollte sich die verfasste Ärzteschaft aber nicht von dem Umstand irritieren lassen, dass die Suizidbeihilfe vom geltenden Strafrecht bislang (grundsätzlich)⁴⁸ nicht erfasst ist. Denn entgegen einer populären Auffassung, die undifferenziert von einem not-

wendigen „Gleichklang“ in der Bewertung ausgeht, muss dasjenige, was nicht die hohe Schwelle der Strafwürdigkeit überschreitet, standesrechtlich noch lange nicht akzeptabel sein: Eine Reihe von Verbotsvorschriften der MBO-Ä zeigen dies zur Genüge⁴⁹.

Bei allem Verständnis für das gerade in der konkreten, vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung u.U. entstehende Motiv, schwerstkranken Patienten nicht einer Fortdauer ihres Leidens in Widerspruch zu ihrem klaren, aller Voraussicht nach definitiven Willen ausgeliefert zu sehen⁵⁰, darf nicht vergessen werden: Der einzelne Arzt handelt innerhalb seiner beruflichen Rolle niemals nur als singuläre Person, sondern stets und unhintergebar als Repräsentant seines Berufsstandes. Würde sein Mitwirken am Suizid seines Patienten von der verfassten Ärzteschaft toleriert, so trüge dies unweigerlich die Botschaft an die Gesamtbevölkerung in sich, dass Ärzte nicht nur lebenserhaltend, sondern durchaus auch todesbeschleunigend tätig werden. Es ist fraglich, ob diese gravierende Veränderung des Arztbildes im wohlverstandenen Interesse der Ärzteschaft liegt. Dies gilt umso mehr, als sich das Recht der Gesamtgesellschaft zunehmend in eine Richtung zu entwickeln scheint, an deren Ende die Anerkennung eines „Rechts auf Suizidbeihilfe“ stehen könnte. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat sich zuletzt, insbesondere in seinen Urteilen im „Fall Haas“ und „Fall Koch“, deutlich für ein Recht ausgesprochen, dem eigenen Leben auf die selbstgewählte Weise ein Ende setzen zu dürfen, das nicht durch das gänzliche Fehlen der dafür erforderlichen Mittel illusorisch gemacht werden dürfe⁵¹. Es liegt auf der Hand, dass die gesamtgesellschaftliche Suche nach tauglichen Adressaten eines solchen Rechtsanspruchs nicht bei kommerziellen Organisationen, sondern bei der Ärzteschaft Halt machen würde. Wenn diese sich zur Übernahme der neuen Aufgabe mehrheitlich nicht bereiterklären möchte, so muss dem Ansinnen jetzt entschieden (und nicht bloß halbherzig) widersprochen werden. Das verlangt dann aber umso mehr Anstrengungen, damit den Menschen die quälende Sorge vor einer „sinnlosen“ Verlängerung unerträglicher Leidenszustände glaubwürdig und verlässlich genommen wird.

38) Dazu im Überblick *Tag*, in: *Dölling/Duttge/Rössner* (Hrsg.), *Gesamtes Strafrecht. Handkommentar*, 3. Aufl. 2013), § 13, Rdnr. 23.

39) Statt vieler nur *Duttge*, in: *Prütting* (Hrsg.), *Fachwaltskommentar Medizinrecht*, 3. Aufl. 2014, §§ 211, 212 StGB, Rdnr. 29 (m. w. N.).

40) VG Hamburg, MedR 2009, 550, 555; StA München, MedR 2011, 291 f.; zuletzt LG Deggendorf, Beschl. v. 13. 9. 2013 – 1 Ks 4 Js 7438/11 – und LG Gießen, NSStZ 2013, 43: „unerträglicher Wertungswiderspruch“ entgegen BGHSt 32, 367 ff.; s. auch schon OLG München, NJW 1987, 2940 ff.: „Fall Hackethal“.

41) Vgl. BGHSt 46, 279, 285; zur früheren Rspr. vgl. BGHSt 6, 157, 163: „sittenwidrig“.

42) BGH, NJW 2010, 2963, 2967; zur Ideologieverdächtigkeit der hehren Rede vom „natürlichen Sterben“ näher *Duttge*, in: *Baranzke/Duttge* (Hrsg.), *Autonomie und Würde. Leitprinzipien in Bioethik und Medizinrecht*, 2013, S. 339, 348 ff.

43) So ausdrücklich BGH, NJW 2011, 161, 163.

44) *Hillenkamp*, in: FS f. Kühl, 2014, S. 521, 530 f.

45) Reflexionen der DGP, S. 7: „... stehen diese Bedenken aber nicht im Zentrum der Diskussion“.

46) Im Überblick *Duttge*, in: *Prütting* (Hrsg.), *Fachwaltskommentar Medizinrecht*, 3. Aufl. 2014, §§ 212, 211 StGB, Rdnr. 24 m. w. N.

47) Oben, Fn. 15.

48) S. oben, bei Fnn. 40 ff.

49) Zum komplexen Verhältnis von Straf- und ärztlichem Standesrecht bereits überblicksartig *Duttge*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2009, 257 ff.

50) S. etwa *de Ridder*, FAZ v. 30. 4. 2014, S. N2.

51) EGMR, Urt. v. 20. 1. 2011 (application no. 31322/07); Urt. v. 19. 7. 2012, FamRZ 2012, 1465; s. auch *Rosenau/Sorge*, NK 2013, 108, 111.

GUNNAR DUTTGE

Der assistierte Suizid aus rechtlicher Sicht »Menschenwürdiges Sterben« zwischen Patientenautonomie, ärztlichem Selbstverständnis und Kommerzialisierung*

Zusammenfassung

Die rechtlichen und ethischen Grundlagen des assistierten Suizids als potentiell »neuem Weg menschenwürdigen Sterbens« stehen im Zentrum des aktuellen öffentlichen Interesses aufgrund der bekannten Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen und Einzelpersonen wie insbesondere auch hinsichtlich der Rolle der Ärzteschaft. Eine rechtspolitische Bewertung setzt die genaue Kenntnis der bestehenden Rechtslage und die ihr zugrunde liegenden Annahmen zur Möglichkeit und Bewertung eines »freiverantwortlichen Suizids« voraus. Hieraus erwachsen Bedenken gegen Bestrebungen nach einer Kriminalisierung der »kommerziellen« bzw. »organisierten« Sterbehilfevermittlung. Der Ruf nach einer Beteiligung der Ärzteschaft wirft die Frage nach der Entscheidungskompetenz im Verhältnis von Recht und Medizin auf. Der Autor kommt dabei zum Schluss, dass Klärungen des ärztlichen Selbstverständnisses viel mehr dort vonnöten sind, wo die Ängste vor einem »menschenunwürdigen Sterben« ihren Ausgang nehmen: nach den Grenzen »sinnhafter« Lebensverlängerung.

Abstract/Summary

Assisted suicide, a potential »new way to die humanely«, has found its way to the forefront of current public interest as euthanasia groups such as Dignitas are receiving widespread attention. As a consequence, the legality of such acts has come into question, specifically the role of the attending physician. Assessment from a legal perspective requires exact knowledge of current legal positions and of their underlying assumptions regarding the option as well as the appraisal of »deliberate suicide«. From this legal perspective attempts to criminalize »commercial« or »organized« suicide assistance raise certain objections. The call to employ physicians in assisted suicide brings up questions about the decision-making powers, juxtaposing law and medicine. The author concludes that clarification of the role played by the physician is imperative where the problem of an »undignified death« arises, i.e. when determining the limits of a »reasonable« prolongation of life.

Schlüsselwörter

assistierter Suizid; Recht; Ärzteschaft; Sterbehilfeorganisationen.

Keywords

assisted suicide; legislation; medical profession; right-to-die-organizations.

1. Neuer Weg »menschwürdigen Sterbens« oder neue »Unwürdigkeit« des Sterbens?

Die Anzeichen verdichten sich: Nach den erregten Debatten der 1980er und 1990er Jahre um eine »Freigabe« der aktiv-direkten Tötung »unheilbar Leidender«¹, die den Befürwortern nicht den gewünschten rechtspolitischen Erfolg beschieden haben, und den ermüdenden Kontroversen der letzten Jahre um die Patientenverfügung als vermeintlichem Königsweg aus dem Dilemma, in das die moderne Intensivmedizin mit ihrem Potential zur »künstlichen Lebensverlängerung« Arzt und Patienten geführt hat, konzentriert sich das öffentliche Interesse immer stärker auf den assistierten Suizid als »neuen Weg des menschenwürdigen Sterbens«, freilich mit unterschiedlicher Zielrichtung: Einerseits verheißt diese Option eine effektive Vorsorge vor einem viele Menschen offenbar ängstigenden Szenario, im Zustand der Hilflosigkeit und Ohnmacht einer als unpersönlich und »unnatürlich« empfundenen »Apparatemedizin« ausgeliefert und als leidendes Objekt in »unwürdiger« Lage zum »sinnlosen« Weiterleben gezwungen zu werden.² Andererseits artikuliert sich deutliches Unbehagen und Missfallen am Wirken von Dignitas bzw. Dignitate Deutschland wie auch des früheren Hamburger Justizsenators Roger Kusch, das Initiativen zur Etablierung eines strafrechtlichen Verbots ausgelöst hat, wahlweise den Aspekt des »Kommerziellen« oder den des »Organisatorischen« hervorhebend. Um einem »kommerziellen Wildwuchs« Einhalt zu gebieten und die Menschen mit ihren Angehörigen nicht auf sich alleine gestellt zu lassen, erschallte jüngst von rechtlicher Warte aus die nachdrückliche Forderung, Ärzten die Mitwirkung am Suizid ihrer Patienten im Sinne einer höchstpersönlichen Gewissensentscheidung freizustellen, weil sie einem Berufsstand angehören, der den Menschen insbesondere in der letzten, bedrängenden Lebensphase »– auch bezogen auf die notwendigen Medikamente – fachkundig beistehen [...] und die Eigenverantwortlichkeit des Handelns fachgerecht überprüfen« könne.³ Schon zuvor hatte der 66. Deutsche Juristentag – das dahingehende Votum eines Arbeitskreises deutscher, österreichischer und schweizerischer Strafrechtslehrer (sog. »Alternativ-Professoren«) aufgreifend⁴ – einer ausnahmslosen standesrechtlichen Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids widersprochen und für eine »differenzierte Beurteilung« plädiert, »welche die Mitwirkung des Arztes an dem Suizid eines Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu lindernden Leiden als eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung toleriert«⁵. Dem unter der verführerischen Formel des »Ärztvorbehalts«⁶ spürbar wachsenden Druck sucht die verfasste Ärzteschaft dadurch zu entgehen, dass sie die schon in ihren »Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung« (2004) unter Bezugnahme auf den »ärztlichen Ethos«⁷ enthaltene kategorische Ablehnung emphatisch bekräftigt, zuletzt in ihren Beschlüssen anlässlich des 112. Deutschen Ärztetages.⁸

Die aus straf- und medizinrechtlicher Perspektive erhobenen Forderungen stützen sich ersichtlich auf drei Prämissen, die es im Folgenden näher zu prüfen gilt: Erstens ist unverkennbarer Ausgangspunkt die These von der Rechtmäßigkeit und insbesondere gänzlichen Straflosigkeit jedweder Suizidbeihilfe nach geltendem Recht in Abgrenzung zum strikten Verbot des § 216 StGB (anschließend 2., 1). Zweitens soll sich hieraus von Rechts wegen auch eine Mitwirkungs**befugnis** von Ärzten ergeben, die – soweit es um »unheilbar erkrankte«, trotz Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten »unerträglich leidende« Patienten gehe – nicht standesrechtlich konterkariert werden dürfe,

soweit eine patientenseitig »ausdrücklich und ernstlich verlangte« Suizidassistenz in Rede stehe (2., 2). Drittens begründe die in Aussicht genommene Pönalisierung der »organisierten« bzw. »gewerbsmäßigen Sterbehilfevermittlung« hierzu keinen Wertungswiderspruch, den zu vermeiden der 66. Deutsche Juristentag doch eigens angemahnt hat (2., 3).⁹ Das Postulat der Widerspruchsfreiheit beansprucht danach freilich Geltung für »den Gesamtbereich (potentiell) lebensverkürzender Maßnahmen«, so dass den gewonnenen Einsichten auch Bedeutung zukommt für die strittige Frage einer erlaubten bzw. gebotenen Therapiebegrenzung (III.).

2. Grund- und Zweifelsfragen des assistierten Suizids

2.1 Rechtlicher Rahmen der Suizidbeihilfe

Prima vista scheint die Rechtslage eindeutig zu sein: Da die Strafbarkeit der Teilnahme (Anstiftung und Beihilfe) eine vorsätzliche und rechtswidrige »Haupttat« im strafrechtlichen Sinne voraussetzt (§§ 26, 27 i.V.m. § 11 Abs. 1 Nr. 5 StGB)¹⁰, der (versuchte) Suizid aber kein Strafgesetz verletzt, verwirklicht auch die Mitwirkung eines anderen hieran unabhängig von der »Lauterkeit« seiner Motive¹¹ kein Strafunrecht. Dem Gesetzgeber wäre es zwar unbenommen gewesen, hierfür – etwa in Anlehnung an § 78 öStGB¹² oder Art. 115 schwStGB¹³ – einen den Teilnahmebereich ganz oder teilweise erfassenden eigenen Straftatbestand zu schaffen; davon hat er aber (bisher)¹⁴ keinen Gebrauch gemacht. Das ist – wie schon der rechtsvergleichende Blick zeigt¹⁵ – keineswegs selbstverständlich und erschiene restlos unverständlich, wollte man die Selbsttötung unabhängig vom Willen des einzelnen aus »übergeordneten« Gründen stets und unabdingbar mit dem Verdikt der Rechtswidrigkeit versehen; dies gilt um so mehr, als jene Erwägungen, die zu Nachsicht und Milde gegenüber dem Suizidwilligen ermuntern, nicht auf den Gehilfen oder gar den Anstifter übertragbar sind. Wenn jedoch nach geltendem Recht auch der Teilnehmer (grundsätzlich) nicht mit Strafe bedroht wird, obgleich das Leben eines anderen Menschen auf dem Spiele steht (und deshalb bei Rechtswidrigkeit der Tat eine Strafandrohung zu erwarten wäre), so zeigt dies, dass der Suizid nach dem Willen des Gesetzgebers – unabhängig von einer evtl. Moralwidrigkeit jenseits des Rechts – nicht (unter allen Umständen) rechtswidrig sein kann.

Der Bundesgerichtshof in Strafsachen hat dies allerdings bisher immer anders gesehen und noch in einem jüngeren Urteil aus dem Jahre 2001 unter Verweis auf die »Wertordnung des Grundgesetzes« behauptet, dass »die Rechtsordnung eine Selbsttötung – von äußersten Ausnahmefällen abgesehen – als rechtswidrig« werte.¹⁶ Ein halbes Jahrhundert zuvor hatte der Große Strafsenat noch unnachgiebiger sogar das »Sittengesetz« in Anspruch genommen, um die Unbeachtlichkeit des Suizidwillens zu dekreten, gleichgültig, ob dieser »gesund oder krank, entschuldbar oder unentschuldbar war, ob der Selbstmörder die [...] entstandene Gefahrenlage noch beherrscht oder ob er sie, etwa weil er inzwischen bewusstlos geworden ist, nicht mehr beherrscht«¹⁷. Dies war der Verstehenshorizont, vor dem der 3. Strafsenat im Jahre 1984 im Dr. Wittig-Fall die Rspr. zum berüchtigten »Tatherrschaftswechsel« entwickelt hat:¹⁸ Danach werde die im Arzt-Patienten-Verhältnis gründende und fortdauernde Garantenstellung »lediglich überlagert durch die gesetzgeberische Entscheidung, die Hilfe gegenüber einem freiverantwortlich handelnden Selbstmörder straflos zu lassen«. Sobald der Suizident »die tatsächliche

Möglichkeit der Beeinflussung des Geschehens (die sog. »Tatherrschaft«) endgültig verloren hat«, wachse diese Beherrschungsmacht gleichsam automatisch dem ortsanwesenden Garanten zu und begründe bei dessen garantenpflichtwidriger Untätigkeit seine Unterlassungstäterschaft (gem. §§ 212, 13 StGB). Diese Rspr. ist gewiss schon deshalb unplausibel, weil das Recht des Patienten zur Ablehnung selbst einer vital indizierten Behandlung¹⁹ nicht durch Verfallen in einen Zustand der Bewusstlosigkeit verloren geht. So entspricht es bereits heute kraft Richterrechts – unabhängig vom Erfolg der Bemühungen um eine gesetzliche Regelung – der geltenden Rechtslage, dass frühere schriftliche oder mündliche Erklärungen im Sinne eines Behandlungsvetos (so genannte »Patientenverfügungen«) fortwirken und strikte²⁰ Beachtung oder jedenfalls mit einigem Gewicht im Rahmen des mutmaßlichen Willens²¹ Berücksichtigung finden müssen.

Gleichwohl ließe sich erwägen und wird von der ganz herrschenden Auffassung in der Strafrechtswissenschaft in gleicher Weise wie vom Nationalen (heute: Deutschen) Ethikrat²² auch tatsächlich angenommen, dass diese Rspr. bei aller Kritikwürdigkeit (über die in der Lehre weitreichender Konsens besteht)²³ bis zu ihrer expliziten Änderung Teil des geltenden Rechts ist. Dementsprechend haben der Alternativentwurf (AE)-Sterbebegleitung 2005 sowie der 66. Deutsche Juristentag hierin einen der wesentlichen Gründe für die Schaffung einer gesetzlichen Rahmenregelung im StGB (mit entsprechender »Freistellung des nichthindernden Garanten« von Strafe) gesehen.²⁴ Eine genauere Analyse der Entscheidungsgründe des 3. Strafsenats zeigt jedoch, dass diese allein Geltung beanspruchen für den angenommenen Regelfall einer *nicht freiverantwortlich* in Gang gesetzten Selbsttötung. So wird die dem solidarischen Lebensschutz dienende Strafnorm der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) nur deshalb als einschlägig betrachtet, weil die Freiverantwortlichkeit des Willensentschlusses »innerhalb der kurzen Zeitspanne [...] kaum jemand ohne psychiatrisch-psychologische Fachkenntnisse und ohne sorgfältige Abklärung der äußeren und inneren Motivationsfaktoren zuverlässig beurteilen« könne.²⁵ Daraus folgt aber im Umkehrschluss, dass im Falle der Feststellbarkeit eines freiverantwortlichen Suizidwillens kein Raum mehr für eine Strafbarkeit bestehen kann, und zwar weder nach § 323c StGB noch – erst recht – gem. §§ 212, 13 StGB. Deutlich tendiert hierzu auch der 2. Strafsenat, der die Verurteilung eines (wohl Haus-) Arztes wegen unterlassener Krankenhauseinweisung nach patientenseitiger Einnahme einer Überdosis Tabletten aufhob mit der Erwägung, dass »einem ernsthaften, *freiverantwortlich gefassten* Selbsttötungsentschluss eine stärkere rechtliche Bedeutung beizumessen« sei.²⁶ Ist hiermit aber jener »äußerste Ausnahmefall«²⁷ vom »grundsätzlichen«²⁸ Rechtswidrigkeitsurteil bezeichnet, so bedeutet dessen Anerkennung zugleich, dass ein religiös oder sozialetisch motiviertes oder – wie das *Kantsche* Argument des (vermeintlichen) Selbstwiderspruchs²⁹ – im Wege einer Verabsolutierung der Selbstbestimmungs-idee als Selbstzweck oder des Selbsterhaltungstriebes als »Naturgegebenheit« begründetes Pauschalverdikt der Selbsttötung³⁰ jedenfalls im geltenden Recht keine Grundlage findet. Um es nochmals in aller Deutlichkeit festzuhalten: Die Moralphilosophie mag Gründe finden, dem Menschen die Dispositionsbefugnis über die Beendigung seines Lebens von Grund auf zu bestreiten;³¹ ausweislich der grundsätzlichen Straflosigkeit der Suizidteilnahme wäre eine solche »Tugendpflichtwidrigkeit«³² aber jedenfalls ohne rechtliche Relevanz; denn das (Straf-)Recht kennt keine unbedingte Pflicht zum Weiterleben. Entsprechende Argumentationen im Rahmen der aktuellen Debatten verkennen daher die Trennlinie zwischen Recht und Moral!³³

Wenn der Gesetzgeber aus der (straf-)rechtlichen Irrelevanz der freiverantwortlichen (versuchten) Selbsttötung nahtlos auf die Straffreiheit der Suizidteilnahme schließt, so kann dies seinen tieferen Grund nur darin haben, dass der freiverantwortliche Suizidwille als Ausdruck individueller »Selbstbestimmung« selbst im Rahmen eines Rechtsverhältnisses (und nicht lediglich innerhalb der Selbstbezüglichkeit) Respekt beanspruchen darf und dies auf die Bewertung der Beihilfetat »ausstrahlt«. Nach dem Grundverständnis des (jedenfalls Straf-)Rechts setzt »Selbstbestimmung« in einer konsequent *personalen* Unrechtslehre aber nicht nur die »freie Urheberschaft« insbesondere im Rahmen der Willensbildung, sondern die »Rückführbarkeit« des Gesamtereignisses auf eine Person als »Subjekt dieses Geschehens«³⁴, d.h. eine so genannte »Steuerungsherrschaft« über den gesamten Tathergang voraus. Dieser Gedanke liegt der gesamten Täterlehre, der gesetzlichen Differenzierung in Täterschafts- und Teilnahmeformen (§§ 25–27 StGB) und – konkretisiert auf die »Herrschaft über den letzten, unwiderruflich zum Tode führenden Akt« – nicht zuletzt auch der diametral abweichenden Bewertung der Fremdtötung auf Verlangen (§ 216 StGB) zugrunde, mag in Grenzfällen – man denke nur an das Zuordnungsproblem beim Einflößen des Giftes durch den Außenstehenden und Schlucken des Präparats durch den Suizidwilligen³⁵ – die Scheidelinie mitunter nicht so leicht zu ziehen sein. »Zentralgestalt« des Tatgeschehens kann der Außenstehende trotz eines äußerlich als Selbsttötung erscheinenden Verlaufs auch dann sein, wenn er die Tat durch sein überlegenes Wissen³⁶ oder seinen überlegenen Willen beherrscht und den sich eigenhändig Tötenden gleichsam zum »Werkzeug gegen sich selbst« macht (mittelbare Täterschaft, § 25 Abs. 1 Alt. 2 StGB). Dies bedingt aber das Fehlen einer hinreichenden »Freiverantwortlichkeit« auf Seiten des Suizidenten, das in klassischen Konstellationen der Suizidbeihilfe für andere erst die Solidaritäts- und ggf. gesteigerte Rettungspflicht kraft Garantenstellung auslöst. Insoweit besteht also, wie seit dem »Fall Hackethal« geklärt, kein kategorialer Unterschied zwischen Suizid- und »Normalpatienten«.³⁷

Unter welchen Voraussetzungen allerdings von der nötigen »Freiverantwortlichkeit« ausgegangen werden darf, darüber besteht (auch) innerhalb des (Straf-)Rechts noch längst keine Klarheit. Hierin zeigt sich der erste von zwei »blinden Flecken« aus der Perspektive jener, die im Rahmen der aktuellen Debatte der Ärzteschaft ein Mitwirken am Suizidgeschehen – soweit auf eine helfenschaftliche Beteiligung beschränkt – nahelegen. Der zweite »blinde Fleck« resultiert aus dem Umstand, dass vorschnell die Rechtslage im Strafrecht für die Rechtsordnung insgesamt genommen wird, obgleich doch die vorherrschende Interpretation der Polizei- und Unterbringungsgesetze der Länder dazu neigt, den Suizid generell – unabhängig von seiner evtl. Ernstlichkeit – als »Tat in Unfreiheit« und damit als tauglichen Anknüpfungspunkt für erlaubtes hoheitliches Einschreiten zu betrachten.³⁸ Rechtstheoretisch wäre das Zusammentreffen von außerstrafrechtlicher (hier: Polizei-) »Rechtswidrigkeit« und strafrechtlicher Liberalität keineswegs ungewöhnlich, da dem Strafrecht aus Gründen der Freiheitlichkeit der Rechtsordnung das Prinzip der Subsidiarität immanent ist: Jedenfalls seinem normativen Selbstverständnis nach bildet Strafrecht stets nur die ultima ratio des Rechtsgüterschutzes (vgl. auch Art. 103 Abs. 2 GG).³⁹ Nichtsdestotrotz verstieße die Annahme einer Polizeirechtswidrigkeit selbst bei definitiver Feststellung eines »freiverantwortlichen« Suizids – sollten Selbsttötungen nicht von vornherein als »pathologisch« eingestuft werden müssen – allein um der Lebenserhaltung des Suizidenten willen gegen das verfassungsrechtlich verankerte Selbst-

bestimmungsrecht: Denn einem Recht ist denknotwendig die Freiheit der Wahl inhärent; wer nicht zwischen Alternativen wählen kann, von dem kann auch nicht als einem Berechtigten gesprochen werden.⁴⁰ Für das Lebensrecht besteht insoweit – entgegen einer bis heute nachwirkenden althergebrachten Ansicht – keinerlei Besonderheit. Ganz in diesem Sinne hat zuletzt auch das Verwaltungsgericht Hamburg die Unterstützungshandlungen von Roger Kusch nur deshalb als »Störung der öffentlichen Sicherheit« bewertet und demzufolge untersagt, weil diese als »sozial unwertige Kommerzialisierung des Sterbens« und damit als Verstoß gegen »allgemein anerkannte sittliche und moralische Wertvorstellungen«⁴¹ betrachtet wurden; für den Suizid als solchen gebe es hingegen keine polizeiliche Interventionspflicht, wenn sich hierin die »persönliche Gewissensentscheidung eines Menschen [...] bei klarem Bewusstsein« manifestiere.

Diese vergleichsweise geringen Anforderungen an einen »freiverantwortlichen« Suizid sind bezeichnend für eine im rechtlichen Kontext vielfach anzutreffende Haltung, die das Dogma vom »mündigen Bürger« – obgleich im Staat-Bürger-Verhältnis zwecks Befestigung grundrechtlicher Freiheit entwickelt – auf die lebensweltlichen Verhältnisse im sozialen Kontext überträgt und vorbehaltlich von konkret feststellbaren Zwängen die Befähigung zur Selbstbestimmung einfach als »naturgegeben« postuliert.⁴² Dem entspricht innerhalb der strafrechtlichen Dogmatik die sog. »Exkulpationslehre«, nach der es an der nötigen Freiverantwortlichkeit nur bei Bestehen einer Situation ähnlich wie in den Schuld-ausschließungs- und Entschuldigungsgründen der § 3 JGG (jugendliche Unreife), § 19 (Strafunmündigkeit unter 14 Jahren), § 20 (manifeste geistige Erkrankung, schwere seelische Störung), § 35 StGB (akute Notstandsfrage) beschrieben fehlen soll.⁴³ In diesem Sinne hat auch die überwältigende Mehrheit der Stimmen bei der Beschlussfassung zum 66. DJT eine »ausdrückliche oder sich aus den Umständen ergebende [...] ernstliche, nicht auf einer voraussichtlich nur vorübergehenden Stimmung beruhende Entscheidung« genügen lassen und lediglich mit dem Volljährigkeitsalter eine klare Mindesthürde aufgestellt.⁴⁴ Diese Haltung des laissez-faire ist aber für den Fall einer ärztlichen Beteiligung am Suizidgeschehen schon medizinrechtlich höchst unschlüssig, weil doch selbst bei ärztlichen Heileingriffen geringerer Intensität die Befähigung zur Ausübung des Selbstbestimmungsrechts durch Abgabe einer wirksamen Einwilligungserklärung die Kenntnis von »Wesen, Bedeutung und Tragweite« des bevorstehenden Geschehens wenigstens »im Großen und Ganzen« voraussetzt,⁴⁵ mithin die Frei- oder Eigenverantwortlichkeit ohne entsprechende Maßnahmen der »Freiheitsvorsorge«⁴⁶ lebensweltlich nicht die Regel, sondern die Ausnahme darstellt. Um so mehr muss das Fehlen der nötigen Voraussicht im Falle einer Entschließung zur zielgerichteten Herbeiführung des eigenen Todes angenommen werden, weshalb die innerhalb der Strafrechtsdogmatik »strengere« Auffassung den positiven Nachweis hinreichender Einsichts- und Urteilsfähigkeit bzw. »Ernstlichkeit« hinsichtlich der Irreversibilität des Selbsttötungsentschlusses (nach Maßgabe der rechtfertigenden Einwilligung bzw. des § 216 StGB, sog. »Einwilligungslösung«) verlangt.⁴⁷

Auf diese Weise soll den Erkenntnissen und Annahmen der modernen Suizidforschung und der Psychiatrie als hierfür kompetentere Fachdisziplinen Rechnung getragen und nicht eine »fiktive Freiverantwortlichkeit« postuliert werden, wo in Wahrheit keine besteht.⁴⁸ Blickt man allerdings schärfer auf die vorhandenen Einsichten, so stellen sich erhebliche Zweifel ein, ob es den im juristischen Diskurs überwiegend mit einer statistischen Wahrscheinlichkeit von ca. fünf Prozent prognostizierten »freien« bzw. »Bilanzsuizid«⁴⁹ überhaupt gibt.⁵⁰ Eingeräumt wird zwar allgemein, dass »die Möglichkeit eines

solchen Bilanzsuizids aus freiem Willen *in der Theorie* existiert⁵¹, also nicht prinzipiell ausgeschlossen werden könne; in der Praxis bestehe jedoch nachweislich eine »häufige Verbindung mit z. T. erheblichen psychischen Erkrankungen (insbesondere Depressionen)⁵²; fordert man zudem im Unterschied zu den sog. »Appell- oder Kurzschluss-suiziden« das Vorausgehen einer »reiflichen«, nicht affekt- oder sonst emotional bedingten »Überlegung«⁵³, eine nüchtern kalkulierende Planung »von langer Hand«⁵⁴, so wird es wegen der wohl so gut wie immer (jedenfalls mit-) bestimmenden Antriebe von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung⁵⁵ und der gerade auch bei sog. »Bilanzsuiziden« regelmäßig vorhandenen und tatauflösenden äußeren »Stressfaktoren« wie »Verlust von Beziehungen, schwerwiegende Konflikte [...], sozialer Abstieg, finanzieller Ruin«⁵⁶ oder eben gravierende, nicht mehr heilbare Erkrankungen sowie unerträgliche Leiden meist schwerfallen, von einer noch im Mindestmaß »selbstbestimmten Entscheidung« und nicht – wie die *Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde* für den Regelfall annimmt – von einer Situation auszugehen, in der durch »adäquate Behandlung der Erkrankung erst die Fähigkeit zu einer selbstbestimmten Urteilsfähigkeit wiederhergestellt werden muss«⁵⁷. Gewiss finden sich nicht weniger eindrucksvolle Plädoyers gegen eine pauschale »Psychiatisierung« von Suizidwilligen und regelrechte »therapeutische Verbissenheit«⁵⁸; doch muss mit Blick auf die aktuelle rechtspolitische Debatte ernüchtert festgestellt werden, dass die Kernvoraussetzung jedweder Toleranz gegenüber Unterstützungshandlungen bei Selbsttötungen – das Vorliegen eines freiverantwortlichen Suizids – innerhalb der einschlägigen Fachdisziplinen ungeklärt und damit als bloßes Gedankenkonstrukt ohne greifbare lebensweltliche Anbindung ist. Vor diesem Hintergrund besteht daher dringender Anlass, den für zweifelhafte Suizidgeschehen zugrunde zu legenden »Voreiligkeitsschutz« (im Zweifel zugunsten einer Intervention)⁵⁹ auch für rechtspolitische Ermunterungen zur Erweiterung des Kreises von Suizidhelfern anzumehmen.

2.2 Ärztlich assistierter Suizid

Die Nichterkennbarkeit eines rationalen, hinreichend transparenten Maßstabes zur Beurteilung dessen, was von einem Suizidwilligen an »ernstlicher«, »wohlerwogener«, »belastbarer« Entscheidungsfindung erwartet und an welchem Punkt seine Absicht respektiert und jedenfalls hingenommen (wenn auch nicht notwendig unterstützt) werden soll,⁶⁰ lässt das der Ärzteschaft zugeschriebene Alleinstellungsmerkmal der nötigen Sachkunde zur Feststellung der Freiverantwortlichkeit⁶¹ weitgehend ins Leere laufen. Denn gefunden werden kann schließlich stets nur dasjenige, wonach zuvor auch gesucht wurde. Für die im Falle einer standesrechtlichen Freistellung sich beteiligenden Ärzte ergäbe sich damit die schwierige Aufgabe, die zugrunde zu legenden Anforderungen selbst zu entwickeln. Leicht bestünde dabei die Gefahr, entweder dem einzelnen Suizidwilligen Kriterien gleichsam aufzuoktroyieren, die nur einer allgemeinen »Vernünftigkeit« entspringen (nach der Devise: »Wer nicht ins Bild passt, fällt durch«), oder sich am Ende doch wieder – in Widerspruch zum eigentlich angenommenen Regel-Ausnahme-Verhältnis – auf die Feststellung manifester Pathologien zu beschränken.⁶² Wie dieser Spagat bewältigt werden könnte, ist bisher noch nicht einmal in Ansätzen zu erkennen.

Nahe läge, dass dann zur Vermeidung von Willkür und Ungleichbehandlung im Rahmen der jeweils getroffenen »Gewissensentscheidungen« alsbald die Notwendigkeit für

eine allgemeinverbindliche, abstrakt-generelle Festlegung durch die verfasste Ärzteschaft zutage treten würde. Gerade diese Entwicklung war in den letzten Jahren in der Schweiz sehr gut zu beobachten. Zunächst zog die *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften* (SAMW) ihre zuvor ablehnende Haltung zurück und sprach in ihrer Richtlinie von einer schwer auflösbaren »Dilemmasituation«, die eine »persönliche Gewissensentscheidung des Arztes« erfordere, welche – sofern sie zugunsten der Suizidassistentz ausfalle – »als solche zu respektieren« sei.⁶³ Als unabdingbare Mindestbedingungen legte sie dabei zugleich fest: die Urteilsfähigkeit des Patienten (»woherwogener« Wunsch, ohne äußeren Druck entstanden und von Dauer), ein nahes Lebensende sowie die Erörterung und ggf. der Einsatz »alternativer Möglichkeiten der Hilfestellung«⁶⁴. Wenig später ergänzte die *Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin* (NEK) diese Bedingungen trotz der von ihr eigens herausgestellten Unverzichtbarkeit einer an der jeweils individuellen Person ausgerichteten und deshalb nicht abstrakt-generell antizipierbaren Beurteilung noch um weitere, sowohl verfahrens- als auch indikationsbezogene Vorgaben wie insbesondere den Ausschluss einer psychischen Erkrankung, das Vorausgehen mehrerer Kontakte vor Erbringen der Suizidassistentz, das Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung und das Anfertigen einer hinreichenden Dokumentation; die Indikation wurde dabei auf das Vorliegen eines krankheitsbedingten schweren Leidens erweitert.⁶⁵ Auf diese Weise entstanden somit der eigenen Intention zuwider doch allgemeinverbindliche Regeln, auf die sich seither jeder Patient gegenüber seinem Arzt berufen kann. Das gedachte singuläre, von den Besonderheiten des Einzelfalls geprägte Szenario kann sich so zu einem neuen Bereich ärztlichen Wirkens entwickeln, für das sich sicherlich ebenso »Dienstleister« finden werden wie etwa im Falle des Schwangerschaftsabbruchs. Zugleich ist damit das Entstehen von patientenseitigen Ansprüchen in die Wege geleitet, zwar nicht gegenüber dem einzelnen Arzt (dem ein Verweigerungsrecht aus Gewissensgründen nicht streitig gemacht werden dürfte, vgl. § 2 I MBO-Ärzte⁶⁶), wohl aber gegenüber dem Gesundheitssystem bzw. der Ärzteschaft im Ganzen.⁶⁷ Und da die begrenzenden Kriterien und insbesondere der Indikationsbereich nicht objektiv vorgegeben, sondern erst einer gesonderten Festlegung vorbehalten sind, unterliegen diese Anforderungen zwangsläufig demselben Druck zur Erweiterung bzw. Absenkung wie seit Jahren die »Sorgfaltsregeln« für eine erlaubte Tötung von Patienten in Belgien und in den Niederlanden.⁶⁸ Schon die unterschiedliche Fassung der Indikationen in den Dokumenten einerseits der SAMW und andererseits der NEK zeigt dies in aller Deutlichkeit. Für sich spricht ebenso der Umstand, dass die SAMW sich zuletzt noch einmal dazu aufgerufen gesehen hat, eindringlich die Vorrangigkeit von Palliative Care zu betonen und das Ansinnen abzuwehren, wonach Ärztinnen und Ärzte gleichsam »Experten für den freiwilligen Tod« seien.⁶⁹

In diesem Lichte ist, wenn medizinischer Beistand »Fürsorge zum Leben« und nicht »Beistand zu dessen Beendigung« bedeutet,⁷⁰ die abwehrende Haltung der Bundesärztekammer nur allzu verständlich, mag auch der Verweis auf das »tradierte Arztbild« weniger überzeugen als die Sorge um das »Vertrauensverhältnis« zwischen Arzt und Patient.⁷¹ So ist einer Suizidbeihilfe doch dieselbe unmittelbar auf Herbeiführung des Todes gerichtete Zwecksetzung eigen wie einer aktiv-direkten Tötung, wengleich mit dem Unterscheid, dass sich der Suizidgehilfe in der Ausführung etwas zurücknimmt und den letzten und definitiven Akt allein dem Suizidenten überlässt. Aus Sicht der Rechtsordnung macht dies gewiss den entscheidenden Unterschied aus, nicht aber für eine Profession, die ihre

Aufgabe und ihr Selbstverständnis grundsätzlich in der Lebenserhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit sieht. Mit dieser Aufgabenstellung lässt sich gedanklich sehr wohl vereinbaren, einen nicht mehr sinnvoll beeinflussbaren Verlauf zum Tode hin durch Therapiebegrenzung nicht mehr zu bekämpfen, sondern leidensmindernd zu begleiten; wenn jedenfalls einzelne Ärzte jedoch darüber hinaus auch an einer gezielten Selbsttötung mitwirken, kann sich der Patient nicht mehr sicher sein, in welcher Funktion und mit welchem Selbstverständnis ihm sein Arzt gegenübertritt. Solche Rollenkonfusion mag im Einzelfall kommunizierbar sein und sich dadurch als unschädlich erweisen; wie lässt sich aber die Sorge entkräften, dass ein Arzt, der zur Suizidassistenz bereit ist, sich womöglich nicht mehr mit der nötigen Intensität für eine noch denkbare Lebenserhaltung einsetzt? Wie sollte sich effektiv ausschließen lassen, dass die Eröffnung der legalen Option einer Suizidbeihilfe etwa bei handlungs- oder einwilligungsunfähigen Person über kurz oder lang (de lege ferenda) aus Gründen der logischen Folgerichtigkeit für den bereits als »lebensunwert« gekennzeichneten Zustand (»aussichtslose Lage«, »unerträgliche Leiden«)⁷² nicht auch den Ruf nach ausnahmsweiser Zulassung der ärztlichen Tötung »aus Gewissensgründen« nach sich zieht? Wenn die verfasste Ärzteschaft solchen Entwicklungen und Gefahren vorbeugen und sich deshalb von einer Suizidbeihilfe fernhalten möchte, so ist das von der Rechtsordnung ebenso zu respektieren wie etwa die zahlreichen Festlegungen in Leitlinien zum jeweils spezifischen ärztlichen Standard. Die Präsidentin der Niedersächsischen Ärztekammer lag daher ganz richtig, als sie unlängst die Feststellung traf: »Die Ärzteschaft hat das Recht zu sagen, was zu ihrem Standesrecht gehört und was nicht.«⁷³ In der Tat lassen sich Arztethik und Recht als jeweils eigenständige normative⁷⁴ Kreise verstehen, die sich wechselseitig anregend und mitunter fordernd befruchten, aber dadurch ihren Geltungsanspruch nicht verlieren, solange sie nicht in den Kernbereich des jeweils anderen eingreifen. Ebenso wie also das ärztliche Standesrecht nicht rechtlich Verbotenes als Teil ärztlichen Handelns ausweisen kann, steht es auch dem Recht nicht zu, zum Selbstverständnis ärztlichen Wirkens eigene Festlegungen zu treffen; derartige Inpflichtnahmen wie etwa auch die Forderung nach einer Änderung des Standesrechts⁷⁵ sind daher Kompetenzanmaßungen des Rechts, denen die verfasste Ärzteschaft nach eigenem sachkundigen Befinden die Gefolgschaft verweigern darf.⁷⁶ Sie wäre aber gut beraten, ihre Haltung nicht mehr nur unter Verweis auf ihre Tradition einfach zu verkünden, sondern »in einer für die Gesellschaft nachvollziehbaren Weise zu begründen«⁷⁷.

2.3 Organisierte Sterbehilfevermittlung

Im Lichte jener Unklarheiten, die sich mit der »Freiverantwortlichkeit« von Suizidaten verbinden, sind die rechtspolitischen Bestrebungen gegen eine »geschäftsmäßige«⁷⁸ bzw. »organisierte Förderung von Selbstmord«⁷⁹ leicht begreiflich. So hat sich insbesondere die frühere niedersächsische Justizministerin Heister-Neumann nachdrücklich gegen das Wirken des »Sterbehilfevereins Dignitas« gewandt mit der Begründung, dass man »mit dem Leid anderer Menschen [...] keine Geschäfte machen dürfe«⁸⁰. Der Aspekt der Kommerzialisierung, wie er auch in den Stellungnahmen des Nationalen Ethikrats,⁸¹ des Alternativ-Entwurfs Sterbebegleitung 2005⁸² und den Beschlüssen des 66. Deutschen Juristentages⁸³ in verschiedenen Varianten hervorgehoben wird, kann aber in einer Marktwirtschaft jedenfalls für sich allein wohl kaum ein geeigneter und schon gar nicht ein ausschlaggebender Gesichtspunkt sein, um die Unwertigkeit solcher Unterstützungs-

leistungen zu begründen, die einen freiverantwortlichen Suizid befördern. Die Annahme eines Verstoßes gegen »allgemein anerkannte sittliche und moralische Wertvorstellungen« wie zuletzt vom Verwaltungsgericht Hamburg postuliert⁸⁴ entbehrt mit ihrem Appell an Evidenz nicht nur jedweder rationalen Begründung, sondern versieht diesen Teil der Suizidassistenz wiederum mit jenem ideologiegetränkten Makel, den lange Zeit auch die Selbsttötung als solche traf. Für den Fall eines freiverantwortlichen Suizids lässt sich aber gar nicht einsehen, warum der Suizidwillige sich die nötige Hilfe nicht durch Einsatz finanzieller Mittel verschaffen können soll analog der Beschaffung von Tatwerkzeugen, solange er dabei selbstbestimmt handelt. Entgegen mancherlei Behauptung liegt hierin auch keineswegs per se das »Ausnutzen einer Notlage«. Aber auch der Aspekt des »Organisierten« vermag für sich das Unwerturteil nicht zu tragen, da doch ein »unorganisiertes« Prozedere noch viel schlechter kontrollierbar wäre und die Missbrauchsgefahr deutlich erhöhen würde. Erinnerung sei in diesem Zusammenhang nur an das schon erwähnte Bedürfnis nach Schaffung von »Sorgfaltskriterien«, um »Wildwuchs« und Willkür zu verhindern.

In Wahrheit ist es also die Sorge vor leichtfertigen und voreiligen Unterstützungsleistungen im jeweiligen konkreten Einzelfall ohne sorgfältige und fachkundige Prüfung der zwingend erforderlichen »Freiverantwortlichkeit« und daneben u.U. auch der weiteren Bedingung, die Grenzlinie zur verbotenen Tötung auf Verlangen hin strikt zu wahren,⁸⁵ die dazu motivieren, das fortgesetzte, nicht durch einen spezifischen Einzelfall etwa im Angehörigenkreis motivierte Wirken von nicht-ärztlichen Einzelpersonen oder gar Organisationen mit größtem Argwohn zu verfolgen. Nicht gänzlich von der Hand zu weisen sind darüber hinaus auch Sorgen in Richtung einer Herabsetzung der Schwelle zur Selbsttötung durch Institutionalisierung und Normalisierung der Suizidbeihilfe jedenfalls auf längere Sicht,⁸⁶ wenngleich derartige Dammbrecherwägungen für sich allein ohne empirisches Fundament (»konkrete Anhaltspunkte« bzw. Erfahrungstatsachen) eine eher brüchige Grundlage für ein – noch dazu (straf-)rechtliches – Verbot bilden.⁸⁷ Um solchen Befürchtungen zu begegnen, bedarf es jedoch keines neuen Straftatbestands, der nur zu erheblichen Anwendungsschwierigkeiten und Friktionen führen würde.⁸⁸ Bei Überschreiten der Grenze zu § 216 StGB ebenso wie bei Förderung nicht freiverantwortlicher Suizidaten ist schon de lege lata strafbares Verhalten gegeben, das mit den bekannten Ermittlungsbefugnissen aufgeklärt werden kann. Für das Wirken von Sterbehilfevereinen bietet das Vereinsrecht hinreichende Möglichkeiten der regelmäßigen staatlichen Aufsicht.⁸⁹ Die darüber hinausreichenden rechtspolitischen Ambitionen sind daher – auch mit Blick auf ihre voraussichtlich praktische Nutzlosigkeit, gemessen an den Erfahrungen in der Schweiz⁹⁰ – eher symbolischer Natur.

3. Die eigentliche Aufgabe: Reichweite der Therapiebegrenzung

Wesentlich bedeutsamer ist die Frage, ob die Palliativmedizin die Sorge der Menschen vor einem »würdelosen Sterben« hinreichend zerstreuen kann. Wer könnte, sollte dies zumindest in Einzelfällen nicht möglich sein, den betroffenen Menschen dann zu einem raschen Ende verhelfen, wenn Ärzte hierfür ausscheiden und eine Inanspruchnahme nicht-ärztlicher »Dienstleistungen« nicht ohne Risiken ist? In Erinnerung an die eingangs skizzierte Janusköpfigkeit der modernen Medizin⁹¹ sollte eigentlich nicht mehr zweifel-

haft sein: Die Fürsorge gegenüber dem Patienten ist eine genuin ärztliche Aufgabe, der sich die Ärzteschaft nicht entledigen darf. Wenn das Leiden der Menschen unerträglich zu werden droht, steht die Aufgabe der effektiven Schmerzlinderung bis zu den Grenzen des rechtlich Erlaubten und medizinisch Vertretbaren im Vordergrund. Hat die Erkrankung einen irreversiblen Verlauf angenommen, so muss die (Intensiv- und Notfall-)Medizin Kriterien wie auch Verfahrensweisen entwickeln und transparent machen, inwieweit die Fortführung der lebenserhaltenden Therapie noch »sinnvoll« erscheint.⁹² Die Verantwortung für diese zentrale Aufgabe der Gegenwart und Zukunft hat die Medizin selbst zu tragen und darf diese Bürde nicht mit Hilfe des Instruments der Patientenverfügung – noch dazu in der jetzt verabschiedeten, die hippokratische Idee einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung weiter untergrabenden Form⁹³ – auch noch jenen auferlegen, die ohnehin schon schwer genug zu tragen haben.

ANMERKUNGEN

- * Der Verfasser ist Mitglied des Instituts für Kriminalwissenschaften der Juristischen Fakultät und geschäftsführender Direktor des Zentrums für Medizinrecht an der Georg-August-Universität Göttingen. Besonderer Dank gilt meinen beiden Mitarbeiterinnen, Frau *Kerstin Sabina Heidenreich* und *Anna-Shari Scholtissek*.
- ¹ Statt vieler etwa HOERSTER, *Sterbehilfe im säkularen Staat*, 1998, insbes. S. 36 ff; vorläufig letzte »Nachwehen« bei ANTOINE, *Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung*, 2004, S. 367 ff, 409; LINDNER, JZ 2006, 373 ff; LÜDERSEN, JZ 2006, 689 ff; WOLFLAST, in: Schreiber-FS, 2003, S. 913, 922 ff.
 - ² Hierin dürfte der Kern der vielfach erhobenen Forderung nach »menschwürdigem Sterben« liegen, dazu näher DUTTGE, in: *Biomedical Law & Ethics* 2009, S. 81 ff.
 - ³ TAUPITZ, *Sind Ärzte geeignete Suizidhelfer?*, in: *Der Spiegel* vom 9.3.2009, S. 58; Streitgespräch, in: *Deutsches Ärzteblatt* v. 10.4.2009, A-693 ff; Vortrag v. 6.5.2009 anlässlich eines Symposiums des Niedersächsischen Justizministeriums und der Ärztekammer Niedersachsens zum Thema: *Begleiteter Suizid*« (<http://www.mh-hannover.de>).
 - ⁴ SCHÖCH/VERREL, GA 2005, 553, 580 f, 586: »Ein Arzt darf auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen eines tödlich Kranken nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten zur Abwendung eine unerträglichen und unheilbaren Leidens Beihilfe zur Selbsttötung leisten« (§ 4 Abs. 1 des Entwurfs eines Sterbebegleitungsgesetzes).
 - ⁵ Beschluss IV., 5. des 66. DJT 2006 (online abrufbar: <http://www.djt.de/index.php>).
 - ⁶ Siehe o. Fn 3.
 - ⁷ BÄK, *Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung*, in: *Deutsches Ärzteblatt* v. 7.5.2004, A-1298 f: »Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.«
 - ⁸ Beschlussprotokoll, S. 86 f: »Eine ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid ist abzulehnen, weil sie nicht nur mit dem tradierten Arztbild unvereinbar ist, sondern weil das Vertrauensverhältnis, auf dem jede Arzt-Patienten-Beziehung beruht, letztlich zerstört würde« (www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.6499.7184).
 - ⁹ Beschluss I., 3. des 66. DJT 2006 (o. Fn 5).
 - ¹⁰ Sog. Grundsatz der »limitierten Akzessorietät« – limitiert deshalb, weil jeder Tatbeteiligte ohne Rücksicht auf die Schuld des anderen allein nach dem Ausmaß eigener Schuld bestraft wird, vgl. § 29 StGB.
 - ¹¹ Allgemeine Meinung und st. Rspr., vgl. BGHSt 2, 150, 152; 32, 367, 371.
 - ¹² »Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.«
 - ¹³ »Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.«

- ¹⁴ Zu den Kriminalisierungsbestrebungen in Bezug auf die »organisierte Sterbehilfevermittlung« näher u. IV.
- ¹⁵ Siehe auch WERNSTEDT, *Sterbehilfe in Europa*, 2004, S. 36 ff, 46 f.
- ¹⁶ BGHSt 46, 279, 285 (m. insoweit abl. Anm. DUTTGE, *NStZ* 2001, 546, 547).
- ¹⁷ BGHSt 6, 147, 153: »Der Satz »volenti non fit iniuria« verliert hier um deswillen seinen Sinn, weil der Selbstmörder nicht befugt ist, aus eigenem Willensentschluss über sein Leben zu verfügen.«
- ¹⁸ BGHSt 32, 367, 373 ff.
- ¹⁹ Anerkannt seit BGHSt 11, 111 ff.
- ²⁰ So die zivilrechtliche Sichtweise seit BGHZ 154, 205 ff; BGH NJW 2005, 2385 f.
- ²¹ So die strafrechtliche Position seit BGHSt 40, 257 ff; siehe zuletzt auch GenStA Nürnberg *NStZ* 2008, 343 f.
- ²² *Stellungnahme: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*, 2006, S. 66 ff, 83, 99 f.
- ²³ Statt vieler nur DUTTGE et al., *Preis der Freiheit*, 2. Aufl. 2006, S. 91 ff; Münchener Kommentar zum StGB (MK)/SCHNEIDER, Bd. 3, 2003, Vor §§ 211 ff Rn 73; ROXIN, in: ders./Schroth (Hrsg.), *Handbuch des Medizinstrafrechts*, 3. Aufl. 2007, S. 313, 329 ff und 343.
- ²⁴ Vgl. Schöch/Verrel, *GA* 2005, 553, 580 und 585 (§ 215 StGB-E); Beschluss IV., 1 des 66. DJT (o. Fn 5).
- ²⁵ BGHSt 32, 367, 376.
- ²⁶ BGH NJW 1988, 1532.
- ²⁷ Oben Fn 16.
- ²⁸ BGHSt 32, 367, 375: »[...] hat den Willen des Selbstmörders für *grundsätzlich* unbeachtlich erklärt.«
- ²⁹ Zu dessen mangelnder Überzeugungskraft näher SCHÖNE-SEIFERT, in: Kaminsky/Hallich (Hrsg.), *Verantwortung für die Zukunft (= Birnbacher-FS)*, 2006, S. 163 ff; WITTMER, *Kant-Studien* 92 (2001), 180 ff.
- ³⁰ In diesem Sinne z. B. AUER, in: Eser (Hrsg.), *Suizid und Euthanasie*, 1976, S. 250 ff; EIBACH, *Autonomie, Menschenwürde und Lebensschutz in der Geriatrie und Psychiatrie*, 2005, S. 66 ff; ebenso bereits DERS., in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 1997, 215 ff; *ZfL* 2004, 38 ff, insbes. 48; W. SCHLUCHTER, in: Knopp/Schluchter (Hrsg.), *Sterbehilfe – Tabuthema im Wandel*, 2004, S. 3, 7.
- ³¹ Diese Frage ist bekanntlich seit Anbeginn der Philosophiegeschichte stets umstritten gewesen (weiterführend BORMUTH, *Ambivalenz der Freiheit*, 2008; DECHER, *Die Signatur der Freiheit*, 1999); vieles spricht aber für die sorgfältig untermauerte Annahme WITTMERS, dass sich auch insoweit kein striktes Selbsttötungsverbot begründen lässt, vgl. in: *Selbsttötung als philosophisches Problem*, 2003, S. 297 ff.
- ³² Bekanntlich begründet KANT sein Verdikt über den Suizid allein in seiner Tugend- und nicht in seiner Rechtslehre.
- ³³ Im Ergebnis ganz wie hier auch ROXIN (o. Fn 23), S. 330: »Die sittliche, meist aus religiösen Vorgaben hergeleitete Missbilligung des Freitodes [...] kann eine solche Folgerung [scil.: einer generellen Unbeachtlichkeit des Suizidwillens] in einer Rechtsordnung, die keinen Glaubens- und Gewissenszwang kennt, nicht tragen.«
- ³⁴ Statt vieler z. B. OTTO, *Grundkurs Strafrecht. Allgemeine Strafrechtslehre*, 7. Aufl. 2004, § 6 Rn 44; vertiefend DUTTGE, in: *Otto-FS* 2007, S. 227 ff, und in: *Benakis-FS* 2008, S. 155 ff, jew. m. w. N.
- ³⁵ Zu weiteren denkbaren Grenzfällen siehe ROXIN, in: *140 Jahre Goldammer's Archiv für Strafrecht (= Pötz-FS)*, 1993, S. 177, 183 ff mit dem zutreffenden Ergebnis: »Die Trennung [...] ist sehr wohl durchführbar.«
- ³⁶ Klassiker: »Sirius«-Fall, vgl. BGHSt 32, 38 ff.
- ³⁷ Näher OLG München NJW 1987, 2940, 2944 f.
- ³⁸ Vgl. BayVerfGH NJW 1989, 1790; BayObLG NJW 1989, 1815; VG Karlsruhe NJW 1988, 1536 ff; GÖTZ, *Allgemeines Polizei- und Ordnungsrecht*, 14. Aufl. 2008, S. 25; KNEMEYER, *POLIZEI- UND ORDNUNGSRECHT*, 11. Aufl. 2007, Rn 137; SCHENKE, *POLIZEI- UND ORDNUNGSRECHT*, 5. Aufl. 2007, § 3 Rn 57; a. A. LISKEN/DENNINGER (Hrsg.), *Handbuch des Polizeirechts*, 4. Aufl. 2007, Rn C 48.
- ³⁹ Statt vieler nur ROXIN, *Strafrecht Allgemeiner Teil*, Bd. I, 4. Aufl. 2006, § 2 Rn 97 ff.

- ⁴⁰ In diesem Sinne bereits DUTTGE, *ZfL* 2004, 30, 32 f. – Der in der Verfassungsrechtslehre z. T. vertretenen Auffassung, wonach das Lebensrecht abweichend von den anderen Grundrechten (Meinungs- Versammlungs-, Religionsfreiheit) keine negative Dimension kenne, bliebe zur Begründung der damit statuierten *Lebenspflicht* nur der Rückgriff auf die Menschenwürdegarantie des Art. 1 GG – mit allen damit behafteten argumentativen Schwierigkeiten!
- ⁴¹ Beschluss des VG Hamburg v. 6.2.2009 – 8 E 3301/08 – abrufbar unter: http://lrha.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/document.py?Gericht=ha&nr=2214&Blank=1.
- ⁴² Zur Kritik bereits DUTTGE, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2006, 48 ff.
- ⁴³ In diesem Sinne – »aus Gründen der Rechtssicherheit« – BOTTKE, *Suizid und Strafrecht*, 1982, S. 248 ff; DÖLLING, *GA* 1984, 76 ff; HIRSCH, *JR* 1979, 432; ROXIN, in: Wolter (Hrsg.), *140 Jahre Goldammer's Archiv für Strafrecht*, 1993, S. 178 f; MK/SCHNEIDER (o. Fn 23), Vor §§ 211 ff Rn 54 ff.
- ⁴⁴ Beschluss IV., 2 a) und b) des 66. DJT 2006 (o. Fn 5).
- ⁴⁵ Dazu näher etwa DEUTSCH/SPICKHOFF, *Medizinrecht*, 6. Aufl. 2008, Rn 243 ff; SPINDLER, in: Bamberger/Roth, Beck'scher Online-Kommentar, Stand: Edition 13 (1.5.2009), § 823 Rn 604 ff.
- ⁴⁶ Zum Verständnis von Belehrungspflichten, Lebensaltersgrenzen etc. als Maßnahmen der sozialstaatlich motivierten »Freiheitsvorsorge« näher DAMM, *MedR* 2002, 375 f.
- ⁴⁷ Vgl. GEILEN, *JZ* 1974, 145 ff; HERZBERG, *NJW* 1986, 1637; OTTO, in: Wolff-FS 1998, S. 395, 401; SCHÖNKE/SCHRÖDER/ESER (Hrsg.), *Strafgesetzbuch*, 27. Aufl. 2006, Vorbem. §§ 211 ff Rn 36; SCHREIBER, in: Jakobs-FS 2007, S. 615, 619 f; WESSELS/HETTINGER, *Strafrecht Besonderer Teil*, Bd. 1, 29. Aufl. 2005, Rn 48 f.
- ⁴⁸ Treffend SCHREIBER (wie vorstehende Fn).
- ⁴⁹ Z. B. KUTZER, in: Wolfslast/Schmidt (Hrsg.), *Suizid und Suizidversuch. Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag*, 2005, S. 181, 186.
- ⁵⁰ Zum Folgenden ausführlich FENNER, in: Petermann (Hrsg.), *Sterbehilfe. Grundsätzliche und praktische Fragen*, 2006, S. 247 ff.
- ⁵¹ EICHHORN, in: *Sucht-Magazin* 5/2003, S. 9.
- ⁵² Vgl. ERLEMEIER, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), S. 65 ff, 86; ähnlich NETZ, in: Wolfslast/Schmidt (o. Fn 49), S. 81, 82 f; Stellungnahme der NATIONALEN ETHIKKOMMISSION DER SCHWEIZ IM BEREICH HUMANMEDIZIN Nr. 9/2005, S. 27: »Meist ist aus psychiatrischer Sicht die Freiheit der Entscheidung bei Suizidalität nur bedingt vorhanden«, sowie ebd., S. 28: psychische Erkrankungen als »wichtigster Risikofaktor«; RINGELE, *Der Selbstmord*, 1997, S. 1: ca. 90–95 Prozent.
- ⁵³ So z. B. WITWER (o. Fn 31), S. 382 f.
- ⁵⁴ BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT DER SCHWEIZ, *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz* (Bericht), 2005, S. 17.
- ⁵⁵ FINZEN, *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen*, 1989, S. 35: »Psychisch Kranke suizidieren sich aus den gleichen Gründen wie andere Menschen auch: Sie nehmen sich das Leben, weil sie keinen anderen Ausweg sehen«.
- ⁵⁶ PETERMANN, in: *Aktuelle Juristische Praxis* 9/2004, S. 1111, 1116.
- ⁵⁷ Presse-Information Nr. 11 v. 27.6.2006, http://www.dgppn.de/medien/presseinfo/2006/pdf/PM11_Suizid-NatEthikrat.pdf.
- ⁵⁸ Z. B. BONDOLFI, *Ethik in der Medizin* 2000, 262 ff.
- ⁵⁹ DUTTGE, *ZfL* 2004, 30, 34.
- ⁶⁰ Siehe nur die abweichenden Beurteilungen zu einem konkreten Fallbeispiel in: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2006, 123 ff.
- ⁶¹ Siehe o. bei Fn 3.
- ⁶² So nach dem Eindruck seines Vortrages offenbar SPITTLER im Rahmen seiner Begutachtung für Dignitas, Vortrag am 6.5.2009 anlässlich eines Symposiums des Niedersächsischen Justizministeriums und der Ärztekammer Niedersachsens zum Thema: »Begleiteter Suizid« (<http://www.mh-hannover.de>).
- ⁶³ Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*, 2004, S. 6 (<http://www.samw.ch/de/Ethik/Lebensende.html>).
- ⁶⁴ Ebd.
- ⁶⁵ SAMW (o. Fn 63), S. 52 ff.

- ⁶⁶ § 2 I MBO-Ärzte: »Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus«.
- ⁶⁷ Begründung hierfür bei BIRNBACHER, Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11/2006, 7, 13: »[...] überzeugend, für die Situation des Sterbehilfeverlangens nicht nur ein moralisches *Recht*, sondern eine moralische *Pflicht* des Arztes zu postulieren, den Patienten in der Verwirklichung seiner autonomen Entscheidung zu unterstützen [...]«.
- ⁶⁸ Siehe etwa die Forderungen bei SCHWARZENEGGER, Schweizerische Ärztezeitung 2007, 843 ff.
- ⁶⁹ SAMW, Schweizerische Ärztezeitung 2007, 1051 f.
- ⁷⁰ NATIONALE ETHIKKOMMISSION, *Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme 9/2005*, S. 74 (<http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de>): »Was zum ärztlichen Auftrag gehört, misst sich an den Zielen, auf welche die ärztliche Tätigkeit gerichtet ist. Ziele und Tätigkeit bestehen in der Heilung, Linderung und Begleitung. Auch dann, wenn ein Arzt bei einem assistierten Suizid von seinen ärztlichen Kompetenzen Gebrauch macht, gilt doch, dass er nicht im Sinne dieser Ziele und folglich im Sinne des ärztlichen Auftrags tätig ist.«
- ⁷¹ Oben Fn 8.
- ⁷² Siehe bereits DUTTGE, GA 2006, 573, 585: Ärztlich assistierter Suizid als »trojanisches Pferd« für die aktiv-direkte Tötung »unheilbar erkrankter« und »unerträglich leidender« Patienten.
- ⁷³ WENKER, Vortrag v. 6.5.2009 anlässlich eines Symposiums des Niedersächsischen Justizministeriums und der Ärztekammer Niedersachsens zum Thema: Begleiteter Suizid (<http://www.mh-hannover.de>).
- ⁷⁴ Zum defizitären Charakter einer Beschreibung medizinischen Handelns und Entscheidens allein anhand naturwissenschaftlicher Kategorien bereits SCHREIBER, *Notwendigkeit und Grenzen rechtlicher Kontrolle der Medizin*, in: Göttinger Universitätsreden, Heft 71, 1984, S. 29 ff.
- ⁷⁵ Siehe o. bei Fn. 4 f.
- ⁷⁶ Vgl. DUTTGE, in: Kettler/Simon u. a. (Hrsg.), *Selbstbestimmung am Lebensende*, 2006. S. 36, 46; SCHILDMANN/VOLLMANN, DMW 131 (2006), 1405, 1408.
- ⁷⁷ Zutr. BOSSHARD, Schweizerische Ärztezeitung 2008, 406 f.
- ⁷⁸ Gesetzesantrag der Länder Saarland, Thüringen und Hessen v. 27.3.2006 (BR-Drucks. 230/06).
- ⁷⁹ Empfehlung des Rechtsausschusses und des Gesundheitsausschusses v. 04.08.2008 (BR-Drucks. 436/08).
- ⁸⁰ Pressemitteilung des NIEDERSÄCHSISCHEN JUSTIZMINISTERIUMS v. 27.9.2005; siehe auch dies., in: RuP 2006, 39 ff; LÜTTIG, ZRP 2008, 57 ff; MÜLLER-PIEPENKÖTTER, ZfL 2008, 66 ff.
- ⁸¹ Stellungnahme (o. Fn 22), S. 50: »gewerbsmäßig auf Gewinnerzielung ausgerichtete Suizidbeihilfe«.
- ⁸² SCHÖCH/VERREL, GA 2005, 553, 582 und 585: »Suizidbeihilfe aus Gewinnsucht«.
- ⁸³ Beschlüsse IV., 3., b) und c) des 66. DJT 2006 (o. Fn 5): »Handeln aus Gewinnsucht« und »Ausbeutung einer Zwangslage in Bereicherungsabsicht«; siehe auch SCHROTH, GA 2006, 549, 570 f: »wucherähnlicher Tatbestand«.
- ⁸⁴ Siehe o. Fn 41.
- ⁸⁵ So der Bundesärztekammerpräsident HOPPE, zit. nach Deutsches Ärzteblatt v. 26.9.2005.
- ⁸⁶ Ergänzendes Votum von LOSINGER, RADTKE und SCHOCKENHOFF zur Stellungnahme des Nationalen Ethikrats (o. Fn 22), S. 58.
- ⁸⁷ Dazu eingehend HEGSELMANN, in: ders./R. Merkel (Hrsg.), *Zur Debatte über Euthanasie*, 1991, S. 197 ff.
- ⁸⁸ Das gilt auch für den jüngst vorgelegten Vorschlag von KUBICIEL, der die Nichtbeachtung spezifischer »Umgangsstandards« gegenüber dem Todeswilligen im Sinne der Feststellung »objektiv valider Gründe« (?) zum Ausgangspunkt für einen eigenständigen Straftatbestand nehmen will (JZ 2009, 600, 608).
- ⁸⁹ In diesem Sinne bereits DUTTGE et al, *Preis der Freiheit*, 2. Aufl. 2006, S. 100 f; ähnlich HILGENDORF, *Jahrbuch für Recht und Ethik* 15 (2007), S. 479 ff, der allerdings eine stärkere rechtliche Regulierung im Sinne von »Sorgfaltsanforderungen« fordert.
- ⁹⁰ Siehe z. B. TAG, in: Härle (Hrsg.), *Ethik im Kontinuum*, 2008, S. 267, 282 f.
- ⁹¹ Siehe o. bei Fn 2.
- ⁹² Zur Problematik näher DUTTGE, *NStZ* 2006, 479 ff.
- ⁹³ Beschluss des Deutschen Bundestages v. 18.6.2009, BR-Drucks. 593/09.

selbstbestimmtes Sterben grundrechtlich geschützte Freiheit des Einzelnen, sich selbst mit Unterstützung und in Begleitung von zur Hilfe bereiten Dritten das Leben zu nehmen, steht in inhaltlicher Abhängigkeit zu dem grundrechtlichen Schutz der Suizidhilfe. Die Entscheidung zur Selbsttötung ist in ihrer Umsetzung nicht nur in tatsächlicher Hinsicht davon abhängig, dass Dritte bereit sind, Gelegenheit zur Selbsttötung zu gewähren, zu verschaffen oder zu vermitteln. Die Dritten müssen ihre Bereitschaft zur Suizidhilfe auch rechtlich umsetzen dürfen. Anderenfalls liefe das Recht des Einzelnen auf Selbsttötung faktisch leer. In Fällen derartiger rechtlicher Abhängigkeit stehen die Handlungsweisen der Beteiligten in einem funktionalen Zusammenhang. Der grundrechtliche Schutz des Handelns des einen ist Voraussetzung für die Ausübung eines Grundrechts durch den anderen (vgl. Klopfer, in: FS f. Klaus Stern, 2012, S. 405 <413 ff.>). Erst dadurch, dass zwei Personen Grundrechte in einer auf ein gemeinsames Ziel gerichteten Weise ausüben können, hier die Umsetzung des Wunsches nach assistierter Selbsttötung, wird der verfassungsrechtliche Schutz auf selbstbestimmtes Sterben wirksam. Der Gewährleistung des Rechts auf Selbsttötung korrespondiert daher auch ein entsprechend weitreichender grundrechtlicher Schutz des Handelns des Suizidassistenten.

[...]

[334] § 217 StGB ist einer verfassungskonformen Auslegung nicht zugänglich. Eine den Anwendungsbereich der Norm einschränkende Auslegung, die die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter bestimmten Umständen doch für zulässig erklärte, widerspräche den Absichten des Gesetzgebers und käme damit einer mit dem Gebot hinreichender gesetzlicher Bestimmtheit (Art. 103 Abs. 2 GG) unvereinbaren originären judikativen Rechtsetzung gleich (vgl. BVerfGE 47, 109 <120>; 64, 389 <393>; 73, 206 <235>; 105, 135 <153>).

[335] Dies gilt insbesondere für eine Auslegung, die die Förderung freiverantwortlicher Selbsttötungen von der Strafbarkeit ausnimmt (vgl. zu einem solchen Ansatz Kubiś, ZIS 2016, 396 <402>). Sie liefe dem gesetzgeberischen Anliegen (vgl. BT-Dr. 18/5373, S. 3) zuwider. Im Ergebnis würde sie die Vorschrift praktisch leerlaufen lassen (vgl. Riemer, BRJ 2016, 96 <101>, zugleich m. w. N. zu abweichenden Ansätzen).

[336] Auch eine Auslegung, die Ärzte vom Verbot des § 217 Abs. 1 StGB ausnimmt, ist nicht möglich. Der Gesetzgeber hat § 217 StGB als Allgemeindelikt ausgestaltet und von einer Privilegierung der Angehörigen der Heilberufe bewusst abgesehen (vgl. BT-Dr. 18/5373, S. 18).

[...]

[338] Aus der Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB folgt nicht, dass der Gesetzgeber sich einer Regulierung der Suizidhilfe vollständig zu enthalten hat. Er hat aus den ihm obliegenden Schutzpflichten für die Autonomie bei der Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens in verfassungsrechtlich nicht zu beanstandender Weise einen Handlungsauftrag abgeleitet [...]. Ein legislatives Schutzkonzept hat sich aber an der der Verfassungsordnung des Grundgesetzes zugrundeliegenden Vorstellung vom Menschen als einem geistig-sittlichen Wesen auszurichten, das darauf angelegt ist, sich in Freiheit selbst zu bestimmen und zu entfalten (vgl. BVerfGE 32, 98 <107 f.>; 108, 282 <300>; 128, 326 <376>; 138, 296 <339, Rdnr. 109>). Die verfassungsrechtliche Anerkennung des Einzelnen als zur Selbstbestimmung befähigten Menschen verlangt eine strikte Beschränkung staatlicher Intervention auf den Schutz der Selbstbestimmung, der durch Elemente der medizinischen und pharmakologischen Qualitätssicherung und des Missbrauchsschutzes ergänzt werden kann.

[339] Zum Schutz der Selbstbestimmung über das eigene Leben steht dem Gesetzgeber in Bezug auf das Phänomen organisierter Suizidhilfe ein breites Spektrum an Möglich-

keiten offen. Sie reichen von der positiven Regulierung prozeduraler Sicherungsmechanismen, etwa gesetzlich festgeschriebener Aufklärungs- und Wartepflichten, über Erlaubnisvorbehalte, die die Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten sichern, bis zu Verboten besonders gefährlicher Erscheinungsformen der Suizidhilfe entsprechend dem Regelungsgedanken des § 217 StGB. Sie können mit Blick auf die Bedeutung der zu schützenden Rechtsgüter auch im Strafrecht verankert oder jedenfalls durch strafrechtliche Sanktionierung von Verstößen abgesichert werden [...].

[340] Aufgrund der verfassungsrechtlichen Anerkennung des Rechts auf Selbsttötung, welche die einem individuellen Suizidentschluss zugrundeliegenden Motive einschließt und diese damit einer Beurteilung nach Maßstäben objektiver Vernünftigkeit entzieht (vgl. Rdnr. 210), verbietet es sich aber, die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung materiellen Kriterien zu unterwerfen, sie etwa vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu machen. Dies hindert nicht, dass je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens gestellt werden können. Es steht dem Gesetzgeber frei, ein prozedurales Sicherungskonzept zu entwickeln.

[341] Allerdings muss jede regulatorische Einschränkung der assistierten Selbsttötung sicherstellen, dass sie dem verfassungsrechtlich geschützten Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch hinreichenden Raum zur Entfaltung und Umsetzung belässt. Das erfordert nicht nur eine konsistente Ausgestaltung des Berufsrechts der Ärzte und der Apotheker, sondern möglicherweise auch Anpassungen des Betäubungsmittelrechts.

[342] Die Obliegenheit zur konsistenten Ausgestaltung der Rechtsordnung schließt nicht aus, die im Bereich des Arzneimittel- und des Betäubungsmittelrechts verankerten Elemente des Verbraucher- und des Missbrauchsschutzes aufrechtzuerhalten und in ein Schutzkonzept im Bereich der Suizidhilfe einzubinden. All dies lässt unberührt, dass es eine Verpflichtung zur Suizidhilfe nicht geben darf.

[...]

<https://doi.org/10.1007/s00350-020-5590-3>

Anmerkung zu BVerfG, Urt. v. 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15, 651/16, 1261/16, 1593/16, 2354/16, 2527/16

Gunnar Duttge

I. Das Urteil hat in Tagespresse und bei den Kommentatoren erwartungsgemäß Reaktionen provoziert, die wohl kaum gegensätzlicher hätten ausfallen können: Für die einen ist es der seit langem ersehnte „Befreiungsschlag“, der dem Staat endlich die „Herrschaft über das Sterben entwunden“ habe, für die anderen eine „Niederlage der Menschlichkeit“ und „eine der dunkelsten Stunden deutscher Rechtsprechung“. Der Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, *Peter Dabrock*, moniert repräsentativ für andere einen „völlig überhöhten Autonomiebegriff“, der die notwendige „Balance“ mit dem gebotenen Lebensschutz vermissen lasse und daher mit der „bewährten Rechtskultur“ breche¹. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) sieht durch das Urteil einen „ge-

1) *Dabrock*, SZ v. 27.2.2020.

Prof. Dr. iur. Gunnar Duttge,
Zentrum für Medizinrecht/Institut für Kriminalwissenschaften,
Georg-August-Universität Göttingen,
Platz der Göttinger Sieben 6, 37073 Göttingen, Deutschland

fährlichen Spielraum“ für ungebetene Suizidorganisationen eröffnet und fordert „eine breite gesellschaftliche Diskussion über Rahmenbedingungen am Lebensende in Pflegeheimen, Krankenhäusern und im häuslichen Umfeld“². Wem das Bild vom Einzelnen als des eigenen Glückes Schmied schon immer als zu simpel erschien und die empathische Fürsorge für das Wohl des Anderen – gerade in einem Moment existentieller Not – als notwendiges Korrelat zu den Freiheitsrechten in einer „intersubjektiv geteilten Lebensform verschwisterter Genossen“³, dem wird die Kritik aus Ethik, Palliativmedizin und Theologie durchaus zu denken geben. Das Nachdenken gilt aber allein der nunmehr dringlichen Neuregulierung, nicht der rechtlichen Bewertung des §217 StGB: Dessen Nichtigkeitserklärung war unvermeidlich, auch wenn nicht alle Begründungselemente des bundesverfassungsgerichtlichen Spruches gleichermaßen überzeugen können.

II. 1. Dem Straftatbestand der „geschäftsmäßigen Suizidförderung“ hafteten von Beginn an merkwürdige Inkonsistenzen an: Einerseits konstatierte der Gesetzgeber für die Vergangenheit ein „gut durchdachtes, strafrechtliches Regelungskonzept“, das die „autonome“ Entscheidung des Einzelnen auch über Ob und Wie seines Sterbens garantierte und lebenserhaltenden Zwang „verfassungsnormativ untersagte“⁴; andererseits verstand er die palliativmedizinische Versorgung nicht etwa nur als wichtiges, jeder Förderung würdiges Angebot, sondern legte sie der Rechtsgemeinschaft als „kategorial unterschiedliche“⁵, meint: „richtigere“ Alternative gegenüber der Inanspruchnahme geschäftsmäßig tätiger Suizidhelfer geradezu wärmstens ans Herz. Um welche Art von „Autonomie“ geht es dann aber, deren Schutz die Legitimation des §217 StGB maßgeblich begründen sollte, wenn „autonomiegefährdende Interessenkonflikte“ und „Abhängigkeiten“⁶ nur in einer Richtung für relevant erklärt werden? Eine von Staats wegen vorgenommene Priorisierung individueller Handlungsentscheidungen, indem für konkurrierende Wege eine strafbewehrte Abschreckung implementiert wird, atmet nicht den Odem der Freiheit, sondern riecht eher nach bevormundender Besserwisseri. Dieser Eindruck verstärkt sich, wenn mit einbezogen wird, dass der Zugang zu tödlichen Mitteln zum Zwecke der Selbsttötung durch Betäubungsmittelrecht und Arztvorbehalt versperrt ist, d. h. jede Hilfestellung auch insoweit per se, ohne Rücksicht auf den Einzelfall, in die Illegalität drängt. Für die bislang vorherrschende Rechtspolitik ist dies alles andere als ein randständiger Aspekt, sondern ein bewusst einkalkulierter Teil des Ganzen gewesen; andernfalls ließe sich nicht jener eklatante Verfassungsbruch erklären, der es sich in souveräner Missachtung des hehren Gewaltenteilungsprinzips erlaubt, das rechtskräftige Urteil des BVerwG v. 3. 2. 2017⁷ durch ministeriellen „Nichtanwendungserlass“ zu einer Fata Morgana zu erklären. Das BVerfG hat dies ganz richtig erkannt und dezidiert festgestellt, dass die verbleibenden Optionen des Einzelnen zur Inanspruchnahme fremder Unterstützung im Ganzen – wenn also das Verbot des §217 StGB nicht bloß isoliert betrachtet wird – nur „theoretisch“ sind (Rdnr. 280) und die faktische „Selbstbestimmung“ insoweit „entleert“ ist (Rdnr. 264). Dem Einzelnen bleibt, wenn er an seinem Entschluss festhalten will, nur der mehr oder weniger dilettantische Vollzug mit Hilfe von Laien⁸ oder im Wege des einsamen „Brutalsuizids“⁹, oder aber die Reise nach Zürich. In einer Abwandlung von *Anatole France* könnte man auch sagen, dass das „Gesetz in seiner erhabenen Majestät“ Pflegeheimbewohnern wie Anästhesiologen gleichermaßen untersagte, sich im Falle ihrer Suizidabsicht professioneller Hilfe zu bedienen. Dass die Notwendigkeit zur verstärkten Sicherung der „prekären Selbstbestimmung am Lebensende“ vor „Manipulationen und Beeinflussungen“¹⁰ ausgerechnet im Angehörigenkreis entbehrlich sein könnte, ist als generelle Annahme ebenso wenig plausibel¹¹ wie der Umstand, dass §217 StGB zwar das beihilfeähnliche „Fördern“, nicht aber die unrechts-

schwerere Anstiftung (vgl. §26 StGB) pönalisierte¹². Vor allem aber lässt sich nicht glaubwürdig in das Hohelied der Selbstbestimmung einstimmen und zugleich eine Strafnorm rechtfertigen, die „den Entschluss zur Selbsttötung einem unwiderleglichen Generalverdacht mangelnder Freiheit und Reflexion unterstellt“ (Rdnr. 279). „Autonomiesicherung“ durch pauschale Handlungsverbote kehrt den Autonomiegedanken in sein Gegenteil. Soweit der Gesetzgeber die Strafvorschrift zugleich und nicht zuletzt als Mittel einer effektiven Suizidprävention aufgefasst hat¹³, ist das Fadenscheinige schlechterdings nicht zu übersehen: Statt ein attraktives Verfahren zu etablieren, in dem sich Helfer und suizidgefährdete Menschen mit offenen Augen und Ohren begegnen können, lautet die Logik des §217 StGB: „closing the doors“ – und mehr noch: natürlich nur innerhalb der Grenzen des deutschen Strafrechts¹⁴. Dies kennzeichnet aber keine Haltung gemeinwohlorientierter Verantwortungsethik, sondern ist die eines rationalen Egoismus, was üblicherweise als St.-Florians-Prinzip (oder international: NIMBY = not in my backyard) firmiert.

2. Kritikwürdig ist am Urteil des BVerfG also mitnichten, dass es dem Gesetzgeber die inkonsequente, hartpaternalistische und überdies in der Ärzteschaft manifeste Unsicherheiten produzierende Regelung aus den Händen geschlagen und sich auf das missratende Produkt der parlamentarischen Mehrheit auch nicht im Wege einer verfassungskonformen Auslegung eingelassen hat. Ebenso wenig lässt sich beanstanden, dass nunmehr auch von höchster Warte aus ein „Recht auf Suizid“ als Teil der personalen „Identität und Individualität des Menschen“ (Rdnr. 209) Anerkennung gefunden hat (sofern – dies natürlich die zwingende Voraussetzung – der Entschluss hierzu „freiverantwortlich“ gebildet wurde): Denn dies war schon zuvor durch die jüngere Rechtsentwicklung gebahnt, die von der angeblichen Sitten- oder gar Rechtswidrigkeit des „Selbstmordes“¹⁵ aus guten Gründen nichts mehr wissen wollte. Und auch der Vorhalt, der Senat habe in der Gewichtung seiner Überlegungen im Verhältnis zum Lebensschutz in „überbordender Rhetorik“ doch arg einseitig ein „Supergrundrecht auf Suizid“ imaginiert¹⁶, schlägt nicht durch, weil damit die spezifisch menschenrechtliche Fragestellung des verfassungsgerichtlichen Verfahrens übersehen wird. Das Gericht bekräftigt vielmehr ausdrücklich das Recht und sogar die Pflicht des Staates, „das hohe Rechtsgut Leben zu schützen“ (Rdnrn. 223 f., 275 f.), und dies sogar mit dem Schwert des Strafrechts (Rdnr. 339). Irritierend ist dabei allein, wenn von einer „relationalen“ Selbstbestimmung (Rdnr. 235) die Rede ist, weil relationale Autonomiekonzepte erstens überaus facettenreich sind¹⁷ und zweitens meist bereits den Individualstatus relativieren, was der Intention des BVerfG sicherlich nicht entspreche. Dürftig, ja geradezu apodiktisch dargetan ist dagegen die Einbeziehung

2) Pressemitteilung v. 26. 2. 2020.

3) *Habermas*, Erläuterungen zur Diskursethik, 1991, S. 70.

4) BT-Dr. 18/5373, S. 10.

5) BT-Dr. 18/5373, S. 17.

6) BT-Dr. 18/5373, S. 17.

7) BVerwG, MedR 2017, 823 m. Anm. R. *Merkel*.

8) *Berghäuser*, ZStW 128 [2016], 741 ff.

9) *Rosenau/Sorge*, NK 2013, 108, 116.

10) BT-Dr. 18/5373, S. 10 f.

11) Bereits *Duttge*, NJW 2016, 120, 122 f.

12) So auch *Weigend*, in: FS f. *Kindhäuser*, 2019, S. 841, 850.

13) BT-Dr. 18/5373, S. 8: „beunruhigende Entwicklungen, denen wirksam Einhalt geboten werden muss“.

14) Zur Kritik etwa *Duttge*, ZStW 129 (2017), 448, 457.

15) BGHSt 6, 147, 153; 46, 279, 285 m. abl. Anm. *Duttge*, NStZ 2001, 546 ff. und *Sternberg-Lieben*, JZ 2002, 150 ff.

16) *Geyer*, FAZ v. 5. 3. 2020.

17) Im Überblick *Steinfath*, in: *ders./Wiesemann* u. a. (Hrsg.), *Autonomie und Vertrauen*, 2016, S. 11, 34 ff.

des Suizidhelfers in den grundrechtlichen Schutzschirm (Rdnr. 213); immerhin sehen doch zahlreiche ausländische Rechtsordnungen in der Suizidbeihilfe ein „delictum sui generis“ (z. B. § 78 öStGB). Gerechtfertigt wird solches regelmäßig mit dem Gedanken, dass die Beteiligung einer zweiten Person das reflexive Suizidgeschehen mit sozialer Relevanz versehe, in welcher sich der Gehilfe die Negation des „Lebenswerts“ (unzulässigerweise)¹⁸ zu eigen mache¹⁹. Eine nähere Befassung mit der genuinen Zwecksetzung des Strafrechts und seinen handlungstheoretischen Grundlagen gäbe Aufschluss, warum dies nicht überzeugen kann: Natürlich setzt auch der Gehilfe kraft eigenen Entschlusses eine Ursache für die (im Kontext des § 217 StGB: nur mögliche) Selbsttötung und teilt damit das Handlungsziel des Suizidenten²⁰; jedoch ist seine Intention (anders als beim Anstifter!) eine dem „Haupttäter“ untergeordnete wie auch sein objektiver Tatanteil nur ein indirekter, abgeleiteter („Hilfleistender“ zu ...). Wenn die Gesamttat beider Tatbeteiligten aber vom Autonomieprinzip geprägt ist, und niemand in strafrechtsrelevanter Weise eigene Rechtsgüter angreifen kann²¹, dann muss dies denknotwendig auch für jenen gelten, der nur unselbständiger Teil des Gesamtgeschehens ist. Was den Begründungszusammenhang des BVerfG an diesem Punkt weit durchschlagskräftiger gemacht hätte, wäre somit die Feststellung gewesen, dass sich kein straf- und daher missbilligungswürdiges Unrecht begründen lässt, wenn sich die „Tat“ des Beteiligten in der untergeordneten Unterstützung eines „autonomen“ Suizidentschlusses erschöpft²². Hier zeigt sich erneut, dass das unspezifische Prüfraster des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes strukturell Gefahr läuft, blind für die Sachgesetzlichkeiten des Strafrechts zu sein.

3. Dies zeigt sich auch in jenen Empfehlungen, die das BVerfG dem Gesetzgeber für die notwendige (und angesichts erster Ankündigungen zur Aufnahme einschlägiger Aktivitäten: dringliche) Neuregulierung an die Hand gegeben hat: Die im Sinne der gesamtgesellschaftlichen Verantwortungsübernahme seit Jahren überfällige Bereitstellung eines institutionalisierten Verfahrens könne danach nicht nur durch strafrechtliche Annexnormen abgesichert werden; vielmehr sei ebenfalls denkbar, „besonders gefährträchtige Erscheinungsformen der Suizidhilfe“ generell zu verbieten und ein solches Verbot „entsprechend dem Regelungsgedanken des § 217 StGB ... auch im Strafrecht [zu] veranker[n]“ (Rdnr. 339). Hier verliert sich die Überzeugungskraft der Nichtigkeitserklärung und wird, sofern es nicht ausschließlich um die Sicherung der Freiverantwortlichkeit gegen nachweisliche Manipulation etc. geht²³, von Grund auf verkannt: Wenn das Bezugsgeschehen der Fördertätigkeit (potentiell) ein Akt in Freiheit ist, dann ändert sich hieran auch nichts dadurch, dass die Unterstützung hierzu in „Wiederholungsabsicht“, „organisiert“, aus „Gewinnsucht“ oder auf eine sonst „gefährlich“ oder „unmoralisch“ erscheinende Weise erbracht wird²⁴: Strafrecht bezweckt allein die Ahndung sozialwidrigen Verhaltens; zum Zwecke der gesellschaftlichen Zukunftssteuerung ist es ein illegitimes (und im Übrigen meist auch wenig geeignetes) Mittel. Sehr wohl kann das Strafrecht jedoch angesichts der hohen Wertigkeit der Rechtsgüter seine Berechtigung zur Absicherung (wesentlicher) verfahrensrechtlicher Strukturnormen haben. Die große Herausforderung wird darin bestehen, ein Prozedere zu etablieren, das beide Anliegen gleichermaßen mit Leben und Glaubwürdigkeit füllt: Es muss einerseits hinreichend attraktiv für Suizidwillige sein und daher am Ende auch die realistische Option einer freiverantwortlichen Selbsttötung eröffnen, andererseits aber zugleich die notwendige Kontrolle und Suizidprävention gewährleisten – und darf nicht zur sinnentleerten Pflichtübung verkommen wie heute vielerorts die Schwangerschaftskonfliktberatung. Die von der Bevölkerung mehr-

heitlich erwünschte Beteiligung der Ärzteschaft sollte mit Blick auf die fragliche Vereinbarkeit mit dem ärztlichen Selbstverständnis²⁵ auf keinen Fall erzwungen werden; diese Frage betrifft den Kern des ärztlichen Ethos und ist daher vorrangig von der Ärzteschaft selbst zu entscheiden. Zugleich sollte es aus Gründen des überragend wichtigen Vertrauens in die Ärzteschaft auch nicht allen Berufsberechtigten nach selbstgewählter Berufung freigestellt sein²⁶, sondern wesentlich kontrollintensiver eher nach dem Modell der (regionalen) PID-Zentren und -Ethikkommissionen organisiert (und spezialgesetzlich normiert) werden. Unbenommen bliebe darüber hinaus, das Wirken privater Suizidorganisationen ordnungsrechtlich (etwa durch ein detailliertes „Aufsichtsgesetz“, wie es in der Schweiz diskutiert wurde)²⁷ zu begrenzen oder aber – da es eine Alternative gibt – ganz zu untersagen.

III. Nur muss die Aufgabe jetzt auch konstruktiv im Sinne der Menschen angegangen und darf nicht das „Schwarze-Peter-Spiel“ munter weiterbetrieben werden. Der Auftrag des BVerfG ist unmissverständlich: Unverbesserliche Rechthaberei und Verweigerung, wie sie aus parlamentarischen Kreisen schon zu hören war²⁸, dient gewiss nicht der res publica!

18) Vgl. BGH, MedR 2019, 722, 723 f. („Leben ist kein Schaden“).

19) Z. B. *Bauer*, Normative Entgrenzung. Themen und Dilemmata der Medizin- und Bioethik in Deutschland, 2017, S. 264, 266.

20) In diesem Sinne *Schockenhoff*, Ethik des Lebens, 2009, S. 546.

21) Z. B. *Fateh-Moghadam*, Suizidbeihilfe: Grenzen der Kriminalisierung (Preprints and Working Papers of the Centre for Advanced Study in Bioethics), 2015, S. 20; *Roxin*, Strafr AT, 4. Aufl. 2006, § 13, Rdnr. 12.

22) Zum Unrecht als Kern jeder Straftat: *Kühl*, FS f. *Kühme*, 2013, S. 15 ff.

23) Insofern sieht *Rostalski* (Kölner Stadtanzeiger v. 4. 3. 2020) weiter Bedarf für eine straffatbestandliche Neuregelung; zuvor in diesem Sinne auch schon *Freund/Timm*, GA 2012, 491 ff.; hiergegen bedenkenswert aber *Murmann*, in: *Dessecker/Harrendorf/Höffler* (Hrsg.), Angewandte Kriminologie – Justizbezogene Forschung, 2019, S. 273, 286: nicht vorzugswürdig, weil dann „jedes suizidfördernde Verhalten den Anfangsverdacht einer Straftat begründen“ würde, was per saldo eine „völlig unangemessene Ausweitung der Ermittlungstätigkeit“ zur Folge hätte.

24) Bereits *Dutge*, medstra 2015, 257 f.

25) Deziert abl. zuletzt die 70. Generalversammlung der WHO v. 26. 10. 2019, <https://www.wma.net/news-post/world-medical-association-reaffirms-opposition-to-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>.

26) So aber wohl der Gesetzesvorschlag von *Berghäuser/Boer/Borasio/Hohendorf/Roxen/Spittler*, MedR 2020, 207, 211.

27) *Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement*, Sterbehilfe und Palliativmedizin. Handlungsbedarf für den Bund?, 2006, S. 44 f. (https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/20060531_ber-sterbehilfe-d.pdf).

28) Berichtet von *Geyer*, FAZ v. 25. 3. 2020.

Anmerkung zu BVerfG, Urt. v. 26. 2. 2020 – 2 BvR 2347/15, 651/16, 1261/16, 1593/16, 2354/16, 2527/16

Hartmut Kreß

Am 26. 2. 2020 hat das BVerfG den am 6. 11. 2015 vom Deutschen Bundestag beschlossenen § 217 StGB, das Ver-