

Stellungnahme des Humanistischen Verbandes Deutschlands e.V. zu den Verfassungsbeschwerden gegen den § 217 StGB

(AZ: 2 BvR 2347/15 [I.], 2 BvR 651/16 [II.], 2 BvR 1261/16 [III.])

von Dipl.-Psych. Gita Neumann im Auftrag des HVD

1. Grundsätzliche Bewertungen und Schwerpunkte

Einführung

Dem Humanistischen Verband Deutschlands (HVD) wurden vom Bundesverfassungsgericht drei Verfassungsbeschwerden zur Stellungnahme vorgelegt:

- I. von vier Einzelpersonen/Patienten
- II. des Vereins Sterbehilfe Deutschland e.V.
- III. der Vereine DIGNITAS - Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben, DIGNITAS (Sektion Deutschland) e.V. und vier Einzelpersonen.

Der darin angegriffene § 217 StGB (im Folgenden „Gesetz“ genannt) markiert den Endpunkt mehrjähriger Bemühungen um eine strafrechtliche Regelung der Suizidbeihilfe. Sie wurden von Beginn an von verfassungsrechtlichen Bedenken begleitet. Für die zahlreichen Regelungsvorschläge – darunter auch zivilrechtlicher Art – gab es teils gegenläufige Begründungen.

Durchgesetzt hat sich – auf Basis eines außerparlamentarischen Entwurfs der Deutschen Stiftung Patientenschutz – die nahezu wortidentische Gesetzesinitiative des Abgeordneten Michael Brand. Dessen Begründung geht von einem düsteren Gesellschaftsbild mit apokalyptischen Tendenzen aus. Die Rhetorik des Abgeordneten Michael Brand macht anschaulich, dass es sich um Empfindungen, Glaubenssätze und Befürchtungen handelt, die sich einer empirisch, rational oder soziologisch begründeten Argumentation entziehen. Gemalt wird das Schreckensbild von einer bereits geöffneten Tür, die dringend dicht verschlossen werden muss, weil wir sie „sonst nicht mehr zubekommen und durch die am Ende Menschen geschoben werden können, die nicht durch diese Tür wollen. ...[Franz Müntefering] hat recht ..., weil wir sonst eben auf die schiefe Ebene geraten würden, weil nämlich Leben am Ende unterteilt würde: in solches, für das sich der Einsatz lohnt, und solches, das nach Ansicht vieler besser beendet würde“. (Zitat M. Brand gemäß Bundestags-Plenarprotokoll 18/66). Der zivilisatorische Zusammenhalt der Gesellschaft soll durch eine prognostizierte Aussonderung unwerten und unproduktiven Lebens massiv gefährdet sein. Unterstellt wird hier – mit einer Assoziation an die nationalsozialistische Selektion – eine zwangsläufige Entwicklung in Richtung von Tötungen nicht nur auf Verlangen, sondern auch gegen den Willen der Betroffenen.

Faktisch ging und geht es hingegen um die freiverantwortliche Selbsttötung und die mögliche Inanspruchnahme von kompetenter Hilfe dazu. Der HVD stimmt mit allen drei Verfassungsbeschwerden darin überein, dass das Gesetz die Grundrechte aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG (Allgemeines Persönlichkeitsrecht in Ausprägung als Selbstbestimmungsrecht auch über das eigene Sterben) verletzt. Dies wird insbesondere in der I. Verfassungsbeschwerde deutlich und findet am Ende dieser Stellungnahme mit der Fallgeschichte des Herrn F. eine besondere Würdigung.

Die III. Verfassungsbeschwerde arbeitet heraus, dass sich eine (potenzielle) Unterstützungshandlung zu einer Täterschaft verselbstständigt hat und dass im Zusammenhang damit eine Missachtung des verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebots für Strafnormen vorliegt. Dies kann durch die Erfahrungen des HVD in den neun Monaten seit Inkrafttreten des Gesetzes bestätigt werden. Zumindest weisen die in der Praxis aufgetretenen gravierenden Rechtsunsicherheiten auf einen Verstoß gegen Art. 103 Abs. 2 GG hin.

Inwiefern, worauf die II. Verfassungsbeschwerde abhebt, die Betätigungsfreiheit gemäß selbst zu bestimmender Satzungsziele eines Vereins (hier: Sterbehilfe Deutschland e.V.) durch das Gesetz grundgesetzwidrig eingeschränkt ist, kann und will der HVD nicht beurteilen. Aus ethischer und rechtsphilosophischer Sicht sei dazu nur vorgetragen: Wenn es sich um ein lediglich sittlich zu begründendes Ärgernis handelt, kann eine eigens für ein Vereinsverbot verabschiedete Strafnorm nicht gerechtfertigt sein.

Leitbild einer sorgenden Gesellschaft und Gefährdungstendenzen

Der Stellungnahme des HVD liegt eine weltlich-humanistische Ethik zugrunde, zu deren Elementen Rationalität und Empirie gehört. Die Weltanschauung des HVD gestaltet sich heute vorwiegend als wertorientierte Menschlichkeit in einem umfassenden Sinn, die auf individueller Verantwortung und Selbstbestimmung ebenso beruht wie auf Solidarität und Fürsorge. Als Erfahrungshintergrund für diese Stellungnahme dient die ausgewiesene Praxis des HVD u.a. in der Lebenshilfe, in der Patientenverfügungs- und Palliativberatung und im Sozial- und Gesundheitsbereich – darunter befinden sich zahlreiche stationäre und ambulante Hospizeinrichtungen, Pflegestationen, Betreuungs- und ehrenamtliche Besuchsdienstangebote für geistig und/oder körperlich behinderte, demenziell erkrankte, alte und einsame Menschen sowie auch Hilfsprojekte bei Verschuldung und Obdachlosigkeit.

Der HVD trägt ebenso wie kirchliche, freigemeinnützige und sonstige Träger zum „Leitbild einer sorgenden Gesellschaft“ bei mit Achtung vor dem Leben, „auch vor dem leidenden, schwer kranken und behinderten Leben“, wie es in der Gesetzesbegründung zu Recht eingefordert wird (Bundestags-Drucksache 18/5373, S. 8). Dabei geht es unmittelbar um die durch Solidarität geprägte Wertschätzung der Betroffenen und die Durchsetzung ihrer Menschenrechte auf gute medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung. Diese sind zu verteidigen vor einer zunehmenden Ökonomisierung aller Bezüge des Medizin- und Pflegebereiches. In einer solchen um sich greifenden volks- und betriebswirtschaftlichen Ausrichtung ist der Grund zu suchen, wenn behinderte, pflegebedürftige, sterbende oder alte Menschen sich nur noch als „Kostenfaktor“ in einer kalten und entsolidarisierten Gesellschaft wahrzunehmen vermögen. Diesem beklemmenden Gefühl muss in der Praxis mit besonderem Respekt vor der Men-

schenwürde der Schwächsten und mit Verbesserung ihrer konkreten Lebenssituationen begegnet werden. Dazu ist ein Strafgesetz mit Sicherheit ungeeignet.

Nicht völlig von der Hand zu weisen ist die Sorge der Gesetzesbefürworter, dass die Freiheit zur Selbstbestimmung durch öffentliche Meinungsbildung zu einer bedenklichen Verabsolutierung führen kann. Dies würde etwa gelten für die Forderung eines Rechtes auf organisierte Suizidhilfe oder Tötung auf Verlangen, damit jeder sich davor bewahren könnte, auch nur von Hilfsbedürftigkeit und erst recht von schwerer Pflegebedürftigkeit und Leiderfahrung betroffen zu sein. Einem solchen Anspruch auf Gewährleistung durch staatlich formulierte Regularien ist der Hang zu einer verallgemeinerten Haltung „Das ist doch kein Leben mehr“ nicht abzusprechen (Buchtitel des Autors Gerbert van Leonen, Mabuse 2014). Diese sog. schiefe Ebene wird häufig für das niederländische „Euthanasie“-Modell der – Ärzten nach bestimmten Kriterien vorbehaltenen – Tötung auf Verlangen angeführt: Gäbe es erst einmal einen Anspruch auf „Erlösung“, könne dieser leicht zu ihrem vermeintlichen Wohl auch auf nicht (mehr) selbstbestimmungsfähige Patientengruppen ausgedehnt werden, so heißt es. In Deutschland gibt es hingegen keinen Hinweis auf eine Gesetzesinitiative, um die Tötung auf Verlangen etwa durch Ärzte – sei es auch nur unter strengsten Sorgfaltskriterien – zu legalisieren.

In bedrohlicher und erschreckender Weise greift hierzulande eine ganz andere Tendenz im Umgang mit hochbetagten oder sterbenden Patienten um sich. Diese Personengruppe ist einerseits einer klinischen Übertherapie am Lebensende ausgesetzt, die für sie nicht nur keinen Nutzen mehr bringt, sondern eine qualvolle Phase vor dem Tod bedeutet. Die ökonomischen Gründe dieses „Geschäftsmodells“ lassen sich anschaulich so beschreiben: Es wird - auch gegen den Patientenwillen am Lebensende – bis zum Tod intensivmedizinisch beatmet, ferner operiert, katheterisiert, bestrahlt und Chemo-Therapie verordnet, was die Gebührenordnung laut Abrechnungssystem nach Fallpauschalen hergibt. Schwerkranke, geschwächte Patienten oder deren Bevollmächtigte werden genötigt, ihre Zustimmung zu erteilen (Erfahrungsberichte von Matthias Thöns, Patienten ohne Verfügung, Piper 2016 sowie ARD-Magazin *Monitor*, „Beatmet wider Willen – Geschäfte mit Todkranken“ vom 8.9.2016). Zudem ist andererseits eine nicht hinnehmbare Unterversorgung – allgemein- und fachmedizinischer Art, v.a. auch mit dringend erforderlicher Schmerztherapie – in der häuslichen Pflege und in den Heimen zu beklagen. Demgegenüber kann beim Thema Suizidhilfe von einem Klima der Nötigung dazu etwa im Interesse von Pflegeheimen keine Rede sein, vielmehr stößt dort selbst ein natürliches Sterben-Lassen auf Wunsch der Betroffenen in aller Regel auf erheblichen Widerstand.

Mehr Schaden als Nutzen – Verstoß gegen Bestimmtheitsgebot für Strafnormen

Im 3. Kapitel dieser Stellungnahme wird aufgezeigt, inwiefern der Einwand eines Verstoßes gegen das Bestimmtheitsgebot für Strafnormen durch den § 217 StGB begründet ist. Jedenfalls haben weder der Einzelne noch eine gemeinnützige Organisation wie z. B. der Humanistische Verband Deutschlands die Möglichkeit, das Verbot bestimmter Verhaltensweisen verlässlich zu erkennen oder auch nur das Risiko der Strafbarkeit einschätzen zu können.

Es werden die teils erheblichen negativen Folgen dieser Unbestimmtheit nachgewiesen sowie der Umstand, dass eine Praxis ärztlicher Suizidhilfe mit dem Gesetz de facto abgeschafft ist, auch wenn sie aus rein altruistischen Motiven erfolgt. Demgegenüber bleibt eine einmalige und unprofessionelle Suizidhilfe – ggf. mit „brutalen“ Mitteln wie etwa dazu beschafftem Rattengift

oder zusammengemixten Haushaltschemikalien – straffrei, selbst wenn ihr egoistische oder finanzielle Motive zugrunde liegen. Ein Nutzen des Gesetzes, diesem Einhalt zu gebieten, besteht definitiv nicht.

Aufgezeigt werden können vielmehr die unabweisbare „Kollateralschäden“ in den Bereichen Palliativmedizin (gebotene Inkaufnahme einer „indirekten“ Leidensverkürzung), Suizidverhütung sowie allgemein akzeptierter Sterbehilfe inkl. hospizlich begleitetem „Sterbefasten“. Damit bestätigt sich eine Ahnung, die Norbert Lammert bereits im Laufe der Gesetzgebungsdebatte zum Ausdruck gebracht hatte: „Ich bin sehr unsicher ... ob nicht all die von mir sehr respektierten, gut gemeinten Versuche, diese extrem komplexe und notwendigerweise extrem individuelle Lebenssituation durch standardisierte gesetzliche Regelungen verlässlich zu organisieren, am Ende mehr Schaden als Nutzen stiften könnten.“ (Interview im *Tagesspiegel* vom 5. Oktober 2014 auf die Frage: "Muss Politik eigentlich immer handeln – oder kann manchmal Unterlassen das klügere Handeln sein?").

Außer dem eindeutigen Verbot von geschäftsmäßiger Suizidhilfe durch Organisationen bleibt das Gesetz vage und unverständlich hinsichtlich dessen, was im Vorfeld und Umfeld des selbstbestimmten, humanen Sterbens nun vor allem für behandelnde Ärzte verboten und was straffrei sein soll. Unberührt vom § 217 StGB bleibt lediglich das Recht auf Nichteinleitung oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen gemäß dem Patientenwillen. Dies dürfte den klaren Grundlagen durch die zivilrechtlichen Regelungen im § 1901 Abs. 1 und 2, § 1904 und § 630 d BGB geschuldet sein sowie dem „Putz-Urteil“ des Bundesgerichtshofs von 2010 (2 StR 454/09). Ganz anders sieht es jedoch auf den Gebieten im Umfeld der Sterbebegleitung und -hilfe aus, in denen – auch wegen der komplexeren Natur – klare gesetzliche und rechtliche Grundlagen fehlen und es auf die Einzelfallbewertung und Prüfung der Absicht ankommt.

Die schwierige Gratwanderung des Gesetzes besteht darin, dass es die Suizidhilfe noch weiterhin – ein wenig – erlauben will. Ein vollständig strafbewehrtes Verbot soll verfassungsrechtlich mit den Grundentscheidungen des Grundgesetzes unvereinbar und zudem politisch als zu restriktiv nicht gewollt gewesen sein. Eine Gelegenheit zum Suizid, die in extremen Einzelfällen aus ärztlicher Gewissensnot gewährt oder verschafft wurde, soll straffrei bleiben – was allerdings im Gesetzestext nicht qualifiziert ist. Die Strafbarkeit soll nicht etwa (nur) dann gelten, wenn die Suizidhilfe „aus selbstsüchtigen Beweggründen“ erfolgt (wie es etwa im Artikel 115 des schweizerischen StGB heißt). Auch ist im Gesetzestext keine Strafverschonung erkennbar aufgrund eines Dilemmas bzw. ausgeprägten Mitgefühls mit einem Sterbewilligen. Das Verbot zielt vielmehr auf den Tatbestand, dass beliebige Personen, worunter i.d.R. Ärzte fallen, in fördernder Absicht wiederholt die Gelegenheit zur Selbsttötung bieten oder zu erkennen geben, daran mitwirken zu wollen (sog. Geschäftsmäßigkeit, ohne dass dabei eine Gewinnerzielungsabsicht vorausgesetzt wird). Dabei könnte durchaus auch die einmalige Tat eines Arztes aus Gewissensgründen in einer Ausnahmesituation als geschäftsmäßig im Sinne des Gesetzes gelten. Denn der Arzt würde ja in vergleichbaren Situationen voraussehbar erneut ebenso nach seinem Gewissen handeln.

Verfassungsrechtlich fragwürdige Begründungskonstrukte

Im zentralen 2. Kapitel dieser Stellungnahme wird ausführlich dargelegt und begründet, dass die angebliche Verleitung zum Suizid und eine damit einhergehende Einschränkung von

Autonomie- und Lebensschutzrechten auf ständig wiederholten Behauptungen, bloßen Annahmen sowie religiös und ideologisch geprägten Glaubenssätzen beruht. Die zur Gesetzesbegründung angeführten „Dammbuch-Szenarien“ lassen eine Missachtung unserer gesellschaftlichen Lebenswirklichkeit und rechtsstaatlichen Kontrollmechanismen erkennen. Kognitive Begründungsstandards werden grob vernachlässigt.

Die Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes könnte zugespitzt nur unter einer Voraussetzung gegeben sein: Die durch Suizidverleitung bedrohten Lebensschutzrechte anderer müssten gegenüber den durch das Gesetz verletzten Persönlichkeitsrechten der beschwerdeführenden Patienten einen derart höheren verfassungsrechtlichen Stellenwert genießen, dass selbst utopische Schreckensszenarien zu deren strafrechtlich zu sichernder Schutzbedürftigkeit hinreichend wären.

Die durch die Beschwerdeführer dargelegten Rechtsverletzungen sind demgegenüber sehr konkret. Sie betreffen, wie die I. Verfassungsbeschwerde überzeugend darlegt, in einer existentiellen Frage den Kernbereich privater Lebensgestaltung, welcher der Einwirkung öffentlicher Gewalt entzogen bleiben muss. Wie in der II. Verfassungsbeschwerde deutlich wird, war ihnen nach bisheriger Rechtslage gewährt, nach Einhaltung von Regularien und Prüfkriterien mit Hilfe von Ärzten über die Modalitäten ihres Ablebens selbst zu bestimmen.

Dessen ungeachtet wurde es weitgehend als moralisch verwerflich und als anrühiges „Geschäftsmodell“ angesehen, dass und wie Suizidhilfe in den letzten Jahren durch die beschwerdeführenden Vereine für deren Mitglieder angeboten wurde. Für den Gesetzgeber bestand darin der Grund für ein Verbot, welches nur die Vereine sowie Einzelpersonen, bei denen die Suizidhilfe ein Hauptzweck ihrer Tätigkeit darstellt, treffen sollte. Doch geschah dies um den Preis eines schwierigen strafrechtlichen Konstruktes.

Zur Umschiffung verfassungsrechtlicher Klippen musste eine abstrakte Gefährdung als „Schreckgespenst“ aufgebaut werden: Behauptet wird eine tendenziell schon eingetretene oder aber bevorstehende Akzeptanz und Normalität der Beihilfe zur Selbsttötung als einer Dienstleistung, die das Lebensrecht hilfs- und pflegebedürftiger Menschen in Frage stellen oder gar bedrohen würde. Deren Autonomie sei durch die nicht mehr tabuisierte Wahlmöglichkeit zum begleiteten Suizid gefährdet. Gegenüber dem Schicksal und dem Persönlichkeitsrecht von schwerkranken Menschen, die sich wie die Beschwerdeführer zu I. bisher als Mitglieder von Sterbehilfe Deutschland auf mögliche Suizidhilfe in ihrer häuslichen Umgebung verlassen konnten, zeigt sich der Gesetzgeber demgegenüber gleichgültig.

Seine Argumentation ist äußerst fragwürdig, dass durch das erfolgte Verbot verfassungsmäßig ebenso zu garantierende Rechte anderer zu schützen seien – hier angeblich wehrloser und benachteiligter Personengruppen, die sonst gefährdet würden, sich so gut wie ohne eigenen Antrieb selbst zu töten. Es handelt sich um das klassische Missbrauchsargument, welches eigentlich die Sache selbst, nämlich den Suizid, trifft und jedenfalls ohne empirischen Nachweis grundsätzlich unzulässig ist (abusus non tollit usum).

Bewertungsergebnis zur Verfassungsverträglichkeit

Der grundgesetzliche Bezug auf die Menschenwürde erhebt einen hohen Anspruch und hält sich gleichzeitig offen dafür, was die Würde eines Menschen ausmacht – auch als zeithistori-

sches Ergebnis moralischer Auseinandersetzungen und sozio-kultureller Enttabuisierungen bezüglich der persönlichen Gestaltung des eigenen Lebens und Sterbens. Allgemein ist als günstige Voraussetzung dazu anerkannt, zumindest eine Wahlmöglichkeit zu haben. Die konstruierte Theorie, dass dadurch die Selbstbestimmung – entgegen dem landläufigen Verständnis – nicht aufgewertet, sondern umgekehrt eingeschränkt würde, muss als absurd zurückgewiesen werden. Sie gewinnt nicht dadurch an Plausibilität, dass sie gebetsmühlenartig wiederholt wird.

Der Menschenwürdebezug ist und bleibt eine wichtige Grundlage für das Bundesverfassungsgericht bei der Prüfung von Gesetzen. Waren bisher die Grundrechte als Garant für zu entwickelnde Freiheitsrechte und Autonomie auch am Lebensende zu verstehen, erscheinen die Bürger/innen nunmehr immer mehr als Schutzbefohlene, deren individuelle und kollektive Sicherheit der Staat aktiv zu gewährleisten hätte. Dies mag aus liberaler Sicht als bedauerlich erscheinen, wird aber solange als legitim angesehen werden müssen, als sich nicht – wie dies beim § 217 StGB der Fall ist – das staatliche Schutzinteresse in unbegründbarer Weise als präventiv auszuübendes darstellt und damit einen unangemessen hohen Verfassungsrang beansprucht.

Der Gesetzgeber hat, um einer angeblich drohenden Verleitung zum Suizid durch eine gesellschaftliche Dienstleistungsmentalität Einhalt zu bieten, die Strafnorm als „abstraktes Gefährdungsdelikt“ gestaltet. Eine zuverlässige Anwendung durch übliche Auslegungsmethoden oder aufgrund einer bestehenden Rechtsprechung gibt es nicht. Fest steht, dass es bei der diffus und unbestimmt bleibenden Strafandrohung der Förderung gar keine Rolle spielt, ob es überhaupt zu einem Suizid oder auch nur dem Versuch dazu kommt. Das staatliche Schutzinteresse stellt sich hier in fragwürdiger Weise als rein präventiv gegenüber einer fiktiven oder allenfalls potentiell bestehenden Gefährdung dar. Deren Gewicht dürfte keinesfalls ausreichend sein bei der Abwägung gegenüber anderen Grundsätzen unserer Verfassung. Diese beruhen maßgeblich auf einem Autonomie- und auch Selbstvorsorgeprinzip über das eigene Schicksal, auf der Toleranz gegenüber moralischer Wertevielfalt am Lebensende und einer Haltung des Wohlwollens, den Wünschen und dem Willen der Patienten nach besten medizinischen Standards möglichst weitgehend zu entsprechen.

Das Gesetz beschneidet die Freiheit von Menschen, die angesichts bereits eingetretenem oder auch zu erwartendem schweren Leiden ihr Wohl nicht mehr im Weiterleben sehen, sondern im Sterben-Dürfen durch einen sanften Tod. Übereinstimmend mit den Beschwerdeführern hält der HVD es für verfassungswidrig, dieses Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrecht de facto abgeschafft zu haben.

Auch die zahlreichen Lösungsvorschläge der letzten Jahre haben keine verfassungskonforme und praktikable alternative Strafrechtsregelung erlaubt, die „extrem komplexe und notwendigerweise extrem individuelle Lebenssituation“ so zu organisieren, dass sie nicht „mehr Schaden als Nutzen“ mit sich gebracht hätte (siehe oben Zitat von Bundestagspräsident Lammert). Aufgrund dieser Erkenntnis und den weitreichenden und grundsätzlichen Problemen, die der § 217 StGB erzeugt, erscheint auch keine befriedigende Nachbesserung denkbar. Die Strafrechtsregelung sollte deshalb ersatzlos gestrichen werden.

2. Fiktion der Verleitung und Druckausübung zum Suizid

Der Gesetzgeber sieht die Gefahr, dass der „fatale Anschein einer Normalität“ und schlimmstenfalls sogar der sozialen Gebotenheit der Selbsttötung entsteht und dadurch auch Menschen verleitet werden könnten, sich selbst zu töten, die dies ohne ein Assistenzangebot aus eigenem Antrieb nicht täten. Das Gesetz richtet sich nicht gegen ein Tatgeschehen, in dem sich der Suizidhelfer der Verleitung einer konkreten Person schuldig gemacht hätte, die sich wegen mangelhafter Aufklärung über Alternativen, einer akuten Belastungssituation oder latenter Unentschiedenheit als nicht frei und nachhaltig willensfähig erwiesen hätte. Denn dies war – auch ohne Aufnötigung – vor Verabschiedung des § 217 StGB immer schon als Tötungsdelikt strafbar, insofern dann die (geistige) Tatherrschaft auf den Suizidhelfer übergeht. Liegt aber Hilfe zu einem freiverantwortlichen Suizid vor, dann kann diese nicht dadurch zu einer rechtsgutverletzenden Straftat erklärt werden, dass sie wiederholt erfolgt. Zum verfassungsmäßig tragfähigen Verbotgrund hat der Gesetzgeber vielmehr eine im öffentlichen Gemeinschaftsinteresse liegende angebliche Schutzbedürftigkeit vor abstrakter Gefährdung v.a. einer wehrlosen, vulnerablen Personengruppe erklärt. Diese könnte durch leicht verfügbar werdende Gelegenheiten zu einer – womöglich übereilten – Disposition über ihre Lebensbeendigung gedrängt werden.

Die Einschätzungen, von denen der Gesetzgeber ausgegangen ist, entbehren einer rationalen und empirischen Grundlage. Die zum Ausdruck gebrachte Sorge des Gesetzgebers ist geprägt durch Begriffe wie „zur Last fallen“, zur Selbsttötung „verleitet“ oder „genötigt“ werden, einem sozialem „Druck ausgesetzt sein“ durch eine zukünftig völlig „normal“ gewordene „Dienstleistung“ zur Suizidhilfe. Diese Vorstellungen lassen sich darin bündeln, dass bei den beeinträchtigten Personen durch eine mögliche Suizidhilfeoption ihre „wahre“ Selbstbestimmung gemäß ihrem Wohl und ihrem eigentlichen Lebenswillen gefährdet sei.

Die notwendigen Belege dafür erbringen zu müssen, dürfte auf Seiten des Gesetzgebers liegen, von wo jedoch nur Vermutungen, Behauptungen und Vorurteile vorgetragen werden. Die Entscheidung über ein neues Strafgesetz ist jedoch nicht nach bestimmten – etwa christlich-religiösen – Moralvorstellungen und Stimmungsbildern zu treffen, sondern auf Basis kognitiver Standards. Dazu gehören eine redliche, nachvollziehbare und nicht im Widerspruch zu Empirie und Logik stehende Argumentation. Dass es daran mangelt, zeigt sich deutlich anhand der Analogie zum – inzwischen völlig normal gewordenen – Instrument der Patientenverfügung. Ferner wird man die Lebenswirklichkeit in Deutschland zur Kenntnis zu nehmen haben. Auch die empirische Forschung zur Suizidhilfe im internationalen Vergleich kann hinzugezogen werden, wenngleich rein quantitative Daten keine hinreichenden Schlussfolgerungen in die eine oder andere Richtung erlauben.

Mit einem unverstellten und nicht selektiven Blick haben sich – wenngleich nicht unter derselben Beweislast wie der Gesetzgeber stehend – auch die Befürworter von Suizidhilfe und Gegner des § 217 StGB den Realitäten zu stellen. Dazu ist anzuerkennen, dass der Begriff der Autonomie nie isoliert nur das Individuum betreffen kann, sondern dass Abhängigkeiten durch menschliche Beziehungen und Einflussnahmen zu berücksichtigen sind, denen es ausgesetzt ist und in denen es selbst agiert.

Widerlegte Behauptung von einer Gefährdung der Patientenautonomie

Genau dieselbe Argumentationsfigur der Verleitung und Gefährdung wehrloser, vulnerabler Menschen zu ihrer frei gewählten „Selbstentsorgung“ wurde bereits vor etlichen Jahren vorgebracht, allerdings auf einen verwandten Problemkreis bezogen: die Verbindlichkeit der im Bürgerlichen Gesetzbuch normierten Patientenverfügungen. Im Vorfeld dieser Gesetzgebung (Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29. Juli 2009) wurde massiv die Option eines Verzichts auf lebensverlängernde Maßnahmen durch dieses polemisch auch Sterbe- oder Suizidverfügung genannte Selbstbestimmungsinstrument angegriffen.

Auch vor deren Gefahren für den Lebensschutz war in Bundestagsdebatten eindringlich gewarnt worden, unterstützt etwa von namhaften Professoren im sog. Freiburger Appell. Darin heißt es: „die Propagierung von Patientenverfügungen“ würde „die Solidarität der Gesellschaft mit denen, die ihr Leben trotz der schweren Krankheiten und Behinderungen leben wollen“ in Frage stellen: „Es erscheint dann möglicherweise nicht mehr tunlich, ein Leben mit schwerer Krankheit und Behinderung ... leben zu wollen. Der verbreitete Last-Diskurs kann den Druck der Mitglieder der Gesellschaft erhöhen, ‚selbstbestimmt‘ Sorge dafür zu tragen, der Gesellschaft im Falle schwerer Pflegebedürftigkeit, Demenz und chronischer Krankheit nicht zur Last zu fallen.“ (Freiburger Appell „Cave Patientenverfügung“ der Professoren Thomas Klie und Christoph Student, 2007). In diesem Sinne fordern die katholische und die evangelische Kirche in ihren 2011 gemeinsam entworfenen Materialien zur „Patientensorge“ bis heute dazu auf, die seit 2009 vom Gesetzgeber eröffneten Patientenrechte zur unbegrenzten Untersagung lebensverlängernder Maßnahmen nicht zu nutzen (vgl. „Kirchen raten zu Verzicht auf Patientenrechte“, *Die Welt*, 26.1.2011).

Die behaupteten angeblichen Gefährdungen durch die Patientenverfügungen sind, wie gezeigt, identisch mit den Begründungen für das Gesetz zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Konsequenterweise müsste auch im Vorfeld die Verschaffung, Vermittlung oder gar Bewerbung von Gelegenheiten zum vorzeitigen Ableben durch Patientenverfügungen unterbunden werden. Inzwischen gibt es unzählige Vereine, Rechtsanwälte sowie zunehmend kommerzielle Anbieter, die die gebührenpflichtige Abfassung von Patientenverfügungen zu einem rentablen Geschäftsmodell (auch im Internet) entwickelt haben. Darunter befinden sich einfach nur zu unterschreibende Musterformulare zum „Sterben-Lassen“. Auch das Angebot zur gebührenpflichtigen späteren Durchsetzung von verfügbaren Sterbewünschen kann dazu gehören. Aber nur in Bezug auf eine ja nur sehr schwer zu erhaltende Suizidhilfe, nicht aber auf die längst zur Normalität gewordenen massenhaften Schriftstücke zum „Sterben-Lassen“ soll die Einschätzung des Gesetzgebers gelten: „Ohne die Verfügbarkeit solcher Angebote würden [insbesondere alte und/oder kranke Menschen] eine solche Entscheidung nicht erwägen, geschweige denn treffen. Solchen nicht notwendig kommerziell orientierten, aber geschäftsmäßigen, also auf Wiederholung angelegten Handlungen ist deshalb zum Schutz der Selbstbestimmung und des Grundrechts auf Leben auch mit den Mitteln des Strafrechts entgegenzuwirken.“ (Bundestags-Drucksache 18/5373, S. 2)

Hier treten Widersprüche und Willkürlichkeit der Bewertung zutage. Bei der möglichen Verleitung zum Verzicht (oder Abbruch) einer (schon eingeleiteten) lebensverlängernden Behandlung kommt heute kaum jemand mehr auf die Idee, dass es einen autonomiegefährdenden Konflikt

aufgrund des Eigeninteresses eines anbietenden Beraters gibt. Dieser schwerwiegende Verdacht richtet sich ausschließlich auf die Mitarbeiter von Sterbehilfeorganisationen, auch wenn nachweislich gar keine finanziellen Anreize im Spiel sind und der Grund, anderen nicht zur Last zu fallen, für die Gewährung von Suizidhilfe durch die beschwerdeführenden Organisationen keinesfalls hinreichend ist.

Interessenkollisionen zum Lebensschutz sieht der Gesetzgeber „immer dort entstehen, wo ein (auch nicht finanziell motiviertes) Eigeninteresse der Suizidhelferinnen und -helfer an der Durchführung der Selbsttötung besteht.“ Durch ihre Tätigkeit werde „die personale Eigenverantwortlichkeit, welche die Straflosigkeit des Suizids begründet, beeinflusst und damit bestehe „eine zumindest abstrakte Gefährdung höchstrangiger Rechtsgüter, nämlich des menschlichen Lebens und der Autonomie des Individuums.“ (Bundestags-Drucksache 18/5373, S. 12). Tatsächlich ist nicht erkennbar, worin die Verfolgung eines eigenen Interesses, zumal eines dem Lebensinteresse von Klienten oder Mitgliedern entgegenstehendes, liegen sollte. Die Suizidhilfeorganisationen haben eigene Verhaltensnormen bzw. ethische Grundsätze und Sorgfaltskriterien entwickelt, um eine Beeinflussung durch das Umfeld, v.a. aber durch eine vorübergehende bzw. behandelbare Depression, auszuschalten. Aber auch dann, wenn die Willensfähigkeit des Sterbewilligen zweifelsfrei gegeben ist, wird keinesfalls jeder Suizidhilfewunsch erfüllt. Angesichts der mit einer Suizidhilfe verbundenen enormen organisatorischen, zeitlichen und auch emotionalen Belastungen gilt dies auch für sog. Einzeltäter (siehe Uwe Christian Arnold, Letzte Hilfe, Rowohlt 2014). So ist es für einen Sterbewilligen extrem schwierig bzw. nahezu unmöglich, an sie überhaupt „heranzukommen“, da sie ihre Kontaktdaten aus Eigenschutz öffentlich nicht preisgeben und geheim halten.

Eine suggestive Verleitung wie: „Es gibt doch Angebote, wenn Sie sich jetzt lieber selbst töten möchten“, dürfte völlig unrealistisch sein. Viel einfacher wäre zur Bewerbung einer Patientenverfügung vielmehr zu fragen: „Möchten Sie sich nicht auch, wenn das Leben zur Last geworden ist, eine weitere Behandlung auf einer Intensivstation ersparen und stattdessen nur noch großzügige Schmerztherapie?“ Doch der Gesetzgeber teilt – völlig zu Recht – nicht etwa die Sorge um die Schwächung der „wahren“ Selbstbestimmung durch Patientenverfügungen: „Diese Hilfen und Instrumente zur Stärkung der Autonomie auch am Ende des Lebens können zu mehr Sicherheit verhelfen und die eigene Entscheidung stärken, ob und welche medizinischen Maßnahmen gewünscht sind oder unterlassen werden sollen“. (Bundestags-Drucksache 18/5373, S. 9). Tatsächlich gibt es seit Inkrafttreten des „Patientenverfügungsgesetzes“ 2009 keine Anzeichen, dass sich Menschen rechtfertigen müssten, weiterleben zu wollen. Es ist weder in der Literatur noch in der Praxis ein Fall bekannt geworden, dass jemand gedrängt worden wäre, statt angebotener Therapie tunlichst einen Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen zu wählen. Erst recht gibt es keinen Beleg für eine abstrakte Druckausübung oder konkrete Nötigung, die Möglichkeit eines schnellen, selbst durchzuführenden Todes durch verfügbare Suizidhilfe zu erwägen.

Abkehr des Gesetzgebers von kognitiven Begründungsstandards

Man möchte fast sagen: Damit ist der Tiefpunkt einer kognitiven Nachvollziehbarkeit und der Gipfel der Willkür erreicht, was die jeweilige Bewertung einer vermeintlichen Gefährdung oder Stärkung von Patientenautonomie betrifft. Denn einerseits wird dem Einzelnen mittels

§§ 1901a ff BGB eröffnet, für den späteren Fall der Einwilligungsunfähigkeit im Vorfeld und ohne jegliche Fachberatung auch jahrelang vor der eingetretenen Krisensituation eine verbindliche Anordnung über seinen gewünschten „vorprogrammierten“ Tod zu treffen. Eine solche Möglichkeit zur Stärkung seiner Autonomie wird ihm hier sogar vom Gesetzgeber nahegelegt. Dieser will ihm im gleichen Atemzug das Recht vorenthalten, organisierte Suizidhilfe im akuten Zustand der Willensfähigkeit in Anspruch nehmen zu können, wenngleich ihm doch – wie von den beschwerdeführenden Organisationen – zum Schutz seiner Autonomie ein anspruchsvolles und zeitaufwändiges Prüfverfahren auferlegt wird.

Zwar wird man fragen können, ob auch zukünftige, andere Anbieter „organisierter“ Suizidhilfe dieselbe qualitativ hochwertige Überprüfung der Willensmängelfreiheit und Ernsthaftigkeit des aktuellen Selbsttötungsentschlusses vornähmen. Davon wäre aber auch auf der Grundlage der vormals geltenden Rechtslage auszugehen. Denn immer schon galt die Hilfe zu einem nicht auf freier Willensbildung basierenden Suizid als Straftatbestand, der auch schon in Deutschland verfolgt worden ist (vgl. Pressemitteilung Hamburger Oberlandesgericht „Strafverfahren wegen des Verdachts des Totschlags“ vom 15.06.2016).

Bei den Prüf- und Dokumentationsverfahren der beschwerdeführenden Organisationen handelt es sich nicht um eine freiwillig erbrachte psychosoziale Betreuungszusatzleistung, sondern um eine notwendige rechtliche Absicherung. Diese hätten auch alle zukünftigen Anbieter von Suizidhilfe zu leisten gehabt – eines neuen Strafrechtsparagraphen bedurfte es dazu jedenfalls nicht. Es gibt auch keine empirische Begründbarkeit zum notwendigen Schutz vor einer übereilten oder fremdbestimmten Selbsttötung. In allen Staaten, die einen assistierten Suizid zugelassen haben oder tolerieren, gibt es Hürden vor der möglichen Inanspruchnahme einer solchen Hilfeleistung, auch solche zur Überprüfung der zugrundeliegenden Krankheitssituationen. Deren Einhaltung für einen wirkungsvollen Schutz ließe sich dokumentieren und überprüfen. Wenn ein Zusammenhang zwischen organisierter Suizidassistenz und Autonomiegefährdung tatsächlich bestünde, wären auch verwaltungstechnische Sicherungsmechanismen zu etablieren gewesen. Es müssen also andere Motive für das Gesetz angenommen werden, die eher in Glaubenssätzen und weltanschaulich bedingten Vorurteilen zu suchen sind.

Dammbrechtszenarien, kirchliche Glaubenssätze und Fehlschlüsse

Der Suizid als solcher wird von den abrahamitisch-monotheistischen Religionen (Judentum, Christentum und Islam) grundsätzlich als sündhaft, verwerflich und gegen ihren Gott gerichtet abgelehnt, was eine legitime und zu respektierende Position in der pluralistischen Gesellschaft darstellt. Zugespitzt könnte man aber fragen, wer aufgrund welcher Interessenlage solche gesellschaftlichen Dammbrechtszenarien entwirft, wie eingangs beschrieben: Die Tür für organisierte Suizidhilfe nicht fest zu verschließen bedeute, die Schutzbedürftigsten über eine Schwelle zu drängen, die sie selbst gar nicht überschreiten wollten.

Dahinter wäre der Versuch zu vermuten, einem in der modernen Gesellschaft schwindenden religiösen Einfluss, insbesondere in dessen Kernbereich des Umgangs mit Tod und Sterben, entgegenwirken zu wollen. Dies gilt etwa für einen Wandel von paternalistischer Moral zu subjektiver Ethik mit schwindendem Gottesbezug (vgl. dazu Lukas Rhiel, Das Dammbrech- oder Slippery-Slope-Argument in der Debatte zur Sterbehilfe, in: Vorgänge - Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik Heft 2/3, 2015). Die zunehmende Abkehr von einer nicht mehr

mehrheitsfähigen Sittlichkeitsvorstellung (nämlich des prinzipiell unter allen Umständen als unmoralisch zu verdammenen "Selbstmords") wird als Indiz für das Auseinanderfallen unseres Gemeinwesens gewertet. Gemeinsam begrüßt wurde demzufolge das Gesetz am Tage seiner Verabschiedung in einer Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Mit der heutigen Entscheidung ... haben die Abgeordneten des Deutschen Bundestages ein starkes Zeichen ... für die Zukunft unserer Gesellschaft und ihren Zusammenhalt gesetzt.“ (Gemeinsame Erklärung der Kirchen „Eine Entscheidung für das Leben und für ein Sterben in Würde“ vom 6.11.2015). Beim verabschiedeten § 217 StGB handelt es sich – bis auf eine geringfügige Wortumstellung – um die Übernahme des im Jahr zuvor veröffentlichten gleichlautenden Vorschlags einer vom römisch-katholischen Malteserorden gegründeten Stiftung (siehe oben und Gesetzentwurf von 2014 unter: www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/PID2014/Gesetzentwurf_Strafbarkeit_Foerderung_Selbsttoetung_PI_D_2_2014.pdf). Der Gesetzgeber hat damit eindeutig gegen die anderslautenden Vorstellungen zur Suizidhilmöglichkeit einer nachweislichen Bevölkerungsmehrheit verstoßen. Daraus könnte der Schluss gezogen werden, dass das Rechtsprinzip der weltanschaulichen Neutralität des Staates nicht hinreichend beachtet wurde.

Tatsächlich entspricht auch die Gesetzesbegründung – in der zentralen Begrifflichkeit identisch – den angeblich auf „Erfahrung“ beruhenden Behauptungen und Unterstellungen eines Gesellschaftsbildes, welches die Katholische Kirche wie folgt zeichnet: „Wenn die Beihilfe zur Selbsttötung zur gesellschaftlich akzeptierten Normalität wird, schafft dies – wie die Erfahrung zeigt – ein gesellschaftliches Klima, das das Lebensrecht hilfs- und pflegebedürftiger Menschen in der Endphase ihres Lebens in Frage stellt. ... Damit gefährdet die Erlaubnis der Suizidbeihilfe genau jene freie Willensäußerung schwerstkranker und dem Tod naher Personen, die sie zu schützen vorgibt.“ Weiter heißt es: „Es darf aber nicht sein, dass jemand unter Druck gerät, den ‚Todeswunsch‘ zu äußern oder sich rechtfertigen zu müssen, weiterhin leben zu wollen.“ (Gemeinsame Stellungnahme des Zentralkomitees der deutschen Katholiken mit der Katholischen Aktion Österreich und der Arbeitsgemeinschaft Katholischer Verbände vom 28. 10. 2014).

Damit, dass etwas nicht sein darf, ist kein einziger Hinweis gegeben auf eine tatsächliche Ausübung von Druck bzw. auf eine Verleitung, Suizid zu begehen. Dazu muss vielmehr ein Verbindungsglied konstruiert werden. Dieses lautet: Akzeptierte Normalität der Hilfe zum Suizid als einer für alle zukünftig leicht verfügbaren Dienstleistung. Auch da gilt: Niemand wird einen einzigen Beleg dafür vorweisen können, dass in Deutschland Suizidhilfe einfach zu bestellen bzw. zu erhalten wäre. So müssen auf das Ausland bezogene Prognoseableitungen für die Notwendigkeit der gesetzlichen Regelung erhalten: „Es handelt sich bei diesem Phänomen also um ein aktuelles, die Gegenwart prägendes und – soweit auch aus den Zahlen bei den europäischen Nachbarn ersichtlich – in der Tendenz zunehmendes Problem.“ (Bundestags-Drucksache 18/5373, S. 9)

Wenn allein ein Anstieg der vorliegenden Zahlen von Suizid- und Sterbehilfefällen aus unseren Nachbarländern als „zunehmendes Problem“ bezeichnet wird, bedeutet dies, dass man auch diese kontrollierten und ärztlich begleiteten Formen selbst – mithin ihre gesellschaftliche und rechtliche Akzeptanz – als zivilisatorische Katastrophe betrachtet. Wieso zwangsläufig eine Gefahr für vulnerable, benachteiligte Menschen entstehen soll, kann allerdings nicht hergeleitet, sondern nur immer wieder aufs Neue als Glaubenssatz behauptet werden, wobei gehäuft Begriffen wie „könnte“, „drohte“, „würde“ einfließen. Doch dann wird als Beleg für die Vermu-

tungen wieder angeführt, sich auf belastbares Zahlenmaterial, eben die Fallzahlen im Ausland, stützen zu können. Diese würden ja angeblich demonstrieren, dass immer mehr Menschen, also auch besonders schützenswerte Schwache, in den Suizid gedrängt werden – eine kühne Auslegung.

Dabei wäre auch eine ganz andere Erklärung möglich: Eine zunehmende Enttabuisierung in Verbindung mit nachlassender Bindung an entgegenstehende Glaubensvorschriften und einer wachsenden Bereitschaft zu autonomen Entscheidungen am Lebensende führt zu einer zunehmenden Zahl freiverantwortlicher Lebensbeendigungen. Dabei handelt es sich nicht etwa um Verzweiflungstaten schwacher, „abgehängter“, wehrloser Menschen. Organisierte oder ärztliche Hilfe dazu wird vielmehr – aufgrund von Einschränkungen ihrer beanspruchten Lebensqualität – von eher Wohlhabenden und Gebildeten mit einem entsprechenden Selbstbewusstsein, Reflexions- und Planungsvermögen in Anspruch genommen. Dies zeigen alle Erkenntnisse aus der Schweiz ebenso wie in Oregon/USA, wo Suizidhilfe unter bestimmten Konditionen zulässig ist. (Vgl. Florian Rötzer, Sterbehilfe: Option für Wohlhabende und Gebildete, 19.02.2014, www.heise.de/tp/artikel/41/41035/1.html und Margaret Battin et al.: Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in “vulnerable” groups; J Med Ethics 2007; 33:591–597)

Empirische Erhebungen im internationalen Vergleich

Aus Oregon (exemplarisch für inzwischen vier weitere Bundesstaaten in den USA) dürfen Ärzte seit 1997 unter strengen Bedingungen Schwerstkranken mit begrenzter Lebenserwartung ein tödliches Mittel verschreiben – wobei etwa ein Drittel dieser Menschen das Mittel letztlich nicht einnimmt und eines natürlichen Todes stirbt. Die wichtigsten Ergebnisse der Forschung aus Oregon:

- Patienten, die um Suizidhilfe bitten, tun dies aus dem Wunsch heraus, den eigenen Todeszeitpunkt angesichts eines bevorstehenden Sterbens selbst in der Hand zu haben und sich vor unnötigem Leid und Würdeverlust zu bewahren. Sie sind i.d.R. alt und haben einen verhältnismäßig hohen gesellschaftlichen und bildungsmäßigen Status.
- Die staatliche Überprüfung lässt seit 1997 keine Verstöße gegen die Regularien erkennen. Die Verfügbarkeit von Suizidhilfe geht einher mit einer hervorragend entwickelten Palliativbetreuung (90% der Suizidenten wurden palliativ betreut).
- Es gibt keinerlei Hinweis, dass Suizidhilfe von sozial Schwachen oder wehrlosen Hochbetagten vermehrt im Anspruch genommen wird oder dass Angehörige durch die Pflege dieser Patienten besonders belastet gewesen wären.

Die Situation in den Niederlanden (entsprechend in Belgien), wo – unter bestimmten gesetzlichen Regularien – seit 2001 die ärztliche Tötung auf Verlangen erlaubt ist:

- Die Zahlen der dort sog. Euthanasie steigen stetig an, 90% der niederländischen Ärzte befürworten diese Möglichkeit, mehr als die Hälfte hat sie schon praktiziert.
- Tötungen ohne ausdrückliche Bitte des Patienten (im Graubereich zur „terminalen Sedierung“ im Sterbeprozess) kommen vor.
- Vier von fünf Patienten, die durch Euthanasie sterben, leiden an Krebs im Endstadium und haben eine Lebenserwartung von weniger als einem Monat.

- Die aktuellen Debatten kreisen um die Frage, ob und unter welchen Umständen auch weitere Personengruppen diese Formen von Sterbehilfe auf Verlangen erhalten dürfen.
- Die Versorgung alter, dementiell erkrankter oder sterbender Menschen ist international anerkannt auf einem sehr hohen Niveau.

(Siehe Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft, idw-online.de/de/news632867)

Laut Statistiken aus den verschiedenen Ländern mit einer jahrzehntlang etablierten Regelung der Suizidhilfe (Beispiel Oregon/USA und Schweiz) bzw. auch der Tötung auf Verlangen (Beispiel Niederlande) liegen laut letztem wissenschaftlichen Vergleichsstand 2014 folgende Prozentzahlen vor: ca. 0,25 % jeweils aller Sterbefälle in Oregon, ca. 4 % in den Niederlanden und knapp 1 % in der Schweiz, die damit im Mittelfeld liegt. (Graphik auf www.suizidhilfe-tagung.de 2015; vgl. auch G. D. Borasio et. al., Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben, Stuttgart Kohlhammer 2014, S. 56). Betroffen von positionell und weltanschaulich geführten Kontroversen ist insbesondere die Interpretation, ob ein zahlenmäßiger Anstieg als gefährlich hoch einzuschätzen ist oder als eher gering und zudem als Ergebnis von Faktoren wie etwa einer älter werdenden Bevölkerung.

Entsprechend dokumentierte Daten können in Deutschland mangels staatlicher Erhebung nicht vorgelegt werden. Exakte Zahlen gibt es aber von der Organisation Sterbehilfe Deutschland e.V. (StHD), die als einzige auf deutschem Boden Suizidassistenten anbietet. Diese wurde von StHD in den sechs Jahren ihres Bestehens seit 2009 in 254 Fällen ermöglicht. Das sind auf das Jahr bezogen durchschnittlich rund 0,005 % aller Sterbefälle in Deutschland. Wollte man die Anzahl durch sonstige Suizidhilfefälle verdoppeln und dann die Gesamtzahl verzehnfachen, so wären es 0,1 Prozent. StHD verzeichnet 1.350 eingetretene Mitglieder in der Zeit von 2009 bis zum Verbot im Dezember 2015 - abzüglich Austritte und Todesfälle.

Die kontroversen Bewertungen zeigen vor allem eines: Zahlen vermögen weder die eine noch die andere Interpretationsweise zu bestätigen oder zu widerlegen. Umso bemerkenswerter ist es, dass die Gesetzgebung den § 217 StGB nichtsdestotrotz auf Zahlen meint gründen zu können: „In Deutschland nehmen Fälle zu ... Dadurch droht eine gesellschaftliche ‚Normalisierung‘, ein ‚Gewöhnungseffekt‘ an solche organisierten Formen des assistierten Suizids, einzutreten“ (Bundestags-Drucksache 18/5373, S. 2). Dabei gelte: „Insbesondere alte und/oder kranke Menschen können sich dadurch zu einem assistierten Suizid verleiten lassen oder gar direkt oder indirekt gedrängt fühlen“ (ebd.). Und weiter heißt es: „Aktuelle Berichte über die Entwicklung in der Schweiz weisen in diese Richtung. Dort ist nach Medienberichten die Zahl der assistierten Suizide stark angestiegen. Danach haben sich im Jahr 2014 25 Prozent mehr Menschen als im Vorjahr zum assistierten Suizid entschieden“ (ebd., S. 9). Die extrem unterschiedlichen Zahlenwerte ergeben sich je nachdem, ob absolute Zahlen oder relative zur Gesamttodesrate (das wären zum Stand 2014 in der Schweiz nicht 25 Prozent, sondern 1 Prozent) präsentiert werden. Dessen unbeachtet bleibt das argumentative Defizit: Hier findet sich nur Quantitatives – ob es zu diesen oder jenen Wirkungen führt oder nicht führt, kann daraus nicht begründet werden. Zudem wird hier wie selbstverständlich davon ausgegangen, dass die Verminderung der Fälle oberste Priorität haben müsse und auch in denen mit meist unerträglichem Leiden als erstrebenswert anzusehen wäre.

Haltung der Bevölkerung zur Selbsttötung und Lebenswirklichkeit

Umfragen belegen, dass etwa 40 - 50 % der Interviewten zustimmt, wenn gefragt wird, ob bei einer „Freigabe“ ärztlicher Suizidassistenten oder aktiver Sterbehilfe Schwerkranken, Pflegebedürftige oder ältere Menschen sich mehr als bisher zum vorzeitigen Tod gedrängt fühlen könnten. Man glaubt also, es könnte so kommen – was angesichts zunehmender Pflegebedürftigkeit und Demenzerkrankung bei gleichzeitig geringer werdenden Möglichkeiten der familiären Pflege nicht verwundert. (Siehe „Sterben? Sorgen im Angesicht des Todes“, Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage des Sozialwissenschaftlichen Institutes der EKD, 2015).

Auf der anderen Seite haben alle Umfragen stabil bestätigt (siehe z. B. Infratest-dimap 2014), dass die überwältigende Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger – und zwar für sich persönlich – im möglichen Zugang zur ärztlichen Sterbe- und Suizidhilfe ein wesentliches Element der Selbstbestimmung am Lebensende sieht. Das besagt jedoch keineswegs, dass den Menschen in Deutschland etwa das Gespür für die moralische Fragwürdigkeit insbesondere gewerbsmäßiger Hilfe dazu abhandengekommen wäre. Dies bestätigen auch Erfahrungen des HVD, z. B. bei über viele Jahre durchgeführten Informations- und Diskussionsveranstaltungen. Robust bleibt als Grundhaltung eine empfundene Verwerflichkeit besonders in Zusammenhang mit „Geschäftemacherei“. Auch existiert die zwar abstrakte, aber emotional tiefe Sorge, dass sich pflegebedürftige, hochbetagte und schwerkranke Menschen – etwa im Sinne einer Entlastung der Pflege-, Kranken- und Sozialkassen – nur noch als unerwünschte Kostenverursacher empfinden könnten. Doch bleibt unvorstellbar, dass jemand sie, die meist in stationären Einrichtungen untergebracht sind, ihres Lebensrechtes berauben und zum selbstgewählten Tod verleiten würde, den sie dann selbst auszuführen hätten. Durch wen konkret sollten diese Patienten manipuliert werden, um assistierte Suizidhilfe zu bitten oder diese anzunehmen - durch überlastete Familienmitglieder, skrupellose Ärzte oder um ihre Finanzen besorgte Krankenversicherungen?

In der Bevölkerung wird nach wie vor die Selbsttötung als außerhalb jeder Norm angesehen. Diese ablehnende Bewertung kehrt sich in Umfragen allerdings um, sobald es sich ausschließlich um schweres, „sinnloses“ Leiden bei einer tödlichen Erkrankung handelt, zu deren möglicher Beendigung dann Unterstützung durch einen verantwortlichen Arzt des Vertrauens gewünscht wird. Zwar gibt es eine Ausweitungstendenz hinsichtlich des Alterssuizids bei schwerwiegender Multimorbidität und auch zur Vorbeugung bei fortschreitender Demenz. Doch soll damit eine zunehmende Haltung sozialer „Normalität“ gegenüber der Selbsttötung eines Menschen behauptet werden? Dagegen spricht auch, dass bei Angehörigen, Freunden, Arbeitskollegen, Mitschülern eines Suizidenten regelmäßig Bestürzung und Fassungslosigkeit ausgelöst wird. Es entstehen oft andauernde Schuldgefühle darüber, die Gefährdung des Betroffenen nicht erkannt und seinen Tod nicht verhindert zu haben. Würde sich diese Mentalität aber spätestens mit Ausbreitung der organisierten Suizidhilfe ändern, wie diese doch für die Schweizer Bevölkerung schon als ganz normal anzusehen ist? Wissenschaftlich durchgeführte Interviews mit Angehörigen von Schweizer/innen, die dort Suizidhilfe in Anspruch genommen haben, ergaben: Immerhin die Hälfte hatte ernsthafte und belastende moralische Zweifel noch weit über den Tod des Suizidenten hinaus, verheimlichte die Todesart vor dem Umfeld oder sah sich von Stigmatisierung betroffen (Claudia Gamondi: Families' experiences with patients who died after assisted suicide, Oxford University Press 2013).

Der Begriff der „Normalisierung“ wird in der Debatte und Gesetzesbegründung irreführend verwendet. Als Normalität kann offenbar der Wunsch einer großen Bevölkerungsmehrheit nach der Hilfsmöglichkeit bei einer selbstbestimmten Lebensbeendigung im Notfall am Lebensende betrachtet werden. Demgegenüber kann nicht die Rede davon sein, dass der assistierte Suizid zu einer normalen Therapieoption werden würde. In einer von der Bundesärztekammer in Auftrag gegebenen Erhebung zum „Ärztlich begleiteten Suizid“ aus Sicht der deutschen Ärzteschaft gaben 37 % der Befragten an, eine solche im Einzelfall bei einem Patienten in Betracht zu ziehen (Institut für Demoskopie Allensbach 2010). Dabei stehen in Deutschland die Ärzte der Suizidhilfe viel skeptischer gegenüber als die allgemeine Bevölkerung – sicher auch, weil man die Zumutung einer zu hohen eigenen Bürde fürchtet. Es besteht die nahezu einhellige Auffassung im Rahmen der Ärzteschaft, dass die Suizidhilfe keinesfalls als reguläre ärztliche Aufgabe aufgefasst werden darf, sondern allenfalls in Ausnahmefällen schweren, unheilbaren Leidens in Frage kommt. Auch nur ein Signal, dass das Recht auf Leben mit Behinderung oder schwerer Krankheit insbesondere bei benachteiligten bzw. finanziell schwachen Bevölkerungsgruppen bedroht wäre, ist nicht erkennbar.

Suizidvorhaben und Autonomie im sozialen Kontext

Die folgenden Erfahrungen entstammen aus der über 25jährigen Selbsthilfegruppen- und Lebenshilfepraxis des HVD (vgl. Gita Neumann [Hrsg.], Suizidhilfe als Herausforderung, Alibri 2012). Es wäre eine weltfremde und ideologische Sicht, wollte man eine mögliche Beeinflussung von außen auf die Einstellung zum Suizid verneinen. Auch ist rein theoretisch eine mögliche Bedrängung zum Suizid nicht völlig auszuschließen, aber bisher kein Fall bekannt geworden. Im Gegenteil wurde in allen Situationen, in denen eine Suizidabsicht zur Sprache gekommen ist, von Klient/innen problematisiert, dass von den Angehörigen zunächst zumindest Unverständnis in Bezug auf das Vorhaben geäußert wurde oder Widerstand zu erwarten ist. Teilweise wurde deshalb davon Abstand genommen, das Umfeld einzuweihen. Wenn Druck von Angehörigen ausgeübt wurde, dann regelhaft dahingehend, sich nicht das Leben zu nehmen, dies der eigenen Familie nicht antun zu dürfen – was bis zum Psychoterror mit Androhung von Zwangsmaßnahmen gehen kann. Eine umgekehrte Verleitung im sozialen Kontext zur Selbsttötung scheint nicht reell möglich. Vielmehr mag es oft leichter fallen, Hilfen als Alternative zum Suizid anzubieten, als dass schwerranke oder hochbetagte Menschen diese annehmen können oder wollen.

Für jemanden, der sein ganzes Leben auch immer am Wohlergehen seiner Kinder, der Familie oder Werten einer (sogar staatlich definierten) Gemeinschaft orientiert hat, kommt es vor, auch die Interessen anderer im Verhältnis zu seiner „bloß noch biologischen“ Weiterexistenz, wie es dann vom Betroffenen heißen kann, mit einzubeziehen. Die Gesellschaft bzw. die Krankenkassen vor Kosten zu bewahren, damit anderen, vielleicht jüngeren Menschen mehr Leistungen zukommen können, spielt manchmal als Gedanke bei besonders sozial orientierten Menschen (auffallend bei vor allem in der DDR sozialisierten) eine Rolle, jedoch nicht als tatsächliches Motiv für den selbstgewählten Tod. Menschen können auch deshalb einen Suizid erwägen, um Angehörige vor sehr belastender häuslicher Pflege oder vor finanziellen Folgen eines Heimaufenthalts zu bewahren und ihnen dabei das Erbe eines vielleicht entbehrensreich erbauten Eigenheims zu erhalten. Es sei dahingestellt, ob dies als ethisch verwerfliches Motiv anzusehen

wäre. Jedenfalls ist es nach allen Erfahrungen des HVD nie ein dominantes, sondern allenfalls ein zusätzliches Motiv zum „sich selbst nur noch eine Last“ sein.

Bestätigt werden kann allerdings, dass es vereinzelt Fälle v.a. von Menschen mit Behinderungen gibt, die sich durchaus von zulässiger Sterbe- und Suizidhilfe subjektiv bedroht fühlen. Es handelt sich um Menschen, die vielleicht seit Jahren wegen schwerer Mobilitätseinschränkung auf umfassende Hilfe angewiesen sind, Erfahrungen der Ausgrenzung und des zermürbenden Kampfes um Gesundheitsleistungen erleben mussten oder die etwa unter Angststörungen leiden. Geäußert wird dann etwa, dass man auf keinen Fall mehr nach Holland fahre, da dort Menschen von Ärzten umgebracht würden (und auch Österreich nicht durchquere, da dort bei Unfall ohne Zustimmung Organe entnommen würden). Diese Abwehrhaltung macht deutlich, wie weit die Betroffenen davon entfernt sein dürften, sich entgegen ihrer Freiverantwortlichkeit zu einem Suizid verleiten zu lassen. Es müsste dazu wohl ein so starker Druck auf sie ausgeübt werden, Suizidhilfe anzunehmen, wie er auch bereits vor Inkrafttreten des § 217 StGB eindeutig strafbar war. Auch die Tötung von Patienten gegen ihren Willen kann zwar faktisch vorkommen, zählt aber als Mord zu den schwersten Verbrechen.

Angst schürender Hintergrund sind u. a. falsche „Horrormeldungen“ und nicht belegte Behauptungen, die über die Niederlande verbreitet werden. Sowohl in den Medien als auch in der politischen Debatte wurde wiederholt kolportiert, niederländische Pflegeheimbewohner nahe der Grenze hätten, mit dem Button „Doktor, mach mich nicht tot“ ausgestattet, die Flucht vor der Euthanasie ins sichere Deutschland angetreten. Auch die stellvertretende CDU-Vorsitzende Julia Klöckner hat dies als Argument für das geplante Verbot vorgetragen (Julia Klöckner coram publico am 31.3.2014 bei einer Podiumsdiskussion in Edenkoben/Rheinland-Pfalz). In einer Reportage, die u. a. auf Aussagen des niederländischen Journalisten Gerbert von Loenen – einem entschiedenen Gegner der dortigen Sterbehilfe-Entwicklung – beruht, wird dies jedoch als frei erfundenes „Gerücht“ zurückgewiesen (siehe „Auf der anderen Seite“, in: Tagesspiegel vom 16.10.2015).

Bei geschätzten 100.000 Suizidversuchen in Deutschland jährlich, in der überwiegenden Mehrzahl zu wohl über 95 % nicht freiwillensfähig, oft spontan und ungeplant begangen, würde sich allenfalls eine verschwindend kleine Anzahl dem aufwändigen Überprüfungs- und Dokumentationsprozedere einer Suizidhilfeorganisation unterwerfen. Gerade „brutale“ Suizide aus Verzweiflung, misslungene Versuche mit schweren Folgeschädigungen oder auch mit Beeinträchtigten Außenstehender (z. B. Lokführer), können allenfalls durch Suizidverhütungsangebote verhindert werden. Die Zusage eines „grünen Lichtes“ durch Suizidhilfeorganisationen oder auch einzelne Sterbehelfer führt jedoch – ebenso wie ein ärztlich gegebenes Versprechen – sehr häufig dazu, dass Suizidwillige diese Hilfe dann nur sehr verzögert oder gar nicht in Anspruch nehmen. Eindeutig und unstrittig ist, dass die beruhigende Aussicht eines verlässlichen Auswegs die Lebensqualität schwerkranker und behinderter Menschen in einem solchen Ausmaß erhöht, dass sie in aller Regel noch viel mehr an Beschwerden erdulden als ohne diese als verlässlich empfundene Möglichkeit eines „humanen Auswegs“ mittels tödlich wirkender Medikamente, wenn es gar nicht mehr gehen sollte. Es ist deshalb ein menschliches Drama, dass dieser Ausweg durch das Gesetz verunmöglicht worden ist.

Das gesetzliche Verbot kann nicht das Bedürfnis nach selbstbestimmtem Sterben auslöschen. Aus zahlreichen vertraulichen Gesprächen und der Teilnahme an Seniorentreffen, auch im Rahmen anderer Wohlfahrtsorganisationen, ist dem HVD bekannt, dass sich nach der

Abschaffung ärztlicher Suizidhilfe ein neuer Trend breitzumachen scheint: Informell wird im Rahmen etwa von „Selbsthilfe“ zunächst im Internet eruiert und danach auch praktisch vorbereitet, wie man mit Hilfe etwa von leicht legal zu beschaffenden Edelgasen oder durch eine in Asien sehr verbreitete Methode (mittels Kohlenmonoxid) „später einmal“ schmerzfrei und schnell aus dem Leben scheiden kann. Auch wenn die Beteiligten verantwortlich darauf zu achten scheinen, dass dieses „Know-how“ nicht in falsche Hände gerät, dürfte eine unkontrollierbare, „wilde“ Ausbreitung und damit tatsächliche Verleittungsgefahr für verzweifelte und lebensmüde Menschen kaum zu vermeiden sein.

Nach allem, was über Klient/innen bekannt ist, die sich mit Suizidhilfe beschäftigen oder diese (v.a. vorsorglich) bei Organisationen nachfragen, handelt es sich einerseits um anspruchsvolle und besonders selbstbestimmungs- und planungsfähige Menschen. Andererseits handelt es sich in der hausärztlichen und palliativmedizinischen Versorgung um schwerstkranke Patienten, die von sich aus signalisieren, einfach nicht mehr zu wollen und nicht mehr zu können und für die ein Weiterleben zur unerträglichen Qual geworden ist.

3. Praxisprobleme und Kollateralschäden durch Unbestimmtheit des Gesetzes

Der eingeführte Straftatbestand einer absichtlichen geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung ist für die beiden beschwerdeführenden Vereine klar gegeben. Das sie betreffende Verbot wurde von den meisten Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich entweder begrüßt oder jedenfalls nicht bedauert. Allerdings macht sich bei diesen nach und nach die berechnete Sorge bemerkbar, dass ihre eigenen Tätigkeitsfelder durchaus mitbetroffen sein können. Die unbestimmt bleibenden Strafbarkeitsrisiken treffen in besonders sensiblen Bereichen nicht nur ärztliche, sondern auch pflegerische und beratende Tätigkeiten. Bei helfenden Personengruppen bestehen subjektive Befürchtungen aufgrund der „neuen Lage“. Die Rechtsunsicherheit wirkt dort verstärkt, wo es sich um nicht klar geregelte Formen atypischer und indirekter Sterbehilfe handelt, die bisher allerdings medizinethisch und -rechtlich als eindeutig geboten oder zumindest erlaubt galten. Insgesamt droht ein restriktiver werdendes Klima zu Lasten von Patientenrechten auf humanes Sterben auch außerhalb der Suizidhilfethematik.

Erhebliche rechtspragmatische Probleme – erhöhter Ermittlungsdruck

Bei den Ermittlungsbehörden herrscht Unsicherheit zu Handlungsmöglichkeiten und -pflichten wegen der Verschärfung der Strafbarkeit im Umfeld eines Suizids. Anlässlich einer kriminalpolizeilichen Fortbildung im Mai 2016 klärte der Referent Helmut Wetzel, Leiter des Kasseler Kommissariats 11, zur Situation vor und nach dem Gesetz auf: Früher seien Ermittler grundsätzlich nach dem Motto vorgegangen: Beihilfe zum Suizid ist vom Prinzip her straffrei, ermittelt wird ggf. nur bei Verdacht auf ein Tötungsdelikt. Das sei nun anders. Wenn Polizisten bei einem verstorbenen Menschen nur kleinste Hinweise auf einen assistierten Suizid fänden, müssten sie

jetzt ermitteln, ob dahinter eine geschäftsmäßige Beihilfe steht. Der § 217 StGB bedeute in Einzelfällen einen gewaltigen Unterschied: „Er bringt Leute eher in die Gefahr einer strafrechtlichen Ermittlung als vorher.“ Die Behörde sei ans Strafrecht gebunden und müsse im Zweifel ermitteln: „Im Ergebnis gibt es für die Polizei nicht viele Möglichkeiten, es anders zu lösen“. Liegt etwa ein Hinweis vor, dass ein Mediziner am Suizid mitgewirkt hat, etwa mit einer größeren Zahl verschriebener Tabletten, so Wetzel, müsse die Polizei jetzt in Richtung der „geschäftsmäßigen“ Beihilfe ermitteln – weshalb sie „auch bei Helfern aktiv werden müsse, die gegebenenfalls erneut einem Menschen beim Suizid assistieren könnten“. (Siehe Interview mit Helmut Wetzel, unter: <http://followup-magazin.de/sterbehilfegesetz-fuer-ermittler-mehr-fragen-als-antworten>)

Ärztliche Suizidhilfe – Strafbedrohung auch in Einzelfällen

Der Gesetzgeber zeigt sich davon überzeugt, dass der Auftrag zum Lebensschutz der von ihm herausgehobenen Personengruppe nur dann zu gewährleisten ist, wenn schon im Vorfeld jede Gelegenheit zu einer wiederholten Suizidhilfe strafrechtlich verfolgt wird. Mit einem Durchsuchen der Krankenakten in der Arztpraxis muss also auch im Einzelfall zumindest gerechnet

werden. Wenn aufgrund des § 217 StGB noch kein Arzt - soweit bekannt - von einer Strafverfolgungsbehörde belangt wurde, dürfte der Grund dafür denkbar einfach sein: Ärztliche Suizidhilfe, wie sie – entgegen einer von der Bundesärztekammer empfohlenen Musterberufsordnung – zumindest in sieben Landesärztekammern standesrechtlich zulässig ist, wird aus Angst vor Ermittlungsverfahren auch im „Einzelfall“ nicht mehr durchgeführt. Dies lässt sich aus den Berichten entsprechend hilfeschuchender Patient/innen entnehmen – wie sie verzweifelt in der Lebenshilfe- und Palliativberatung des HVD vermehrt vorgetragen wurden. Danach wäre auch eine ihnen quasi gegebene Zusage, „im Notfall, wenn es dann gar nicht mehr erträglich würde, zu helfen“, von ihrem Haus- oder Palliativarzt, zu denen eine enge persönliche Vertrauensbeziehung besteht, zurückgezogen worden. Zwar soll sich ein Arzt, der ein-, zwei- oder vielleicht auch dreimal in seinem Leben Suizidhilfe durch eine übermäßige Abgabe von Medikamenten oder Anleitung zu deren tödlicher Wirkung Suizidhilfe leistet, eigentlich nicht strafbar machen. Voraussetzung für die Straffreiheit soll sein, dass er kein Handlungsmuster erkennen lässt, das von vornherein auf Wiederholung angelegt ist – dabei könnte Letzteres aber auch schon beim ersten Mal der Fall sein. Dies liegt insofern nahe, als die Suizidhilfe nicht so einfach zu handhaben ist, sondern ggf. vorhandener oder einzuholender Expertise bedarf.

Auf eine derartige Rechtsunsicherheit möchte sich verständlicherweise kein Mediziner einlassen. Es bleibt zumindest das Damoklesschwert: Ab wann gilt die Hilfe zur Selbsttötung als „geschäftsmäßig“ in dem Sinne, dass sie eine Wiederholung nahelegt oder gar eine Häufung von Gewissensentscheidungen nicht ausschließt? Wenn ein praktizierender Arzt regelmäßig mit schwer- und todkranken Patienten zu tun hat, wird er von diesen öfter um Sterbehilfe angefragt – wobei er sich auch mehrfach dazu bereit erklären könnte. Ärztinnen und Ärzte sind durch ihre Professionalität immer geschäftsmäßig tätig, wenn sie Patienten eine Gelegenheit zur Selbsttötung gewähren oder verschaffen. Dann handelt es sich um einen Tatbestand, der mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft wird, auch wenn die regelmäßige Förderung einer Gelegenheit zur Suizidhilfe keinesfalls in ihrer Absicht liegt. Ein Vorsatz wäre dennoch gegeben, denn das Ziel, dass der Suizid – auf eine möglichst humane Weise – bei gewährter Gelegenheit dann auch gelingen möge, wird nicht in Frage zu stellen sein. Der „dolus directus“, die Gelegenheit

zum Suizid symptomkontrolliert zu gewähren, scheint damit zwingend mit dem „dolus eventualis“ zusammenzuhängen, den Suizid dadurch zu fördern. Selbst – und gerade – wenn man den Gesetzestext wiederholt liest, bleibt verwirrend und nicht greifbar, wie bezüglich der „Haupttat“ gemäß § 217 StGB Abs. 1 die verschachtelten Begriffe von Geschäftsmäßigkeit, Förderung, Gelegenheit, Gewährung, Vermittlung und Absicht aufeinander bezogen sein sollen.

Strafbarkeit der Förderung von „Sterbefasten“

Bisher gab es, etwa in der Suizidkonflikt- und Palliativberatung, eine Angebotsmöglichkeit für sterbewillige Patienten, die an einer fortgeschrittenen Erkrankung oder altersbedingten Multimorbidität litten und ihren Tod vorsätzlich herbeiführen wollten: Die menschheitsgeschichtlich alte, aber bei uns erst in den letzten Jahren „wiederentdeckte“ Methode des freiwilligen Verzichtes auf Nahrung und auch Flüssigkeit, kurz FVNF oder auch Sterbefasten genannt. Solche Fälle sind zu unterscheiden von den sehr viel häufigeren, wenn Patienten am Lebensende kaum noch essen und trinken wollen, weil sie einfach keinen Bedarf mehr dazu verspüren. Bei FVNF hören Patienten gezielt und meist geplant ab einem bestimmten Zeitpunkt damit auf, weil sie damit ihren Tod herbeiführen wollen. Der Prozess ähnelt jedoch dem eines natürlichen Sterbens. Viele Palliativpflegeeinrichtungen hatten sich zu Eigen gemacht, eine Versorgung bzw. nötige Symptomkontrolle auch bei FVNF zu gewährleisten. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) rechnet in seinen „Reflexionen“ die ärztliche Begleitung beim FVNF eindeutig der erlaubten und gebotenen Hilfe beim Sterben zu (siehe Broschüre: Ärztlich Assistierter Suizid, Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, 2014). Darin heißt es: „Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann für einige Patienten eine mögliche Alternative sein. Auf diese Weise das Ende des eigenen Lebens herbeizuführen, dieses Vorhaben aber auch jederzeit unter- bzw. abbrechen zu können, ermöglicht diesen Patienten ein selbstbestimmtes Leben und Sterben“ (ebd., S. 12). Die Frage, ob es sich um eine besondere Fallkonstellation „sui generis“ oder eine Unterform des Suizides handelt, hatte bis zum Gesetz lediglich medizinethische Implikationen. Nun handelt es sich hinsichtlich der Hilfeleistung um die Unterscheidung zwischen straflos und strafbar.

Das Sterbefasten ist eine bewusste Handlung (durch Unterlassung), um aus dem Leben zu scheiden. Andererseits liegt keine aggressive oder invasive Aktivität vor, sondern ein relativ langsamer, zeitweilig noch umkehrbarer (nicht übereilter) Prozess, der durch Sterbebegleitung und medizinische Betreuung sanft gestaltbar ist. Insbesondere nach Inkrafttreten des § 217 StGB bot sich diese Möglichkeit der Unterstützung an – auch im ambulanten Hospizbereich des HVD sollten entsprechende Initiativen mit ehrenamtlichen Ärzten ausgebaut werden. Leiter, Betreiber und Vorstände etwa von Sozial- und Pflegeeinrichtungen sehen sich nun mit neuen Fürsorgepflichten konfrontiert, um ihre Mitarbeiter/innen (und vielleicht auch sich selbst) vor dem Gesetz zu schützen. Der HVD holte zur Absicherung medizinrechtliche Expertise ein – und sah sich aufgrund ausgewiesener strafrechtlicher Risiken gezwungen, seine entsprechenden Beratungs-, Informations- und Begleitungsangebote einzustellen.

Rechtlich ist zwar grundsätzlich klar, dass man Menschen – solange sie wissen, was sie tun – nicht gegen ihren Willen zum Essen und zur Flüssigkeitsaufnahme zwingen kann, ebenso wenig wie man einen freiverantwortlich handelnden Suizidenten von seinem Suizid abhalten darf, solange er bewusstseinsfähig ist. Ordnet man allerdings den FVNF als Suizidhandlung ein

(bereits im Februar 2015 bejahend Dieter Birnbacher, „Ist Sterbefasten eine Form von Suizid?“, Ethik Med. 27: 315, Springer 2015), dann stellt sich die Frage: Ist die zugesagte medizinische Unterstützung von Menschen, die diesen Weg einschlagen wollen – z. B. durch Medikamente, die mögliche begleitende Beschwerden lindern – eine organisierte Form der Gelegenheitsverschaffung zur Selbsttötung, die anzubieten in Deutschland verboten wäre?

Inzwischen ist durch das Ergebnis einer Metastudie, auf einem internationalen Kongress im Juni 2016 vorgestellt und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mitgetragen, quasi „amtlich“ bestätigt: FVNF muss als suizidale Handlung eingestuft werden. Es ist nunmehr herrschende Fachmeinung, dass der § 217 StGB gravierende Auswirkungen auf ermöglichte Gelegenheiten zum Sterbefasten hat. Danach begeht der Arzt in Deutschland nur noch in einem Fall von vier denkbaren Szenarien keine strafbare Handlung nach dem Gesetz: Wenn der freiverantwortliche Patient die Nahrungsaufnahme bereits – ohne vorherige Absprache! - eingestellt hat, nun der Leidminderung bedarf und glaubhaft machen kann, dass er das Sterbefasten auch ohne medizinische Unterstützung fortsetzen würde (Patientenentscheidung unabhängig von Unterstützung). Nur dann sollen Ärzte und mithin ggf. Pflegekräfte drohende Ermittlungen nach § 217 StGB ausschließen können. Gefährdet hingegen ist das Szenario, wenn durch Arzt oder Fachkräfte im Gesundheitswesen die Methode des Sterbefasten angesprochen wird („Anstiftung“) oder der Patient diesen Weg nur dann wählt, sofern die Zusage („Versprechen“) zur Leidminderung während des FVNF vorher erfolgt ist (Ralf J. Jox, u. a., „Palliative Betreuung von Patienten, die durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit sterben“, Kongressposter, Dublin 2016. Siehe auch: Lukas Radbruch, Christoph Müller-Busch u.a.: Euthanasia and physician-assisted suicide, Palliat Med.gov., Februar 2016, 30(2), 104 ff.).

Niemand kann heute sicher sein, nicht vorsätzlich ein Ausscheiden aus dem Leben gefördert zu haben, wenn etwa ein Zimmer in einer stationären Einrichtung zur Verfügung gestellt wird. Das Gesetz hat die Hoffnung auf Humanisierung und Enttabuisierung zunichte gemacht, die in einer palliativmedizinischen Stellungnahme von Prof. Dr. Alfred Simon (Akademie für Ethik in der Medizin) anklang: Er hatte 2014 angemerkt, es gäbe noch Hürden bei der Zulassung des Sterbefastens, weil sich Pflegeeinrichtungen oft noch nicht trauen würden, den „möglichen Spielraum auszuloten und auszuschöpfen.“ Doch setze, so Simon damals, „ein Umdenken ein, das den Willen des Patienten als bindend anerkennt.“ Ein konstruktiver Austausch sei weiterhin dringend nötig, „denn die Mehrheit der Bevölkerung wünscht sich ... ein selbstbestimmtes Leben wenn nötig auch selbstbestimmt beenden zu können.“ (Alfred Simon in: news.doccheck.com/de/49712/sterbefasten-huerdevolles-dahingehen, 2014)

Das Aus für eine ergebnisoffene Suizidkonfliktberatung

Von dem Gefährdungsvorwurf sind gleichermaßen auch organisiert angebotene, unvoreingenommene Beratungen betroffen, die eine Suizidhilfe-Vermittlung oder -Gewährung nicht von vornherein völlig ausschließen. Nachweislich haben solche prinzipiell ergebnisoffen zu führenden Gespräche zu Selbsttötungsplänen und -gedanken vorrangig eine suizidverhütende Wirkung. Dies zeigte auch die jahrelange Praxis der Suizidkonfliktberatung des Humanistischen Verbandes, die inzwischen nicht mehr angeboten werden kann (Siehe Gita Neumann: „Eigentlich kann ich gar nichts mehr raten“ in *Diesseits* IV, Dez. 2015). Denn es ist zumindest das Restrisiko nicht auszuschließen, dass die Suizidkonfliktberatung unter die Strafandrohung

des Gesetzes fällt, da mögliche Übergänge zu einer „absichtsvollen Förderhandlung“ bestehen könnten – wenngleich dies bestimmt nicht der Interessenlage der Berater/innen entspricht. Laut medizinrechtlicher Bewertung wäre das „rechtliche Risiko zu minimieren“, wenn aus einer nachvollziehbaren Dokumentation hervorginge, dass der lebensmüde Patient in seinem Wunsch zu sterben nicht „entschlossener aus der Beratung hinausgeht, als er oder sie hineingegangen ist“ (Oliver Tolmein in: Zeitschrift für Palliativmedizin, Januar 2016, 17. Jg., S. 16-17).

Ohne eine vertrauensvolle Kommunikationsbasis ist aber die Chance vertan, dass sich Menschen überhaupt an erfahrene Expert/innen wenden, dass es zu offenen Gesprächen kommen kann über Sterbewünsche und Suizidalternativen (palliativmedizinische Versorgung, Hospizbetreuung, Besuchsdienst, Verzicht auf Behandlung inkl. künstlicher Ernährung, verlässliche Gesprächsangebote und Beziehungsaufbau). Dabei bedeutet ein geäußerter Todeswunsch nicht unbedingt, auch tatsächlich sterben zu wollen, und kann zudem Schwankungen unterliegen, was im Hospizbereich sozusagen an der Tagesordnung ist.

Die Charakteristika einer – nun kaum mehr risikofrei möglichen – Suizidkonfliktberatung kommen zum Ausdruck in den Publikationen der Akademie für Ethik in der Medizin („Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe“, 2012), der Humanistischen Akademie Berlin („Suizidhilfe als Herausforderung“, 2013), der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin („Reflexionen“, 2014) oder des Humanistischen Verbandes Deutschlands („Am Ende des Weges“, 2015). In allen genannten medizinethischen Beiträgen wird die Gemeinsamkeit zur klassischen Suizidverhütung dahingehend deutlich, dass es zuvörderst und durchgehend um ein „In Beziehung treten“ geht. Bei der nicht ausgeschlossenen Vermittlung, Gewährung, Begleitung oder Nicht-Hinderung eines Suizids wird als zentrales Element die persönliche „Gewissensentscheidung“ des Beratenden unter Hinzuziehung von kollegialen Zweit- und Drittmeinungen betont. Als Grundbotschaft gilt: Es ist uns nicht egal, ob du ‚gehst‘ oder ob du ‚bleibst‘ - dem Hilfesuchenden soll nicht professionelle Distanz, sondern in seiner existentiellen Notsituation menschliche Anteilnahme entgegengebracht werden.

Abgrenzungsprobleme zur ärztlichen „Hilfe beim Sterben“

In der Begründung des Gesetzes wird behauptet, die Hilfe zur Selbsttötung sei als „Hilfe *zum* Sterben“ ganz klar von einer ethisch gebotenen ärztlichen „Hilfe *beim* Sterben“ abgegrenzt: „Die ‚Hilfe beim Sterben‘ ist strafrechtlich irrelevant und stellt keine geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung im Sinne dieses Gesetzes dar“ (Bundestags-Drucksache 18/5373, S. 11). Demgegenüber besteht die Sorge, dass ärztliches Handeln v.a. in der stationären und ambulanten Sterbebetreuung auch außerhalb der klassischen Suizidhilfe nun leichter ins Visier von Ermittlungsverfahren geraten kann.

Die eingetretene Verunsicherung wird daraus ersichtlich, dass sich inzwischen Fachpublikationen um die Beschwichtigung zunehmender Sorgen bemühen. So soll etwa ein Beitrag der *Zeitschrift für Palliativmedizin* „Keine Gefahr für die Palliativmedizin“ (ZfP, Januar 2016, 17. Jg) die bestehenden Befürchtungen wegen des § 217 StGB zerstreuen. Von Strafrechtsprofessoren, die eine gegenteilige Auffassung vertreten, heißt es dort: Sie hätten eben keine Ahnung vom Alltag in der Palliativmedizin. Richtig ist, dass es deutliche Unterschiede zwischen ärztlicher Suizidhilfe und palliativer Versorgung gibt. Allerdings können diese bei einer palliativen Sedierung und indirekten Sterbehilfe auf Wunsch des betroffenen Patienten nicht immer klar

voneinander abgegrenzt werden. In einen Graubereich gelangen Maßnahmen, bei denen eine lebensverkürzende Wirkung zumindest nicht ausgeschlossen ist.

Aufgrund des Gesetzes unmittelbar und direkt betroffen ist das zulässige Zurverfügungstellen von Morphin gegen Schmerz oder Erstickungsangst mittels Pumpe oder einer „Medikamenten-Notfallbox“. Damit kann der Schwerkranke bedarfsgemäß selbst eine Dosierung vornehmen. Dies führte so gut wie nie zu einem vorzeitigen Tod, schloss die Nutzung zum Suizid aus hinterlassenem bzw. angesammeltem Vorrat aber auch nicht völlig aus. Es gab diesbezüglich bereits eine Praxisdurchsuchung bei einem Palliativarzt – vor dem Gesetz war dazu jedoch eine Ermittlung aufgrund des Anfangsverdachts einer Tötung notwendig. Deshalb erschien es als überzogen, hier in Missachtung der Patientenautonomie allgemein mit minimaler Medikamentenüberlassung, Kontroll- oder Zwangsmaßnahmen zu reagieren. Dies dürfte sich ändern, wenn nun der naheliegendere Anfangsverdacht einer Suizidförderung hinreichend ist.

Die Behauptung in der Gesetzesbegründung, dass gegenüber der Förderung der Suizidhilfe alle Formen der Hilfe *beim* Sterben „strafrechtlich irrelevant“ seien, gerät jedenfalls ins Wanken. Das aktuelle *Repetitorium Palliativmedizin* (Springer-Verlag 2016) enthält ein Kapitel „Der neue § 217 StGB“. Darin findet sich ein lapidarer Satz zur vermeintlichen Rechtssicherheit, der von der renommierten Juristin Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan stammt, die sich im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages ausdrücklich für das Gesetz stark gemacht hatte. Er lautet auf den § 217 StGB bezogen: „Hausärzte und Palliativärzte mit einer auf Leidenslinderung und nicht auf Lebensverkürzung ausgerichteten Tätigkeit fallen nicht hierunter.“ (a.a.O., S. 313 f.). Die ehemalige BGH-Richterin mag dabei nicht die Niederungen der normalen Gerichtsbarkeit im Auge haben. Dieser sah sich 2014 ein vor dem Ulmer Landgericht angeklagter Medizinprofessor ausgesetzt, der bei der Morphindosierung angesichts eines Erstickungstodes alle palliativmedizinischen Richtlinien eingehalten hatte. Von der panischen Angst der Patienten beim Erstickten berichtet als Gutachter der Pneumologe Jürgen Behr und führt aus, dass dieser Tod „grausamer ist als jeder andere“. Viele Patienten, so Behr, halten auch die künstliche Beatmung „nicht mehr aus und nehmen selbst ihre Atemmaske ab“. Dabei lernt im Ulmer Verfahren auch das Gericht, dass Morphin nicht nur gegen starke Schmerzen, sondern auch gegen Atemnot, Erstickungs- und Todesangst bei einem Sterbenden unverzichtbar ist. Die Intensivmedizinerin Elke Muhl sagt als Gutachterin aus: „Bei Atemproblemen ist Morphin das Mittel der Wahl. Einen Ersatz gibt es nicht.“ Die Ulmer Staatsanwaltschaft vertritt demgegenüber die Auffassung, dass es sich um strafbare aktive Hilfe zum Sterben gehandelt habe. Dabei steht im Zentrum: Hätte der Todkranke mit einer geringeren Dosis Morphin vielleicht noch einige Stunden – oder gar Tage – länger gelebt? Die Frage – sie wurde nicht zugunsten eines Freispruches des Arztes entschieden – hatte gelautet: Hilfe *beim* oder *zum* Sterben? (Quellen: Der Spiegel, 19/2014; www.aerztezeitung.de vom 17.03.2014: Sterbehilfe Prozess – Gutachter bewerten Arztschuld unterschiedlich; faz.net/aktuell/gesellschaft/prozess-wegen-moeglicher-sterbehilfe-in-uhl).

Angesichts dieser bereits vor Inkrafttreten des § 217 StGB bestehenden Rechtsunsicherheit hat sich diese danach zumindest als gefühlte deutlich verstärkt. Dagegen dürften auch solche Beruhigungsversuche nicht helfen, die auf den Rechtsgrundsatz „in dubio pro reo“ verweisen: Es müsste doch bei einer Anklage aufgrund des § 217 StGB erst die geschäftsmäßige Absicht nachgewiesen werden und „bis dahin die Unschuldvermutung gelten“, heißt es. (Michael Coors: Das neue Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, in: einwuerfe.wordpress.com/2015/12/11). Laut aktuellem *Repetitorium Palliativmedizin* wird resü-

miert: Das Gesetz würde mit einiger Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass ein vorsichtigerer und allgemein defensiverer Umgang mit Sterbesituationen im Sinne der Rechtssicherheit als notwendig erachtet wird. Die gravierendste Folge wäre ein weniger angemessenes ärztliches Verschreibungs- und Ordnungsverhalten bei schwerstkranken und sterbenden Menschen.

Fallgeschichte des Beschwerdeführers Herr F.

Die Geschichte des Patienten Helmut F. (im folgenden Herr F. genannt), Mitglied des Vereins Sterbehilfe Deutschland e.V. (StHD) seit 2012, ergibt sich aus der Verfassungsbeschwerde I. Ausgewiesen durch Unterlagen zu Diagnosen zeigt sich ein multimorbides Beschwerdebild, welches seine getroffene Vorsorge, bei Verschlechterung aus dem Leben scheiden zu wollen, jedenfalls nachvollziehbar macht: Geboren 1946, seit 1996 erwerbsunfähig im Ruhestand (80%ige Schwerbehinderung), Magengeschwüre, chronische Schluck- und Verdauungsstörungen (Speiseröhren- und Darmwand-Symptomatik), verschiedene weitere Beschwerden und Schmerzsymptome, vor allem aber eine Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) in Gestalt eines Emphysems, wodurch bereits seit 20 Jahren Atembeschwerden mit zunehmender Tendenz auftreten.

Zahlreiche Untersuchungen besagen, dass sich wie Herr F. viele Menschen davor fürchten, vollständig auf die Hilfe Dritter angewiesen zu sein, dabei schlecht versorgt zu werden und starke Schmerzen sowie quälende Atemnot erleiden zu müssen. Diese tiefsitzenden Ängste sind leider nur allzu begründet. Berücksichtigt werden muss, dass bei jährlich ca. 860.000 Todesfällen in Deutschland nur ca. 4 % der Menschen ihre letzte Lebensphase bis zum Tod in Hospizen oder auf Palliativstationen verbringen können. Über die anderen Sterbeorte gibt es nur grobe Schätzungen. Danach sterben ca. 70 % in Pflegeheimen oder auf Allgemein- und Intensivstationen von Krankenhäusern und rund 20 % zu Hause. Und selbst wenn palliativmedizinische Versorgung zur Verfügung stehen sollte, ist bei Krankheitsbildern wie COPD, unter denen der Beschwerdeführer leidet, eine sich lange dahinziehende Lebensphase mit immer unerträglicher werdender Atemnot wahrscheinlich. Herr F. hat bei seiner Schwester miterlebt, „wie diese an derselben Erkrankung (COPD) nach zwei Jahren qualvollen Leidens verstorben ist“ (I. Verfassungsbeschwerde, S. 6). Im bei Sterbehilfe Deutschland e.V. für das „Grüne Licht“ obligatorischen psychiatrischen Gutachten über ihn heißt es: „Herr F. beurteilt seine Situation sehr klar ... Herr F. schildert seine zurückliegenden Erlebnisse erheblich beeinträchtigender Atemnot einerseits durchaus anschaulich, andererseits nüchtern realistisch und mit sehr klarer Übersicht über alle beteiligten Bedingungen“ (ebd., S. 18). Er selbst hat sich angesichts seiner Multimorbidität und der Erfahrung im engsten Familienkreis entschlossen, „die Option eines selbstgewählten Todes ernsthaft ins Auge zu fassen.“

Dies ist verständlich, denn er muss davon ausgehen, dass für ihn eine erforderliche Bedarfsmedikation an Morphin bei Durchbrüchen oder Anfällen kaum verlässlich vorgehalten wird. Eine Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) käme erst in der allerletzten Lebensphase in Frage. Die Voraussetzungen für eine Verordnung sind klar in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geregelt: Einen Anspruch auf entsprechende häusliche Versorgung haben nur Menschen, die „an einer nicht heilbaren, lebensverkürzenden, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Krankheit leiden und die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen.“ Als hinreichend weit fortgeschritten gilt die Erkrankung dann, wenn nach ärztlicher

Einschätzung „die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.“ (Quelle: www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf, S. 3/4). Für einen Hospizaufenthalt gelten ebensolche zeitlichen Beschränkungen auf eine unmittelbare Todesnähe. Erst recht im Pflegeheim, aber auch im Krankenhaus gibt es für ihn keine Garantie, nicht unter qualvoller Atemnot sterben zu müssen. Sollte es aufgrund des Gesetzes nun auch noch zu einer restriktiveren Verschreibungspraxis von Morphin kommen, wären die Folgen des Gesetzes für den Beschwerdeführer doppelt gravierend.

Warum soll sich der schwerkranke Herr F. auf eine durchaus unsichere Aussicht verlassen müssen, dass bei Erstickenotfall auch tatsächlich eine ausreichende Morphin-Dosierung verfügbar ist? Warum ist er, dem ein leidvolles Lebensende droht, eigentlich nicht auch unter die Gruppe von vulnerablen Patienten zu zählen? Sind im paternalistischen Sinne Menschen aus dem staatlichen Schutzbereich per se ausgeschlossen, wenn sie ihre Rechte und die Verfügungskontrolle über den eigenen Tod geltend machen? Warum ist Herrn F. nicht ebenso viel Wertschätzung und Mitgefühl entgegenzubringen wie umgekehrt jenen, die angeblich von den Dienstleistungsangeboten einer Sterbehilfeorganisation zum Suizid nur verleitet werden? Wenn seine Menschenwürde nicht weniger wert sein soll, müsste der wohlbegründeten I. Verfassungsbeschwerde stattgegeben werden.

Kontakt zur Autorin:

Humanistischer Verband Deutschlands e.V.
Landesverband Berlin-Brandenburg
Wallstr. 61-65
10179 Berlin
☎ 030 613904-19
g.neumann@hvd-bb.de