HANS ALBERT INSTITUT

LEITLINIEN FÜR EINE NEUREGELUNG DER SUIZIDASSISTENZ

Den letzten Weg selbst bestimmen

22. Februar 2023

Florian Chefai

Im Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht das 2015 beschlossene „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ (§ 217 StGB) aufgrund seiner „autonomiefeindlichen Wirkung“ für verfassungswidrig erklärt. Vor diesem Hintergrund wird nun fraktionsübergreifend über eine Neuregelung der Suizidassistenz diskutiert. Doch die politische Debatte ist weiterhin von Missverständnissen geprägt, die den Zugang zu einer faktenbasierten, rationalen und weltanschaulich neutralen Auseinandersetzung versperren. So weisen die derzeit vorliegenden Gesetzentwürfe erhebliche Mängel auf, die einer Korrektur bedürfen. Für eine wissenschaftlich adäquate und juristisch tragfähige Regelung müssen folgende Punkte berücksichtigt werden:

1. Die Zulässigkeit der Suizidassistenz folgt einer bewährten Rechtstradition

Die Sterbehilfe-Debatte wird seit Jahren von einem grundlegenden Missverständnis begleitet: Oftmals wurde der Eindruck vermittelt, dass über die *Freigabe* des assistierten Suizids[1] diskutiert werden müsse. Dabei kann nichts erlaubt werden, was nicht verboten ist. Denn die Zulässigkeit der Freitodhilfe folgt in einer bewährten Rechtstradition, die bis ins Jahr 1871 zurückreicht. Mit der Straflosigkeit des Suizids folgte aus allgemeinen Akzessorietätsregeln die Zulässigkeit der Suizidhilfe: *Wenn der Suizid(-versuch) erlaubt ist, scheidet eine strafbare Beihilfe aus*. Der 2015 beschlossene § 217 StGB hat mit dieser Rechtstradition gebrochen, die 2020 durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts wiederhergestellt werden musste.

Grundsätzlich gilt: *Nicht die individuelle Selbstbestimmung ist rechtfertigungspflichtig, sondern staatliche Eingriffe in die privaten Belange der Bürgerinnen und Bürger*. Zurückhaltung ist im freiheitlichen Verfassungsstaat insbesondere beim Einsatz des Strafrechts geboten, das als „schärfstes Schwert“ nur als *Ultima Ratio* gewählt werden darf. Wenn ein Gesetz nicht erforderlich ist, dann ist es erforderlich, kein Gesetz zu erlassen. Wenn ein Gesetz darüber hinaus potenziell schädliche Wirkungen entfaltet, dann darf es nicht erlassen werden. Die Regelung der Suizidassistenz in Form eines neu gefassten § 217 StGB, wie es der von Castellucci et al. eingebrachte Gesetzentwurf (BT-Drs. 90/904) vorsieht, ist daher schon allein aus strafrechtstheoretischen Gründen abzulehnen.[2]

---

[1] Der assistierte Suizid ist klar von der „Tötung auf Verlangen“ zu unterscheiden, die gemäß § 216 StGB verboten ist. Beim assistierten Suizid liegt die „Tatherrschaft“ am *point of no return* beim Sterbewilligen, da er die letzte, zum Tode führende Handlung selbst ausführt.

[2] Bereits 2015 haben sich 150 Strafrechtslehrer gegen eine Ausweitung der Strafbarkeit der Sterbehilfe ausgesprochen: *Hilgendorf/Rosenau* (2015): Stellungnahme deutscher Strafrechtslehrerinnen und Strafrechtslehrer zur geplanten Ausweitung der Strafbarkeit der Sterbehilfe, in: medstra, S. 129-131.

2. Bisher liegen keine Hinweise auf einen Dammbruch vor

Gegen die organisierte Sterbehilfe wird argumentiert, dass sie zu einer Normalisierung des Suizids und damit zu einem gesellschaftlichen Dammbruch führen könnte.[3] Bislang gibt es jedoch keine empirischen Hinweise, welche diese Befürchtung belegen. 2021 verhalf der *Verein Sterbehilfe* nach eigenen Angaben 129 Menschen zum Suizid; 97 nahmen die Hilfe von *Dignitas Deutschland* in Anspruch, während 120 Menschen durch Vermittlung der *Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS)* beim Sterben begleitet worden sind. Bei 1.023.723 registrierten Todesfällen machen die Sterbehilfe-Fälle der genannten Organisationen gerade einmal 0,0338 Prozent der Gesamttodesfälle aus. Von einer „Normalisierung" kann also zumindest im statistisch-quantitativen Sinne nicht die Rede sein.

Ohnehin ist für den Nachweis eines möglichen Dammbruchs weder die absolute Zahl der Sterbehilfe-Fälle noch ihr prozentualer Anstieg entscheidend. *Entscheidend ist vielmehr, ob sich eine Kultur etabliert, in der Menschen fremdbestimmt und damit gegen ihre persönliche Würdevorstellung sterben müssen*. Demnach wäre auch eine Zunahme an begleiteten Suiziden zu akzeptieren, sofern die dahinterstehenden Entscheidungen ernsthaft, dauerhaft und freiverantwortlich getroffen werden.[4] Sollte sich entgegen der bisherigen (auch internationalen) Erfahrung abzeichnen, dass die organisierte Sterbehilfe zu sozialem und psychischem Druck führt, müsste effektiv gegengesteuert werden. In jedem Fall aber wäre ein Dammbruch- bzw. Fehlentwicklungs-Risiko in seinen normativen Voraussetzungen zu begründen und faktenbasiert zu belegen, was bisher nicht erfolgt ist.[5] Selbst Vertreter der Dammbruch-These räumen ein, dass es sich bloß um eine „moralische Besorgnisperspektive"[6] handelt. Dies kann jedoch kein hinreichendes Kriterium für eine Kriminalisierung der professionellen Sterbehilfe sein, da abstrakte Gefährdungstatbestände, denen keine *wirkliche* Gefahr zugrunde liegt, gegen das Schuldprinzip (Art. 1 Abs. 1, Art. 20 Abs. 3 GG) verstoßen.[7] Zwar darf der Gesetzgeber abstrakte Risiken definieren und unterbinden; er darf sie aber nicht einfach herbeikonstruieren.[8] Stattdessen ist anzuerkennen, dass im Laufe des 150-jährigen Bestehens der liberalen Rechtslage in Deutschland kein Dammbruch eingetreten ist.

---

[3] In der Sterbehilfe-Debatte werden die Begriffe „Normalisierung" und „Dammbruch" oft unpräzise verwendet, da unklar bleibt, ob sie statistisch-quantitativ oder voluntativ gemeint sind. Vgl. *Kreß* (2021): Anmerkung zu BVerfG, Urt. v. 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15, 651/16, 1261/16, 1593/16, 2354/16, 2527/16, medR, 38(7), S. 574.

[4] BVerfG (2020): Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15, Rn. 230; Deutscher Ethikrat (2022): Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, S. 116 f.

[5] Vgl. *Schöne-Seifert* (2020): Beim Sterben helfen – dürfen wir das?, S. 71 ff.; *Groeben* (2021): Sterbenswille – Verteidigung des rationalen Suizids und Sterbebeistands, S. 159 ff.; *Borasio* et al. (2014): Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben, S. 53 ff.; *Kuschel* (2007): Der ärztlich assistierte Suizid: Straftat oder Akt der Nächstenliebe, S. 144; *Gavela* (2013): Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, S. 243; *Henking* (2015): Der ärztlich assistierte Suizid und die Diskussion um das Verbot von Sterbehilfeorganisationen, in: Juristische Rundschau, Heft 4, S. 181; *Sowada* (2015): Zur straf- und standesrechtlichen Beurteilung des ärztlich assistierten Suizids und der organisierten Suizidbeihilfe, Zeitschrift für Lebensrecht, Heft 2, S. 40.

[6] *Dabrock* (2015): Selbstbestimmungsalternativen zwischen ethischer Bewertung und rechtlicher Normierung, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 59, S. 123-132.

[7] *Merkel* (2019): Stellungnahme für die öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 18.2.2019 zu dem Antrag der FDP-Fraktion „Rechtssicherheit für schwer und unheilbar Erkrankte in einer extremen Notlage schaffen", S. 5.

[8] *Merkel* (2015): Stellungnahme für die öffentliche Anhörung am 23. September 2015 im Ausschuss des Deutschen Bundestages für Recht und Verbraucherschutz, S. 3.

3. Bei mündigen Bürgern ist von Freiverantwortlichkeit auszugehen

Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil zur geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung ausdrücklich betont, hat der Gesetzgeber die „verfassungsprägende Grundvorstellung des Menschen als eines in Freiheit zu Selbstbestimmung und Selbstentfaltung fähigen Wesens“[9] zu achten und „die Entscheidung des Einzelnen, entsprechend seinem Verständnis von der Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz dem Leben ein Ende zu setzen, [...] als Akt autonomer Selbstbestimmung anzuerkennen.“[10] Demnach stehen nicht Sterbewillige in der Pflicht, die Freiverantwortlichkeit ihrer Entscheidung zu beweisen; stattdessen müssen begründete Zweifel an der Einsichts- und Urteilsfähigkeit vorliegen, um eine Freiverantwortlichkeit auszuschließen.[11] Wenngleich weitergehende Sorgfaltsbedingungen an die Suizidhilfe gestellt werden dürfen[12], ist nicht ersichtlich, warum bei einem assistierten Suizid *grundsätzlich* anders verfahren werden sollte als beim jährlich vieltausendfach praktizierten Abbruch oder Verzicht auf potentiell lebenserhaltende Therapien.[13] In beiden Fällen stehen bereits hinreichende Mittel zur Verfügung, um strafwürdige Aktivitäten zu sanktionieren: Die Teilnahme an einem unfreien Suizid ist nach geltendem Recht ebenso verboten wie ein Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, in den die Betroffenen nicht eingewilligt haben. So macht sich wegen Totschlags (ggf. sogar Mords) in mittelbarer Täterschaft strafbar, wer eine unfreie Selbsttötung veranlasst, ermöglicht oder fördert.

Gelegentlich wird angezweifelt, ob Suizide überhaupt freiverantwortlich sein können, da sich die dahinterstehenden Beweggründe auf eine psychische Erkrankung zurückführen ließen. Wissenschaftliche Studien weisen jedoch darauf hin, dass suizidales Verhalten nicht zwangsläufig mit einem psychiatrischen Störungsbild einhergehen muss: Zwar erhöhen psychische Erkrankungen das Risiko eines Suizids um das bis zu 30- bis 50-Fache gegenüber der Allgemeinbevölkerung; eine Reduzierung bzw. Rückführung jedes Sterbewunsches auf eine (vermutete) Krankheit ist vor dem Hintergrund der aktuellen Forschungslage jedoch unzulässig.[14] Ebenso wäre es verfehlt, Suizidwünsche von psychisch erkrankten Personen pauschal als Ausdruck eingeschränkter Urteilsfähigkeit zu verstehen.[15] Suizide gründen in der Regel auf einem

---

[9] BVerfG (Anm. 4, Rn. 279): Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15, Rn. 279.

[10] Ebd.: Rn. 275.

[11] Vgl. *Henking* (2021): Suizid und Suizidbeihilfe aus rechtlicher und ethischer Perspektive, in: Bundesgesundheitsblatt, 65(1), S. 71.

[12] *Birnbacher* (2019): Die Freiheit, aus dem Leben auszusteigen, in: Dietz/Foth/Wiertz (Hrsg.): Die Freiheit zu gehen. Ausstiegsoptionen in politischen, sozialen und existenziellen Kontexten. S. 266 ff.

[13] Zur Problematik des Begriffs „passive Sterbehilfe“ vgl. Deutscher Ethikrat (2006): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Stellungnahme, S. 46; *Birnbacher* (2015): Tun und Unterlassen, S. 289 ff.

[14] *Brieger/Menzel/Hamann* (2022): Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet?, Bundesgesundheitsblatt, 65(1), S. 25-29; *Pompili* (2020): Epidemiology of suicide. from population to single cases, in: Epidemiology and Psychiatric Sciences 29, e68.

[15] Vgl. Deutscher Ethikrat (Anm. 2, S. 18); *Wittwer* (2013): The problem of the possible rationality of suicide and the ethics of physician-assisted suicide, in: Int J Law Psychiatry, 36 (5-6)419-26 2; *Gather/Vollmann* (2013): Physician-assisted suicide of patients with dementia, A medical ethical analysis with a special focus on patient autonomy, in: Int J Law Psychiatry, 36(5-6), 444-53 3; *Parker* (2013): Defending the indefensible? Psychiatry, assisted suicide and human freedom; *Scholten/Gather/Vollmann* (2021): Equality in the Informed Consent Process: Competence to Consent, Substitute Decision-Making, and Discrimination of Persons with Mental Disorders, in: The Journal of medicine and philosophy, 46(1), S. 108-136.

komplexen Geflecht von Motiven und psychischen Konstellationen, die freiverantwortliche Entscheidungen nicht ausschließen müssen.[16]

4. Palliativmedizin und Freitodhilfe sind keine Gegensätze

Die moderne Palliativmedizin verfügt heute über beachtliche Möglichkeiten, schwerstkranken Patienten schmerz- und leidlindernd beizustehen. In der Sterbehilfe-Debatte wird sie daher regelmäßig als Alternative zum assistierten Suizid dargestellt. Doch selbst bei bestem Einsatz aller derzeit bestehenden Behandlungsangebote kann längst nicht allen Patienten geholfen werden, die in der Spätphase einer unheilbaren Krankheit einen Suizid in Betracht ziehen. Denn die meisten sterbewilligen Patienten wünschen sich den frühzeitigen Tod nicht deshalb herbei, weil sie unter Schmerzen, Übelkeit oder Luftnot leiden; im Vordergrund steht für sie vielmehr der als unerträglich empfundene Autonomie-, Partizipations- und Würdeverlust.[17] Wohlwissend um die Potenziale der Palliativmedizin betrachten sie den assistierten Suizid als diejenige Option, welche am ehesten ihrer persönlichen Würdevorstellung entspricht. Ihr Selbstbestimmungsrecht umfasst nicht nur die Freiheit, medizinische Eingriffe abzulehnen, sondern auch die Entscheidung, das eigene Leben mit Hilfe Dritter zu beenden. Sie ist selbst dann zu respektieren, wenn sie von den allgemein in der Gesellschaft vorherrschenden Vorstellungen abweicht. Folglich darf es keine paternalistisch festgelegte Pflicht zur Inanspruchnahme palliativmedizinischer Behandlung geben.[18]

Die Zulässigkeit der geschäftsmäßigen Sterbehilfe steht dem notwendigen und einhellig geforderten Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung keineswegs entgegen. Im Gegenteil: Eine Kriminalisierung des assistierten Suizids würde Ärzte und Pflegekräfte in Hospizen und Palliativstationen erhebliche Strafbarkeitsrisiken aussetzen. So lassen sich die regelmäßige Abgabe größerer, potenziell tödlicher Dosen von Schmerzmitteln im Rahmen einer ambulanten Palliativversorgung oder die Unterstützung des Sterbefastens als „geschäftsmäßig“ und strafbar bewerten.[19] Es liegt in der Natur der Sache, dass sich verschiedene Formen der Sterbehilfe nicht immer trennscharf unterscheiden lassen und daher schwer zu bestimmen sind.[20] Ein neues Strafgesetz ist kein geeignetes Instrument, um hierbei Rechtssicherheit zu schaffen.

---

[16] Reinhard Merkel weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass § 161 VVG die Leistungspflicht des Lebensversicherers ausschließt, wenn der Versicherte durch einen freiverantwortlichen Suizid ums Leben kam. Die allermeisten der bislang ergangenen obergerichtlichen Entscheidungen haben die Freiverantwortlichkeit des jeweils fraglichen Suizids bejaht. Vgl. *Merkel* (Anm. 6, S. 2) mit Verweis auf *Mönnich* (2011): Münchener Kommentar VVG, Bd. 2, Rn. 39 f. zu § 161.

[17] Public Health Division, Center for Health Statistics (2022): Oregon Death with Dignity Act 2021, Data Summary, S. 13; *Gamondi* (2013): Families' experiences with patients who died after assisted suicide: a retrospective interview study in southern Switzerland, in: Annals of Oncology, Band 24, Ausgabe 4, S. 1639-1644; *Bruns* et al. (2016): Organisierte Suizidbeihilfe in Deutschland: Medizinische Diagnosen und persönliche Motive von 117 Suizidenten, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift (1946), 141, S. e32-e37. *Schöne-Seifert* (2015): Zur ethischen Beurteilung ärztlicher/organisierter Suizidhilfe und der vier zu deren Regelung vorliegenden Gesetzentwürfe, Stellungnahme für die öffentliche Anhörung am 23. September 2015 im Ausschuss des Deutschen Bundestages für Recht und Verbraucherschutz, S. 7 f.

[18] BVerfG (Anm. 4, Rn. 298 f.)

[19] *Hilgendorf* (2017): Sterben im Schatten des Strafrechts, in: Bormann: Lebensbeendende Handlungen, Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von ‚Töten‘ und ‚Sterbenlassen‘. S. 701-724.

[20] *Hilgendorf* (2014): Zur Strafwürdigkeit organisierter Sterbehilfe, in: Juristenzeitung (JZ) 2014, S. 545 ff.

5. Sterbehilfe sollte von Experten geleistet werden

Gerade bei sensiblen Entscheidungen über Leben und Tod sind Experten gefragt, die *erstens* über ausreichend psychosoziales und medizinisches Know-how verfügen und *zweitens* ihre Tätigkeiten und Entscheidungskriterien transparent offenlegen und dokumentieren. So wäre es zweifellos unvertretbar, wenn ein Schwangerschaftsabbruch zwar von Angehörigen ohne Fachwissen, nicht aber von ausgebildeten Ärzten durchgeführt werden dürfte. Mit einem neuen § 217 StGB sollen jedoch ausgerechnet Laien das tun dürfen, was Ärzten und Sterbehilfe-Organisationen aufgrund ihrer geschäftsmäßigen (d. h. auf Wiederholung angelegten, professionellen) Tätigkeit untersagt wäre.[21] Dadurch würde nicht nur das Risiko steigen, dass schwerstleidende Betroffene und ihre Angehörigen in existenzieller Not auf sich allein gestellt sind; es wäre auch zu befürchten, dass vermehrt dilettantische und gewaltsame Suizidmethoden zum Einsatz kommen, die vermeidbares Leid verursachen. Eine Kriminalisierung der geschäftsmäßigen Sterbehilfe ist daher aus rechtsdogmatischer Perspektive inkohärent und verletzt zudem die Fürsorgepflicht des Staates.[22]

Selbstverständlich dürfen Ärzte nicht dazu verpflichtet werden, Sterbehilfe zu leisten. Indessen darf ihnen nicht untersagt werden, Patienten nach eigenem Gewissen und gemäß berufsethischen Vorgaben bei der Umsetzung ihres Selbstbestimmungsrechts mit tauglichen Mitteln zu unterstützen. Insbesondere Hausärzte sind mit der Persönlichkeit und den Lebensumständen ihrer Patienten vertraut und somit geeignete Ansprechpartner bei Sterbewünschen.[23] Wie Umfragen zeigen, besteht innerhalb der Ärzteschaft durchaus Bereitschaft, Hilfe beim Suizid zu leisten.[24] Erfahrungen aus dem Ausland legen zudem nahe, dass die Akzeptanz des ärztlich assistierten Suizids keine Gefahr für das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten darstellt.[25] Ärzte wurden eher abgelehnt, wenn sie sich offen gegen die Suizidhilfe aussprachen.[26]

---

[21] Geschäftsmäßiges Handeln ist nicht zu verwechseln mit gewerblichen bzw. kommerziellen Tätigkeiten. Zur Frage nach der Ökonomisierung des Sterbens bzw. dem Vorwurf, dass mit der organisierten Sterbehilfe ein „Geschäft mit dem Tod" betrieben werde vgl. *Kögel* (2015): Tod und Sterben als Risiken – Sterbehilfe und vorzeitige Lebensbeendigung im Spiegel persönlicher Erwartungen und religiöser Vorstellungen – Ergebnisse einer Umfrage unter Hausärzten, S. 101 f.; *Wakonigg* (2022): „Uns verbindet das humanistische Ideal eines selbstbestimmten Lebens einschließlich eines selbstgewählten Lebensendes", Humanistischer Pressedienst, https://hpd.de/artikel/uns-verbindet-humanistische-ideal-eines-selbstbestimmten-lebens-einschliesslich-eines-20145 (Stand: 23.02.2022, letzter Zugriff: 16.02.2023); *Chefai* (2020): Droht eine Ökonomisierung des Sterbens?, Humanistischer Pressedienst, https://hpd.de/artikel/droht-oekonomisierung-des-sterbens-18731 (Stand: 26.11.2020, letzter Zugriff: 16.02.2023).

[22] *Birnbacher* (2014): „Ein Ausdruck mangelnder Fürsorge", Humanistischer Pressedienst, https://hpd.de/artikel/10342 (Stand: 20.10.2014, letzter Zugriff: 16.02.2023).

[23] *Thöns* et al. (2021): Umgang mit nachhaltigen Suizidwünschen bei schwerer Krankheit, Handreichung, Schmerzmedizin, Jahrgang 37, Ausgabe 4, S. 12-15.

[24] DGHS (2015): Sterbehilfe: Fast jeder zweite niedergelassene Arzt möchte Suizidbeihilfe leisten dürfen, https://www.dghs.de/presse/presse-erklaerungen/artikel/sterbehilfe-fast-jeder-zweite-niedergelassene-arzt-moechte-suizidbeihilfe-leisten-duerfen.html (Stand: 05.05.2015, letzter Zugriff: 16.02.2023); *Schildmann* et al. (2021): Role and responsibility of oncologists in assisted suicide. Practice and views among members of the German Society of Haematology and Medical Oncology, in: ESMO Open, Band 6, Ausgabe 6, Artikel 100329.

[25] *Hall* (2005): The impact on patient trust of legalising physician aid in dying, in: Journal of Medical Ethics 31(12), S. 693–697.

[26] *Ganzini* (2001): Oregon Physicians' Attitudes About and Experiences With End-of-Life Care Since Passage of the Oregon Death with Dignity Act, in: JAMA 285(18), S. 2363-2369.

Zur Koordination der einzelnen Verfahrensschritte (Beratung, Bewertung, Begleitung, Durchführung, Supervision) ist der Aufbau eines multiprofessionellen Netzwerks erforderlich, das interdisziplinäre Expertise bündelt und – analog zu den bestehenden Palliativ- und Hospiznetzen – eine niedrigschwellige Anlaufstelle für sterbewillige Menschen ermöglicht.[27] Hierbei sind zur Unterstützung bereite Ärzte einzubeziehen.[28] Sollten sie an einem freiverantwortlichen Suizid teilnehmen, darf ihnen daraus kein Nachteil erwachsen.[29]

Ferner bedarf es einer Anpassung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), wie es alle derzeit vorliegenden Gesetzentwürfe vorsehen: Natrium-Pentobarbital muss als sicheres und schmerzfreies Mittel für eine Freitodhilfe verfügbar sein. In § 13 BtMG ist daher klarzustellen, dass eine „Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung" der in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel auch bei einem ärztlich assistierten Suizid anwendbar ist. Der an das B*undesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* (BfArM) ergangene Erlass, Schwerstkranken keine positiven Bescheide zum Erwerb von Natrium-Pentobarbital zu erteilen, muss unverzüglich aufgehoben werden.

6. Sterbehilfe-Organisationen sind Partner bei der Suizidprävention

Für viele Menschen wirkt allein die Gewissheit, im Notfall professionelle Hilfe erhalten zu können, derart beruhigend, dass sie dem Ende des Lebens gelassener entgegensehen. Sterbehilfe-Organisationen können an diesem Punkt ansetzen und eine suizidpräventive Wirkung entfalten: So weist der *Verein Sterbehilfe* darauf hin, dass sich 87 Mitglieder im Jahr 2021 für das Weiterleben entschieden haben, nachdem sie ‚Grünes Licht' erhalten hatten.[30] Neben Suizidbegleitungen wird die Suizidprävention als zweiter Schwerpunkt der Vereinsarbeit angesehen. Darüber hinaus betreiben die *DGHS* und *Dignitas Deutschland* eine niedrigschwellige Anlaufstelle für Menschen mit Suizidgedanken, um kurzschlüssige Verzweiflungssuizide zu verhindern und wohlerwogene Bilanzsuizide zu ermöglichen. *Wer die Anzahl der unfreien Suizide und Suizidversuche reduzieren möchte, sollte professionelle Sterbehilfe-Organisationen daher als Partner bei der Prävention betrachten*. Denn Betroffene wenden sich verständlicherweise eher an Institutionen, die eine enttabuisierte und ergebnisoffene Beratung anbieten, statt Suizidgedanken von vornherein zu pathologisieren. Daten aus dem US-Bundesstaat Oregon, in dem eine vergleichsweise liberale Sterbehilfe-Regelung gilt, belegen diesen Effekt: Circa 80 Prozent der Anfragenden, die um Sterbehilfe gebeten hatten, haben sich nach ärztlicher Beratung gegen den Suizid entschieden.[31]

---

[27] Vgl. *Domschke* et al. (2021): Neuregelung des assistierten Suizids – Ein Beitrag zur Debatte, Diskussion Nr. 26, Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, S. 8.

[28] *Birnbacher* (2021): Leitplanken für eine mögliche künftige gesetzliche Regelung der Suizidassistenz, Humanistischer Pressedienst, https://hpd.de/artikel/einschaetzung-zum-diskussionspapier-leopoldina-zum-assistierten-suizid-19516 (Stand: 02.08.2022, letzter Zugriff: 16.02.2023).

[29] Dies gilt insbesondere im Hinblick auf Ärzte, die bei konfessionellen Trägern angestellt bzw. tätig sind. Auch dort muss die Ausübung des Rechts auf Inanspruchnahme von Suizidhilfe garantiert sein. Vgl. DGHS et al. (2022): Berliner Appell: 10 Forderungen für humane Suizidhilfe in Deutschland, S. 5.

[30] Verein Sterbehilfe (2022): Jahresrückblick 2021 in Zahlen, https://www.sterbehilfe.de/jahresrueckblick-2021-in-zahlen/ (Stand: 03.11.2022, letzter Zugriff: 16.02.2023).

[31] *Borasio* et al. (Anm. 1, S. 58)

7. Eine Beratungspflicht für Betroffene ist unzulässig

Alle derzeit vorliegenden Gesetzentwürfe zur Neuregelung der Sterbehilfe sehen eine Beratungspflicht für Sterbewillige vor. Dies kollidiert allerdings mit geltenden Grundsätzen des Patientenschutzes: Gemäß § 630e Abs. 3 BGB können Patienten jederzeit auf eine Aufklärung verzichten. Sterbewillige stehen also nicht in der Pflicht, sich im Falle einer angestreben Suizidhilfe beraten zu lassen; stattdessen sind professionelle Sterbehelfer dazu verpflichtet, medizinische Aufklärung zu gewährleisten, wenn ein Medikament verschrieben und zur Verfügung gestellt wird.[32] Eine Beratungspflicht ist daher nicht an den Sterbewilligen, sondern an Ärzte bzw. Sterbehelfer zu adressieren. Denn die eigenverantwortliche Entscheidung über das eigene Lebensende bedarf, wie auch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts klarstellt, keiner weiteren Begründung oder Rechtfertigung.[33]

Persönliche Beratungsgespräche dürfen weder auf den assistierten Suizid noch auf das unbedingte Weiterleben abzielen, sondern müssen neutral und ergebnisoffen geführt werden. Hierbei sind bestehende (insbesondere palliativmedizinische) Alternativen zum assistierten Suizid aufzuzeigen, um die individuelle Entscheidungskompetenz der Betroffenen zu stärken.[34] Ergänzend zu den staatlichen Suizidpräventionsstellen sollte ein flächendeckendes und barrierefreies Informationsangebot geschaffen werden, für das die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA) sowie die lokalen Gesundheitsämter verantwortlich zeichnen.[35]

8. Ein Verbot der Suizidassistenz steht in Konflikt mit der weltanschaulichen Neutralität des Staates

Im Zuge der gesellschaftlichen Säkularisierung wurde das religiöse Dogma von der Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens zunehmend abgelöst.[36] An seine Stelle trat die Vorstellung eines autonomen Subjekts, das für sich in Anspruch nimmt, frei über den Zeitpunkt und die Art des eigenen Sterbens zu entscheiden. Entsprechend deutlich fallen Umfragen zu den Einstellungen der Bevölkerung zur Sterbehilfe aus: 2021 befürworteten 75 Prozent der deutschen Bevölkerung die Straffreiheit des assistierten Suizids; nur 15 Prozent sprachen sich für ein Verbot aus.[37]

---

[32] Vgl. *Putz/De Ridder* (2021): Freiverantwortlichkeit nur mit Beratung? – Ein Kommentar zur aktuellen Gesetzgebungsdebatte, in: Humanes Leben – Humanes Sterben, Heft 2, S. 9; *Birnbacher* (2020): Leitplanken für eine mögliche künftige gesetzliche Regelung der Suizidassistenz, Humanistischer Pressedienst, https://hpd.de/artikel/einschaetzung-zum-diskussionspapier-leopoldina-zum-assistierten-suizid-19516 (Stand: 02.08.2022, letzter Zugriff: 16.02.2023); *Schöne-Seifert* (2022): Stellungnahme für den Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages zum Thema Suizidhilfe/Suizidprävention, Teil 2, S. 2 f.

[33] BVerfG (Anm. 4, Rn. 210)

[34] Vgl. Deutscher Ethikrat (Anm. 2, S. 23 f.)

[35] *Schmidt-Salomon* et al. (2020): Zur Neuregelung der Suizidhilfe, Stellungnahme des Hans-Albert-Instituts und der Giordano-Bruno-Stiftung, https://hans-albert-institut.de/wp-content/uploads/2020/06/Zur-Neuregulierung-der-Suizidhilfe.pdf (Stand: 08.06.2020, letzter Zugriff: 16.02.2023), S. 5.

[36] Zum antagonistischen Verhältnis der christlichen Theologie zur Sterbehilfe vgl. *Kreß* (2018): Sterbehilfe: Die Sicht der Theologie, ihre Prämissen und ihre Schwierigkeiten, in: MedR 36, S. 790-796.

[37] YouGov (2021): Legalisierung aktiver Sterbehilfe? Zustimmung unter Deutschen wächst, https://yougov.de/news/2021/05/05/legalisierung-aktiver-sterbehilfe-zustimmung-unter/ (Stand: 05.05.2021, letzter Zugriff: 16.02.2023); Die Zustimmungswerte zur Sterbehilfe können auch in Abhängigkeit zur konfessionellen Bindung und der Regelmäßigkeit des Kirchenbesuchs gedeutet werden. Vgl. Institut für Demoskopie Al-

Der Staat muss die Pluralität der Würdedefinitionen seiner Bürgerinnen und Bürger hinreichend berücksichtigen. Gesetze dürfen daher nicht auf partikularen Vorstellungen vom „Guten“ gründen, sondern müssen den Geboten der Unparteilichkeit und der Begründungsneutralität folgen.[38] Andernfalls würde sich der Gesetzgeber zum Anwalt einer spezifischen Weltanschauung machen und deren Werte zur allgemeinverbindlichen Norm erheben. Dies wäre jedoch unweigerlich mit einem Verstoß gegen das Prinzip der weltanschaulichen Neutralität und das Diskriminierungsverbot der Verfassung (Art. 3 Abs. 3, Art. 4 Abs. 1, Art. 140 GG) verbunden.[39]

Einem Katholiken muss es möglich sein, den „natürlichen Tod“ vorzuziehen und auf die Möglichkeit der Sterbehilfe zu verzichten. Zugleich darf ein Atheist nicht daran gehindert werden, sein Leben mit Hilfe Dritter vorzeitig zu beenden. Eine Neukriminalisierung der geschäftsmäßigen Sterbehilfe würde gegen diese Vorgabe unzulässig verstoßen. Denn Sterbehilfe-Befürwortern würde abverlangt, ihr Selbstbestimmungsrecht zugunsten fremder Würdevorstellung aufzugeben. Die Freiheit der Sterbehilfe-Gegner wird durch die Zulässigkeit des assistierten Suizids hingegen nicht tangiert. Von einem neuen § 217 StGB ist daher nicht zuletzt auch aus demokratie- und gerechtigkeitstheoretischer Perspektive abzusehen.[40]

---

lensbach (2016): Roland Rechtsreport 2016, https://www.roland-rechtsschutz.de/media/roland-rechtsschutz/pdf-rr/042-presse-pressemitteilungen/roland-rechtsreport/roland_rechtsreport_2016_final.pdf (Stand: Dezember 2016, letzter Zugriff: 16.02.2023), S. 34 ff.

[38] Vgl. *Czermak* (2016): Das System des Weltanschauungsrechts im Grundgesetz, in: Neumann et al. (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen im Weltanschauungsrecht, S. 27-59: *Fateh-Moghadam* (2010): Bioethische Diskurse zwischen Recht, Ethik und Religion. Juristische Perspektiven – Zum Einfluss der Religion in bioethischen Beratungsgremien”, in: Voigt: Religion in bioethischen Diskursen. Interdisziplinäre, internationale und interreligiöse Perspektiven, S. 31-64; *Neumann* (2022): Der „Wille Gottes“ – Ein Argument im parlamentarischen Diskurs?, in: Kühnlein (Hrsg.): Gottloser Staat? – Im interdisziplinären Gespräch mit Horst Dreier, S. 69-84.

[39] *Schmidt-Salomon (*2016): Freitodhilfe im liberalen Rechtsstaat, Stellungnahme zu den Verfassungsbeschwerden gegen § 217, S. 20 f.

[40] *Schöne-Seifert* (2022): Medizinethische Stellungnahme für den Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages zum Thema Suizidhilfe/Suizidprävention, Teil 1, S. 4 ff.