

Stellungnahme zu den Gesetzesentwürfen zur Sterbehilfe

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

I. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

a) Die unterschiedlichen Regelungskonzepte und die grundgesetzliche Kompetenzordnung

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

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

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

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

¹ Hierzu BVerfGE 98, 265 (298ff.).

² Hierzu BVerfGE 98, 265 (299).

³ BVerfGE 3, 407 (421).

⁴ Hierzu BVerfGE 98, 265 (298ff.).

⁵ Hierzu BVerfGE 98, 265 (299f.).

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

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

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

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

- innerer Schlüssigkeit und
- faktischer Wirksamkeit des Regelungskonzeptes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁹ BT-Drucks. 18/5374, S. 9.

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

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

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

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

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

II. **Materielles Verfassungsrecht**

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

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

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

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

¹² BVerfGE 98, 265 (303).

¹³ BT-Drucks. 18/5374.

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

¹⁵ BT Drucks. 18/5374, S. 8.

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

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

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

2. Europäische Menschenrechtskonvention

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

¹⁶ BT-Drucks. 18/5376, S. 6.

¹⁷ BT-Drucks. 18/5373, S. 10.

¹⁸ BT-Drucks. 18/5373, S. 9.

¹⁹ BT-Drucks. 18/5376, S. 7.

²⁰ BT-Drucks. 18/5376, S. 7.

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

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

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

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

3. Die Rechtfertigung der Grundrechtsbeschränkungen

a) Zivilrechtliche Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung

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

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

²⁴ EGMR, *Haas / Schweiz*, para. 55.

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

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

²⁷ Siehe BT-Drucks. 18/5374, S. 9.

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

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

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

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

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

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

²⁹ BT-Drucks. 18/5375, S. 8.

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

³¹ BT-Drucks. 18/5375, S. 11.

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

c) Strafbarkeit der gesetzmäßigen Förderung der Selbsttötung

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

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

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

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

³⁴ BT-Drucks. 18/5373, S. 13.

³⁵ BT-Drucks. 18/5373, S. 17.

³⁶ BT-Drucks. 18/5373, S. 18.