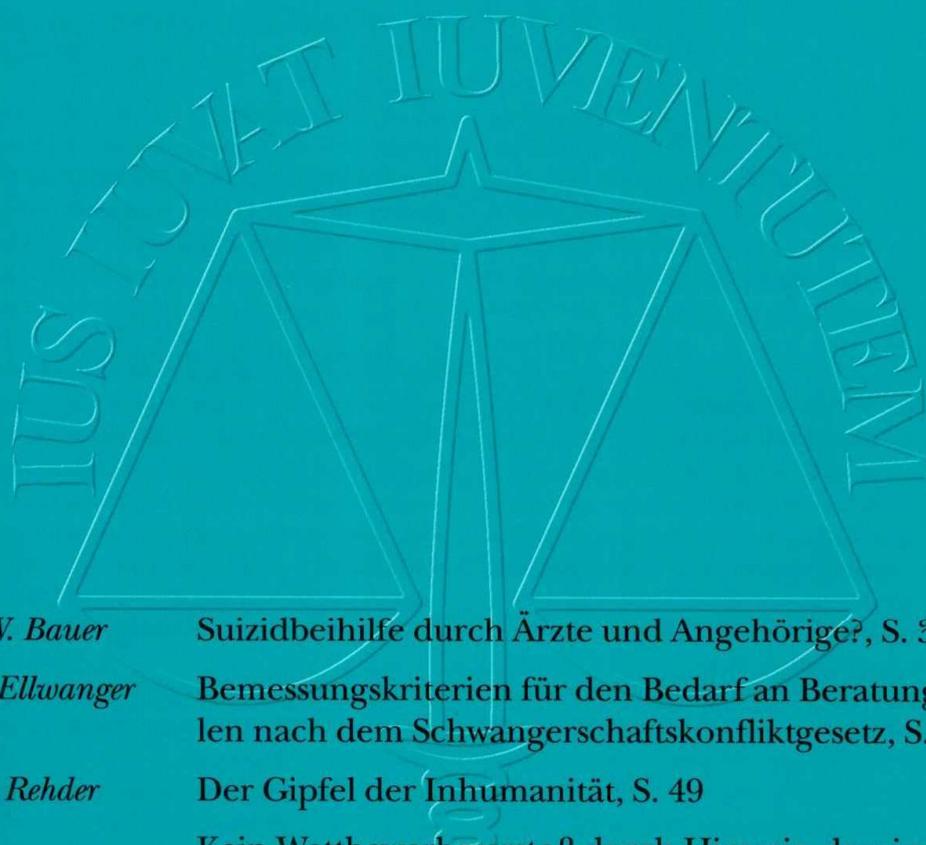


# Zeitschrift für Lebensrecht

hrsg. von der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V.



- Axel W. Bauer* Suizidbeihilfe durch Ärzte und Angehörige?, S. 38
- Dieter Ellwanger* Bemessungskriterien für den Bedarf an Beratungsstellen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz, S. 46
- Stefan Rehder* Der Gipfel der Inhumanität, S. 49
- BGH* Kein Wettbewerbsverstoß durch Hinweis, dass in Deutschland Voruntersuchungen für nach deutschem Recht strafbare Eizellspenden durchgeführt werden, S. 62
- VG Ansbach* Zur Beihilfefähigkeit einer genetischen Schwangerschaftsuntersuchung („Praena-Test“), S. 68

Prof. Dr. Axel W. Bauer, Mannheim

## Suizidbeihilfe durch Ärzte und Angehörige?

### Auswirkungen und Gefahren des neuen § 217 StGB

#### 1. Die Illusion vom „selbstbestimmten“ Tod

In den letzten Jahren ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten immer stärker in den Vordergrund getreten. Es liegt eine gewisse Tragik dieser Entwicklung darin, dass es ausgerechnet die Sterbehilfe ist, an der sich das Selbstbestimmungsrecht vorrangig bewähren soll.<sup>1</sup> Man gewinnt den Eindruck, dass das Recht auf Selbstbestimmung neuerdings mit einem Recht auf den selbst bestimmten Todeszeitpunkt geradezu identifiziert wird. Die ständig wiederholte Rede vom *selbst bestimmten Sterben* oder gar vom *Sterben in Würde* wirkt irritierend, denn man will uns damit einreden, wir hätten enorme Spielräume ausgerechnet beim Sterben, und ein ungeplanter Tod sei letztlich würdelos.

„Sei gesund und fit – oder stirb wenigstens rasch!“ So könnte man jene Alternative in einem knappen Satz zusammenfassen, die uns – als Selbstbestimmungsrecht verpackt – Tag für Tag mehr oder weniger subtil nahegebracht wird.<sup>2</sup> Nicht wenige Juristen und Medizinethiker behaupten, der Suizid sei Ausdruck der personalen Autonomie, die Selbsttötung demnach eine zumindest grundsätzlich respektable Ausdrucksform menschlichen Handelns. Doch stimmt das wirklich?

Die Autonomie im Sinne Immanuel Kants (1724-1804) als die Fähigkeit des mit Vernunft begabten Menschen, sich vernünftige - und nicht etwa beliebige - moralische Gesetze zu geben und nach diesen zu handeln, hat ihren nicht hinweg zu denkenden Grund in der physischen Existenz der Person. Sie ist also Folge und nicht Ursache unserer biologischen Konstitution. Daher beschränkt sich die legitime Reichweite der menschlichen Selbstbestimmung auf den Bereich diesseits ihrer physischen Grundlage.<sup>3</sup>

Der Mensch ist zwar in der Lage, sich selbst zu töten, doch kann er diesen Schritt ethisch nicht einfach unter Berufung auf die Selbstbestimmung legitimieren. Ein Akteur, der wohl überlegt diejenige physische Struktur irreversibel zerstört, die seine Handlungsfreiheit durch ihre Existenz überhaupt erst ermöglicht, handelt moralisch nicht legitim, auch wenn seine Motivation zur Selbsttötung emotional nachvollziehbar sein mag. Zudem sind Nachvollziehbarkeit einerseits und moralische Billigung andererseits zwei verschiedene Zugangsweisen zu diesem wie zu anderen ethischen Problemen. Nicht alles, was man irgendwie verständlich findet, kann auch moralisch für gut befunden werden.

#### 2. Verbreitung und Ursachen suizidalen Verhaltens

Die meisten Menschen, die eine Suizidbegleitung wünschen, befinden sich in einer Phase schwerer Depres-

sion, sodass der Begriff des „Freitodes“ schon aus diesem Grund geradezu absurd anmutet. Die Neigung zur Selbsttötung und der Suizid stehen in deutlichem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Die Zahl der gemeldeten Suizide in Deutschland liegt seit annähernd zehn Jahren bei ungefähr 10.000 pro Jahr.<sup>4</sup> Durch Selbsttötung sterben also dreimal so viele Menschen wie durch den Straßenverkehr (Verkehrstote 2014: 3.377).<sup>5</sup> Insbesondere der sogenannte Alterssuizid nimmt signifikant zu. Die Zahl der „gescheiterten“ Suizidversuche liegt mindestens zehnmal so hoch wie die der „erfolgreichen“, also bei deutlich mehr als 100.000 pro Jahr.

Als Ursachen der versuchten Selbsttötungen gelten vor allem psychische Erkrankungen mit depressiver Symptomatik sowie akute und chronische Belastungssituationen, die durch hinzutretende soziale Probleme wie Arbeitslosigkeit, gesellschaftliche Isolation oder Angst vor unzureichender pflegerischer Versorgung bei chronischer Krankheit im Einzelfall als unerträglich erlebt werden. Bei Menschen jenseits des 65. Lebensjahrs, insbesondere bei Männern, steigt die Suizidrate deutlich an, da sich gerade im höheren Lebensalter verschiedene Ängste und Belastungen bis hin zu einer völligen Perspektivlosigkeit verdichten können. Dann scheint es manchmal nur noch den Ausweg der Selbsttötung zu geben.

Unter den sozialen Faktoren, die einen Suizid auslösen können, sind schlechte ökonomische Bedingungen, Arbeitslosigkeit, berufliche und finanzielle Probleme besonders hervorzuheben. Angehörige sozial benachteiligter Gruppen ohne Hoffnungen und Zukunftsperspektiven weisen ein erhöhtes Risiko auf.<sup>6</sup> Die Ent-

1 Bauer (2009a), S.169-180.

2 Bauer (2013a).

3 Auf die offenkundigen logischen Schwächen in der Begründung des uneingeschränkten Selbsttötungsverbots als Lebenserhaltungspflicht bei Immanuel Kant hat Manfred Wetzel mit Recht verwiesen: Für die einem Suizid zugrunde liegende Maxime macht es in der Tat einen Unterschied, ob sie postuliert, „nach Belieben ...“ oder aber zum Beispiel „im Falle jahrelanger qualvoller unheilbarer Krankheit“ erfolge die Einwilligung zur Sterbehilfe. Nur die Maxime „nach Belieben“ würde einen transzendentalphilosophischen Selbstwiderspruch erzeugen. Vgl. Wetzel (2004), S. 390-391.

4 Vollendete Suizide 2011: 10.144, 2012: 9.890, 2013: 10.076, 2014: 10.209. Quelle: Anzahl der Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizide) in Deutschland in den Jahren von 1980 bis 2014. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/583/umfrage/sterbefaelle-durch-vorsaetzliche-selbstbeschadigung/> (Stand: 17.5.2016).

5 Statistisches Bundesamt: Polizeilich erfasste Unfälle/Unfälle und Verunglückte im Straßenverkehr. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Wirtschaftsbereiche/TransportVerkehr/Verkehrsunfaelle/Tabellen/UnfaelleVerunglueckte.html?nn=50922> (Stand: 17.5.2016).

6 Schmidtke (2012).

scheidung zum Suizid ist nicht „frei“, die Selbsttötung erscheint nur als der einzige Ausweg, den der Suizident momentan noch sieht. Zu echter Entscheidungsfreiheit gehört aber eine wählbare und akzeptable Alternative. Wenn es eine solche nicht gibt, dann sollte man den Euphemismus „Freiheit“ meiden, denn dieser anspruchsvolle Begriff trägt hier eher zur Verdunkelung der Sachlage bei. Die Wahl zwischen Suizid und Weiterleben hat eine vollkommen andere Qualität als die Auswahl zwischen einem Theaterbesuch und einer Grillparty.

### 3. Der assistierte Suizid als rechtspolitisches Thema in Deutschland

In Deutschland waren bis zum 9. Dezember 2015 sämtliche Formen der Anstiftung und Beihilfe zur Selbsttötung nicht strafbar. Nach dem tradierten, aber nicht in der Verfassung verankerten Rechtsgrundsatz der Akzessorität von Täterschaft und Teilnahme wurden Anstiftung und Beihilfe (§§ 26 und 27 StGB) zur Selbsttötung bislang deshalb nicht geahndet, weil der Suizid kein Straftatbestand ist. Sogar ein im eigenen finanziellen Interesse handelnder „Sterbehelfer“, der vom Tod des Suizidenten profitieren würde, durfte diesen nach dem bisherigen Recht zur Selbsttötung anstiften, ihm die Tatmittel beschaffen und ihn auch sonst bei der Tatausführung unterstützen, ohne dass er sich strafbar gemacht hätte.

Trotz seiner bis dahin fehlenden strafrechtlichen Relevanz wird der Suizid von unserer Rechtsordnung jedoch nicht gebilligt. Der Strafverzicht hat vor allem pragmatische Gründe, denn im Fall eines gelungenen Suizids lebt der Täter nicht mehr, während im Fall eines womöglich schwer verletzt überlebenden Suizidenten eine Bestrafung nicht angemessen erschiene. Wichtiger wäre hier eine wirksame Suizidprävention.

Aus dem Grundgesetz lässt sich kein „Recht auf Selbsttötung“ ableiten. Weder das durch Artikel 2 Absatz 2 GG geschützte Grundrecht auf Leben noch das in Artikel 2 Absatz 1 GG verankerte Grundrecht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit legen es ihrem Träger nahe, jene physische Grundlage zu beseitigen, die unabdingbare materielle Voraussetzung für die Gewährleistung dieser beiden Grundrechte ist. Im Hinblick auf die Würde des Menschen nach Artikel 1 Absatz 1 GG steht auch dem Grundrechtsträger selbst keine „Lebenswertbestimmung“ zu, wie dies von Befürwortern des assistierten Suizids neuerdings gefordert wird.<sup>7</sup>

Hinter dem Begriff der „(Bei-)hilfe“, also der Vorstellung einer Hilfeleistung, etwa durch einen nahen Angehörigen oder den mitfühlenden Arzt, verbirgt sich in Wahrheit eine Debatte um den Wert beziehungsweise den Unwert bestimmter Formen menschlichen Lebens, denn der spätere Gehilfe einer Selbsttötung billigt die Wertentscheidung des Suizidenten, er „hilft“ nicht nur, sondern er macht sich diese Entscheidung zu eigen,

gibt zu ihrer Ausführung sogar den letzten Anstoß. Der Gehilfe hat einen wesentlichen Anteil an der Tat und somit in gewisser Weise auch an der Tatherrschaft.

Für die strafrechtliche Bewertung von Anstiftung und Beihilfe zum Suizid wäre es verfassungsrechtlich durchaus zulässig gewesen, eine Lösung wie die in Österreich zu wählen, wo die *Mitwirkung am Selbstmord* nach § 78 öStGB als eigenständige Haupttat strafbar ist. Die Begründung für eine Strafbarkeit der Mitwirkung liegt darin, dass der Suizident sein *eigenes* Leben beendet, der Teilnehmer aber, also der Anstifter oder der Helfer, sich gegen das Leben eines *anderen* Menschen vergeht, das heißt ein fremdes Rechtsgut verletzt. Die Mitwirkung an der Selbsttötung eines anderen Menschen stellt eine abstrakte Gefährdung des Lebens vieler Bürgerinnen und Bürger dar. Bei abstrakten Gefährdungsdelikten kommt es nicht darauf an, dass im Einzelfall eine konkrete Gefahr entsteht und nachgewiesen werden kann, sondern dass eine generell als gefährlich erscheinende Tätigkeit verhindert werden soll, wie zum Beispiel beim Tatbestand der *Trunkenheit im Verkehr* nach § 316 StGB.

In Deutschland fehlte es jedoch bis zum Frühjahr 2015 in allen politischen Lagern am Gestaltungswillen für eine solche Option. Hier wurde stattdessen seit Jahren mit Hingabe an Nebenkriegsschauplätzen gekämpft, allerdings an höchst gefährlichen. So sollte kurz vor dem Ende der 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages zu Beginn des Jahres 2013 nach dem Willen der damaligen Bundesregierung aus CDU, CSU und FDP ein Gesetz beschlossen werden, das durch einen neu zu schaffenden § 217 StGB die *gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung* unter Strafe gestellt hätte. Dieses Vorhaben wurde jedoch am 3. Mai 2013, viereinhalb Monate vor der Bundestagswahl am 22. September 2013, von der Bundeskanzlerin höchstpersönlich gestoppt. Streit mit den Kirchen könne Angela Merkel im Wahljahr nicht brauchen, so kommentierte diesen Schritt der Journalist Robin Alexander vermutlich treffend.<sup>8</sup>

Der vom Bundesjustizministerium im Sommer 2012 vorgelegte Entwurf zum § 217 StGB bezog die geschäftsmäßige und die private Suizidbeihilfe im engsten Familienkreis, bei denen keine Gewinnerzielungsabsicht erkennbar ist, nicht in die geplante Strafbarkeit mit ein. Vereine, die keine gewerbsmäßige Suizidbegleitung im engeren Sinne leisteten, wie etwa *Dignitas Deutschland* oder *Sterbehilfe Deutschland*, hätten sich künftig in ihrem

<sup>7</sup> Im Gegensatz dazu stehen Punkt 7 und Punkt 10 einer gemeinsamen Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben, der Giordano-Bruno-Stiftung, der Humanistischen Union und des Humanistischen Verbands Deutschland vom 12.3.2014. Neue Rheinische Zeitung, Online-Flyer Nr. 450 vom 19.3.2014. <http://www.nrhz.de/flyer/beitrag.php?pid=20133> (Stand: 17.5.2016). Die ethische Problematik impliziter Lebenswert-Urteile bei auf Kosten- und Nutzenbewertungen basierenden Entscheidungen im Gesundheitswesen hat der Deutsche Ethikrat in einer umfangreichen Stellungnahme dargelegt. Vgl. Deutscher Ethikrat (2011).

<sup>8</sup> Alexander (2014).

Tun sogar legitimiert und geradezu bestätigt fühlen können. Viel interessanter als das, was der Gesetzentwurf zu regeln vorgab, erscheint daher das, was er ausdrücklich ungeregt lassen wollte und somit geradezu privilegiert hätte.

Was waren die offiziell genannten Gründe für diesen, sein vorgebliches Ziel verfehlenden „Gesetzestrojaner“?<sup>9</sup> Ethisch überzeugende Argumente konnten es jedenfalls nicht sein, denn eine an sich gute oder wenigstens moralisch neutrale Handlung wird nicht dadurch schlecht, dass sie Geld kostet. Niemand würde beispielsweise von einem Bäckermeister verlangen, dass er seine Brötchen verschenken müsse, um nicht einer Kommerzialisierung der Nahrungsmittelversorgung Vorschub zu leisten. Auch würde niemand von einem Bildenden Künstler fordern, dass er die von ihm gemalten Bilder kostenlos abzugeben habe, damit er nicht eine Kommerzialisierung der Kunst befördere.

Umgekehrt aber wird eine an sich schlechte Handlung auch nicht dadurch gut, dass sie gratis zu haben ist. So wird etwa die Tat eines Denunzianten auch dann nicht als lobenswert betrachtet, wenn er seine Freunde lediglich privat und im Rahmen eines Hobbys verrät, ohne Geld für die weitergegebenen Informationen zu verlangen. Und ein Hehler, der Diebesgut ohne eigenen Gewinn in den Verkehr brächte, wäre kein Wohltäter, sondern allenfalls töricht. Die richtige Intuition, dass die Mitwirkung am Suizid eines anderen Menschen keine ethisch akzeptable Tat ist, gründet in der Sache selbst und nicht im etwaigen finanziellen Gewinn des Sterbehelfers.

#### 4. Die demografische Entwicklung als Handlungsmotiv der Legislative?

Es musste wohl andere Gründe für die übers parlamentarische Knie gebrochene, nur scheinbare strafrechtliche Begrenzung einer Mitwirkung am Suizid geben.<sup>10</sup> Nun bringt es die prognostizierte demografische Alterung der Bevölkerung in Deutschland mit sich, dass immer mehr Menschen in absehbarer Zukunft ein wesentlich längeres Dasein im Ruhestand erleben werden als ihre Eltern oder Großeltern, und dies selbst dann, wenn das Renteneintrittsalter auf 67 oder gar 70 Jahre angehoben werden sollte. Mit zunehmendem Alter kommen mehr und kostspieligere Krankheiten auf uns zu. Wer sich mithilfe körperlicher Aktivität lange fit hält, wird die Krankheiten, die seine Eltern mit 75 Jahren trafen, gegebenenfalls erst mit 80 oder mit 85 Jahren erleben; erspart bleiben sie ihm jedoch nicht. Damit steigen auch die Krankheits- und Pflegekosten während der letzten Phase des Lebens an. Denn es wäre eine Illusion zu glauben, wir würden in der näheren Zukunft nicht nur später, sondern sozusagen in „kerngesundem“ Zustand von heute auf morgen sterben. Wie sähe nun das Ende alter und kranker Menschen im Jahre 2030 aus, wenn es gelänge, sie schon weit im Vor-

feld des Todes davon zu überzeugen, dass ein freiwilliger Abgang nach einem erfüllten Leben eine Tugend, ja sogar eine soziale Verpflichtung sei? Schon heute kennen wir jene euphemistischen Begriffe, mit denen nicht nur in der Medizinethik gerne gearbeitet wird, um unangenehme Tatsachen schönzufärben. So macht es eben einen erheblichen semantischen Unterschied, ob man von *aktiver Sterbehilfe* oder von *Tötung auf Verlangen* spricht. Der erste Begriff klingt nach einem Akt der Humanität, der zweite nach einem strafbewehrten Delikt gegen das Leben. Gemeint ist aber jeweils ein und derselbe Sachverhalt.

Derzeit werden in Deutschland von den rund 2,2 Millionen Pflegebedürftigen etwa 1,5 Millionen Menschen (68 Prozent) zu Hause gepflegt, während etwa 700.000 Pflegebedürftige (32 Prozent) in Heimen leben. Eine Situation, in der ausgerechnet Angehörigen und womöglich Ärzten ein strafrechtlich abgesichertes Privileg beim assistierten Suizid eingeräumt wird, ist für pflegebedürftige Menschen schon heute lebensgefährlich. Wir müssen aber zur Kenntnis nehmen, dass unsere Gesellschaft demografisch altert. Zwischen 1950 und 1970 wurden in Deutschland jährlich nahezu doppelt so viele Kinder geboren wie in der Gegenwart. Es geht folglich um ungefähr 24 Millionen Menschen, das sind fast 30 Prozent aller Bürgerinnen und Bürger dieses Landes, die jetzt zwischen 45 und 65 Jahren alt sind und die 2030 die Senioren unserer Gesellschaft darstellen werden. Das Problem der hohen Renten-, Krankheits- und Pflegekosten wird dann eskalieren.

In dieser Lage käme ein angeblich „selbstbestimmt“ herbeigeführter „Freitod“ älterer Menschen gerade im richtigen Augenblick zur Auswirkung. Denn in den Jahren nach 2025 müssen immer weniger Jüngere die Renten für die immer mehr werdenden Senioren erwirtschaften. Angesichts der wenig erfreulichen Aussicht, dass das relative Rentenniveau in 15 Jahren deutlich unter dem gegenwärtigen Status liegen wird, muss man durchaus die Frage stellen, ob sich die auffällige politische Toleranz für die Mitwirkung am Suizid künftig tatsächlich nur auf Schwerstkranke in einem medizinischen Finalstadium beziehen wird, wie derzeit in beschwichtigender Absicht meistens argumentiert wird. Dann werden Hemmschwellen fallen, die bislang vor allem deshalb vorhanden waren, weil - zumindest noch im Jahr 2011 - rund 93 Prozent der Bürger die diesbezügliche Rechtslage nicht kannten und irrtümlich glaubten, Anstiftung und Beihilfe zum Suizid *seien* in Deutschland strafbar.<sup>11</sup> Doch Unwissenheit bietet keinen hinreichenden Lebensschutz, denn eine deutliche

<sup>9</sup> Diesen Begriff prägte der Autor z. B. in Bauer (2013b).

<sup>10</sup> Beihilfe zur Selbsttötung (2013).

<sup>11</sup> Assistierter Suizid. Ergebnisse einer repräsentativen Erhebungstabellarische Übersichten. Eine Studie von *Infratest dimap* im Auftrag der „Stiftung Ja zum Leben“. Berlin, 12. Mai 2011 (67.10.122341). Die Studie wurde nicht publiziert.

Mehrheit der Bundesbürger befürwortet inzwischen die Suizidassistenten, wenn man ihnen geschickt formulierte Fragen stellt. Nach einer im Januar 2014 durchgeführten Umfrage unter 1.014 Personen forderten nur noch 17 Prozent deren Verbot.<sup>12</sup> Das Meinungsforschungsinstitut Emnid wiederum befragte im April 2015 insgesamt 2.052 Menschen über 18 Jahren. Am stärksten verbreitet waren dieser Studie zufolge die Angst vor einem langen Sterbeprozess, vor starken Schmerzen oder schwerer Atemnot, und die Sorge, der eigenen Familie zur Last zu fallen. Immerhin 60 Prozent der Deutschen waren der Befragung zufolge der Überzeugung, dass die Legalisierung ärztlicher Suizidbeihilfe den Druck auf Menschen verstärken würde, die ihrer Familie nicht zur Last fallen wollen.<sup>13</sup>

In Aldous Huxleys (1894–1963) Roman *Schöne neue Welt*, erschienen 1932, scheiden die Menschen aus dem Leben, bevor sie ernsthaft erkranken und die Wiederherstellung ihrer Gesundheit Kosten verursacht. Huxley hat seine Erzählung im Jahr 2540 angesiedelt. Man muss, wenn man ehrlich ist, feststellen, dass wir diesem ernüchternden Gesellschaftsentwurf mittlerweile gefährlich nahe gekommen sind. Es ist erstaunlich, wie der damals 38-jährige Autor vor nunmehr 84 Jahren eine technisch perfektionierte Zivilisation des inhumanen Grauens prognostiziert hat. Ob er zu optimistisch war, als er dieses Szenario rund 600 Jahre in die Zukunft verschob? Vermutlich hat er die Geschwindigkeit der Entwicklung unterschätzt.

##### 5. Ein neuer Anlauf zum § 217 StGB in den Jahren 2014 und 2015

Nun hat der Deutsche Bundestag am 6. November 2015 im zweiten Anlauf tatsächlich ein Gesetz zur Regelung des assistierten Suizids in Form des § 217 StGB verabschiedet. Dieses Mal ging es um die *geschäftsmäßige* Suizidhilfe, die unter Strafe gestellt wurde. Anders als im Fall der *Gewerbmäßigkeit*, bei der eine Gewinnerzielungsabsicht bestehen muss, liegt *geschäftsmäßiges* Handeln bereits dann vor, wenn jemand beabsichtigt, die Wiederholung gleichartiger Taten zum Gegenstand seiner wirtschaftlichen oder beruflichen Betätigung zu machen - auch ohne die Absicht, damit Geld zu verdienen. Mit einem entsprechenden Gesetz könne man, so lautete die Hoffnung, die Tätigkeit von Vereinen wie *Dignitas Deutschland* oder *Sterbehilfe Deutschland* eindämmen oder gar zum Erliegen bringen.

In Verfolgung dieses Ziels hatte die - am Ende erfolgreiche - interfraktionell zusammengesetzte Gruppe von Bundestagsabgeordneten um Michael Brand (CDU), Kerstin Griese (SPD), Kathrin Vogler (Linke), Harald Terpe (Grüne) und Michael Frieser (CSU) am 9. Juni 2015 einen Gesetzentwurf zum § 217 StGB vorgelegt, durch dessen Absatz 1 die „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ unter Strafe gestellt wurde. Gemäß

Absatz 2 bleiben aber Anstiftung und Beihilfe zu diesem neuen Delikt dann straffrei, wenn der Teilnehmer selbst nicht *geschäftsmäßig* handelt und er entweder Angehöriger des Suizidenten ist oder diesem nahe steht.<sup>14</sup>

Abgesehen davon, dass der unscharfe Begriff der „*geschäftsmäßigkeit*“ verfassungsrechtliche Probleme mit der in Artikel 12 Absatz 1 GG garantierten Berufsfreiheit aufwerfen könnte, bleibt schleierhaft, weshalb die Autoren des Gesetzentwurfs Angehörigen und dem Suizidenten nahestehenden Personen grundsätzlich „*altruistische Motive*“<sup>15</sup>, „*tiefes Mitleid*“ und „*Mitgefühl*“<sup>16</sup> unterstellen, womit deren Straffreiheit begründet wurde. Diese Sichtweise ist unrealistisch. Auch „*Angehörige von Heilberufen*“, also vor allem Ärzte, werden „im Einzelfall“ vom Tatbestand des § 217 Absatz 1 StGB nicht erfasst, weil sie, so die Autoren, dann typischerweise gerade nicht *geschäftsmäßig* handeln.<sup>17</sup> Es bleibt dabei auch nebulös, welche konkreten Methoden der „*Suizidbegleitung*“ Brand und Kollegen für die „im Einzelfall“ legale ärztliche Suizidassistenten im Auge haben, da sie – zumindest derzeit – nicht beabsichtigen, auch das *Betäubungsmittelgesetz* zu ändern.

Der neue § 217 StGB wirft mehr Probleme auf als er zu lösen in der Lage sein wird. Wie soll man, zumal bei Ärzten, die *Gewissensentscheidung* in „*Ausnahmefällen*“ von *regelmäßigem*, „*geschäftsmäßigem*“ Handeln abgrenzen? Vor Gericht zu klären wäre dann jeweils, mit welcher Absicht und welchem „*Regelmäßigkeitsbewusstsein*“ die Suizidhelfer handeln. In der Bundestagsdebatte am 2. Juli 2015 betonte Michael Brand, strafbar solle eindeutig nur ein Handeln sein, das „auf Wiederholung angelegt“<sup>18</sup> ist.

Schwierig wird auch der Umgang mit dem „*Sterbetourismus*“ in die Schweiz. Zwar ist die dortige, „*geschäftsmäßig*“ organisierte Suizidhilfe nach deutschem Recht jetzt eine Straftat. Das heißt, dass man in Deutschland bestraft werden könnte, wenn man Teilnehmer dieses Sterbetourismus wäre, etwa dadurch, dass man den Suizidenten bei der Fahrt in die Schweiz unterstützt oder selbst das Auto steuert. Aber das neue Gesetz macht eine Ausnahme: Angehörige oder „*nahe stehende*“ Personen bleiben als Teilnehmer straffrei.

Kann es dabei schon schwierig werden, das „*Nahestehen*“ zu definieren, so ergibt sich auch eine grundsätzliche Frage. Denn das Gesetz will prinzipiell verhindern,

12 Callen (2014).

13 Sterben? Sorgen im Angesicht des Todes. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage des Sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD, publiziert am 12.5.2015. [http://www.ekd.de/download/150512\\_Ergebnisse\\_Umfrage\\_zum\\_Sterben.pdf](http://www.ekd.de/download/150512_Ergebnisse_Umfrage_zum_Sterben.pdf) (Stand: 17.5.2016)

14 Brand/Griese/Vogler/Terpe/Frieser (2015), S. 5.

15 Brand/Griese/Vogler/Terpe/Frieser (2015), S. 9.

16 Brand/Griese/Vogler/Terpe/Frieser (2015), S. 19.

17 Brand/Griese/Vogler/Terpe/Frieser (2015), S. 18.

18 Siehe dazu das Plenarprotokoll der 115. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 2. Juli 2015, S. 11053. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btp/18/18115.pdf> (Stand: 17.5.2016)

dass Menschen sich durch organisierte Sterbehilfeangebote zum Suizid „direkt oder indirekt gedrängt fühlen“. Aber ein direktes oder indirektes Drängen zum Suizid kann man sich am ehesten in Familien vorstellen: Ein Schwerstkranker wird aufmerksam zuhören, wenn die Tochter oder ein enger Freund über eine mögliche Fahrt in die Schweiz sprechen. Diesen Personenkreis jedoch hat die an vielen Stellen ihres Entwurfs mit sozialem Druck argumentierende Gruppe bei der „Teilnahme“ prinzipiell straffrei gestellt.<sup>19</sup>

## 6. Das traditionelle ärztliche Berufsethos kapituliert beim assistierten Suizid

Einen noch weiter gehenden Gesetzesvorschlag, der am Ende jedoch erfolglos blieb, hatten die Abgeordneten Renate Künast (Grüne), Petra Sitte (Linke) und Kai Gehring (Grüne) in den Deutschen Bundestag eingebracht.<sup>20</sup> Ihr Entwurf sah vor, dass die Suizidhilfe grundsätzlich straflos bleiben sollte, sofern sie einer erwachsenen, freiverantwortlich handelnden Person nach eingehender Beratung geleistet würde. Bestehende rechtliche „Unsicherheiten“ für Ärzte sollten beseitigt und für die organisierte Suizidhilfe durch Sterbehilfevereine Verfahrensregeln festgelegt werden. Im Hinblick auf die Ärzte wollte die Gruppe festschreiben, dass die Suizidhilfe eine ärztliche Aufgabe sein „könne“ und dass sie den Ärzten nicht untersagt werden dürfe. Entgegenstehende standesrechtliche Regeln wären damit unwirksam geworden. Das hätte bedeutet, dass Verbotsvorschriften im ärztlichen Standesrecht, die es in derzeit 10 von insgesamt 17 Landesärztekammern gibt, für Ärzte bei einer Suizidhilfe keine rechtliche Wirkung mehr entfaltet hätten.

Es darf dabei nicht übersehen werden, dass es in der Ärzteschaft, die es in der großen Mehrheit richtigerweise ablehnt, vom Helfen zum Töten ihrer Patienten überzugehen, durchaus Kräfte gibt, die ausgerechnet für Ärzte einen rechtsfreien Raum erstreben, der ihnen die Möglichkeit gibt, einem Patienten das tödliche Gift für den Suizid zur Verfügung zu stellen - und vielleicht noch mehr zu tun. Keineswegs geht die Stimmung in den Bezirks- und Landesärztekammern einhellig dahin, Suizidbeihilfe gehöre nicht zu den ärztlichen Aufgaben. Vielmehr gibt es durchaus Bestrebungen, den Willen der Bundesärztekammer durch stille Opposition zu unterlaufen.

Nicht zufällig gewählt erscheint deshalb etwa die von der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer abweichende Formulierung in § 16 der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, in welcher der Satz „Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ in den Satz „Sie sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ relativiert wurde. Noch weiter ging die Bayerische Landesärztekammer, die in der Neufassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns in § 16 die beiden Sätze aus

der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer, die ein standesrechtliches Verbot der Suizidbeihilfe enthalten, gar nicht übernahm. Damit schließt das Bayerische Standesrecht die ärztliche Mitwirkung am Suizid nicht mehr grundsätzlich aus. Das gleiche gilt für die ärztliche Berufsordnung in Baden-Württemberg. Sowohl in Bayern als auch in Baden-Württemberg stehen also genügend Ärzte bereit, die Suizidassistenz auf nicht geschäftsmäßige Weise leisten werden. Das ist ein Novum in der Geschichte der Medizin, nämlich ein bewusster standesrechtlicher Bruch mit jener seit 2400 Jahren gepflegten Tradition des Hippokratischen Eides, der jede Beteiligung an der Tötung oder Selbsttötung eines Patienten kategorisch ausschließt.<sup>21</sup>

## 7. Der assistierte Suizid als „ärztlich begleitete Lebensbeendigung“

Den bislang dramatischsten Bruch mit dem traditionellen ärztlichen Ethos hätte jener Gesetzentwurf zur Folge gehabt, den eine Gruppe von Bundestagsabgeordneten um Peter Hintze (CDU), Carola Reimann (SPD) und Karl Lauterbach (SPD) unter der Überschrift „Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung“ eingebracht hatte.<sup>22</sup> Anders als bei den übrigen Gesetzentwürfen sollte hier der Weg nicht über das Strafrecht, sondern über das Zivilrecht gegangen werden, indem die Autoren einen neuen § 1921a BGB vorschlugen. Demnach sollte ein „volljähriger und einwilligungsfähiger Patient, dessen unheilbare Erkrankung unumkehrbar zum Tod führt“, zur „Abwendung eines krankheitsbedingten Leidens die Hilfestellung eines Arztes bei der selbst vollzogenen Beendigung seines Lebens“ in Anspruch nehmen können.

Der erste logische Widerspruch dieses Entwurfs bestand darin, dass die Leistung der ärztlichen Suizidassistenz an die Voraussetzung des medizinisch diagnostizierten Vorliegens einer unheilbaren Erkrankung, die unumkehrbar zum Tod führt, geknüpft werden sollte. Abgesehen von der vagen Unbestimmtheit der verwendeten diagnostischen und prognostischen Begriffe wäre diese Bedingung angesichts der von den Befürwortern der Suizidassistenz ständig hervorgehobenen „Patientenautonomie“, die doch nur ein *Recht der sterbewilligen Person* selbst sein könnte, ohne Zweifel widersprüchlich gewesen. Denn wenn das Recht auf Suizidassistenz tatsächlich Ausdruck der Selbstbestimmung des Patienten wäre, dann dürfte diese letzte medizinische „Dienstleistung“ gerade nicht daran gebunden werden, dass der Sterbewillige einen ganz bestimmten, ärztlich festzustellenden „Mindestkrankheitszustand“ mit letaler Prognose aufweisen muss. Und warum sollte ein Patient, der

19 Kamann (2015).

20 Künast/Sitte/Gehring (2015).

21 Siehe dazu Bauer (1995) und Bauer (2009b).

22 Hintze/Reimann/Lauterbach (2015).

noch nicht im Finalstadium seiner Erkrankung angelangt ist, vom Selbstbestimmungsrecht über seinen Tod ausgeschlossen bleiben?

Die gleiche Inkonsequenz hätte für die geforderte Volljährigkeit der sterbewilligen Person gegolten, denn es bleibt unklar, weshalb ein Schwerkranker, der gerade das 18. Lebensjahr vollendet hat, sein Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Tod mithilfe eines Arztes durchsetzen darf, während eine ebenso einwilligungsfähige und intellektuell wache 17-jährige Patientin bis zu ihrem 18. Geburtstag weiterhin leiden müsste. Hier wäre zu prognostizieren gewesen, dass eine entsprechend rigide Altersgrenze nicht verfassungskonform gewesen wäre. Hintze, Reimann, Lauterbach und Kollegen scheuten sich auch nicht, extreme Szenarien wie etwa „Tumorerkrankungen, in deren Verlauf der Tumor aus dem Körper wächst“ in demagogischer Weise auszumalen, indem sie auf „die damit verbundenen Entstellungen und unangenehmen Gerüche“ verwiesen, die „beim Patienten zudem einen unerträglichen Ekel hervorrufen, der auch die Ablehnung der eigenen Person umfassen kann.“<sup>23</sup>

Wenn durch die Annahme dieses Gesetzentwurfs die ärztliche Mitwirkung am Suizid vom Staat legitimiert worden wäre, dann wäre nicht nur die subjektive Hemmschwelle gesunken, diese Mitwirkung auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Es hätte zugleich der soziale Druck zugenommen, dass Sterbeunwillige die Nichtinanspruchnahme dieser Gesundheitskosten sparenden Dienstleistung hätten begründen müssen. Wenn lebenserhaltende Therapien oder der Tod als gleichwertige Alternativen gesehen werden, dann wird derjenige Patient, der sich für die Lebenserhaltung entscheidet, seinen Angehörigen und der Gesellschaft gegenüber rechenschaftspflichtig, denn er verursacht in der Folge weitere Kosten für Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, die sein Nachbar, der sich für die Suizidbeihilfe entscheidet, nicht mehr verursacht. Das Leben wäre dann nur noch eine von zwei möglichen Alternativen. Dieser Erwartungs- und Entscheidungshorizont eröffnete sich dem Betroffenen ausgerechnet in einer gesundheitlichen Lage, in der er ohnehin schwach und an der Grenze seiner Entscheidungsfähigkeit angelangt wäre.

Der assistierte Suizid war bislang in Deutschland nur deshalb ein Randphänomen, weil das zur Selbsttötung häufig verwendete Gift *Pentobarbital* nach § 13 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) lediglich in der Veterinärmedizin zum Einschlafen von Tieren verordnet werden darf. Wer die deutschen Ärzte jetzt zu wirkungsvollen Todeshelfern machen will, der müsste auch Änderungen am Betäubungsmittelgesetz vornehmen. Keiner der drei „liberalen“ Gesetzentwürfe bekannte sich jedoch zu diesem logisch konsequenten Schritt. Soll die Öffnung des Giftschranks womöglich erst im zweiten Schritt erfolgen, wenn kein Kritiker mehr so rich-

tig hinschaut, und das im bevölkerungsreichsten Land Europas, das zugleich über die höchste Zahl an Ärzten verfügt? Der oft beklagte „Sterbehilfe-Tourismus“ würde sich künftig von der Schweiz nach Deutschland umkehren, denn gerade in Süddeutschland, nämlich in Bayern und Baden-Württemberg, könnte sich in kurzer Zeit eine umfassende Suizidhilfe-Infrastruktur etablieren.

### 8. Die Notwendigkeit eines ausnahmslosen Verbots der Mitwirkung am Suizid

Aus der anfänglichen Debatte um ein Verbot der organisierten Mitwirkung am Suizid ist im Lauf des Jahres 2015 eine Diskussion um die gesetzlich geregelte Organisation der Beihilfe zur Selbsttötung geworden. Es geht inzwischen nicht mehr um die Einschränkung, sondern um die straffreie Ermöglichung dieser Tat, insbesondere für Angehörige und Ärzte. Da es jetzt nur zu einem Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe gekommen ist, signalisiert der Gesetzgeber, dass nicht geschäftsmäßige und privat geleistete Sterbehilfe staatlicherseits akzeptiert und legitimiert sind.

Die Abgeordneten Patrick Sensburg (CDU), Thomas Dörflinger (CDU), Peter Beyer (CDU) und Hubert Hüppe (CDU) hatten dem Deutschen Bundestag als einzige Gruppe einen restriktiven Gesetzentwurf zum § 217 StGB vorgelegt.<sup>24</sup> Durch diesen Entwurf sollten Anstiftung und Beihilfe zum Suizid ausnahmslos als Straftatbestände angesehen und mit einer Freiheitsstrafe von bis zu 5 Jahren geahndet werden. Insbesondere sollte es keine Ausnahmen und Privilegien für Angehörige oder Ärzte geben; schon der Versuch der Tagbegehung sollte strafbar sein.<sup>25</sup>

Angehörige sind ebenso wie Ärzte gerade diejenigen Personen, denen man eine Beteiligung am Suizid eines ihnen nahestehenden Menschen am allerwenigsten erlauben darf. Nahe Angehörige sind immer auch emotional involviert, wenn es um die schwere Erkrankung einer Patientin oder eines Patienten geht. Fremdes Leid wird als eigenes Leid erlebt und erst dadurch manchmal unerträglich. Angehörige „leiden mit“, und so kann es zum „tödlichen Mitleid“ kommen. Durch die persönliche Nähe entstehen auch emotionale Verstrickungen, bei denen dann nicht mehr differenziert werden kann, ob der Sterbewunsch primär vom Kranken ausging, oder ob dieser sich den gefühlten Strebungen seiner Angehörigen subtil angepasst hat.

Ferner stellt sich forensisch die Frage der strafrechtlichen Nachweisbarkeit von Tötungsdelikten, sofern Angehörige vom Geltungsbereich des § 217 StGB ausgeschlossen sind: Wenn der schwer kranke Patient tot ist und der leere Giftbecher neben ihm steht, werden

<sup>23</sup> Hintze/Reimann/Lauterbach (2015), S. 10.

<sup>24</sup> Dazu Bauer (2015b).

<sup>25</sup> Sensburg/Dörflinger/Beyer/Hüppe (2015).

Kriminalpolizei und Staatsanwaltschaft nicht mehr aufklären können, ob der Verstorbene das Gift, das man ihm hingestellt hat, selbst getrunken (Beihilfe) oder ob man es ihm eingeflößt hat (Totschlag oder Mord).

### 9. Der neue § 217 StGB und seine Gefahren

In einem Londoner Krankenhaus starb Anfang Dezember 2015 eine 50-jährige Patientin, die durch einen Beschluss des *England and Wales Court of Protection* durchgesetzt hatte, dass lebenserhaltende medizinische Maßnahmen beendet werden mussten. Nach einem Selbstmordversuch Anfang September 2015 mit anschließendem Nierenversagen hatten Dialysegeräte die Frau am Leben erhalten. Ihre Aussicht auf vollständige Genesung war nach dem Urteil der behandelnden Ärzte aber gut. Trotzdem erging die Gerichtsentscheidung zugunsten des Selbstbestimmungsrechts der Frau, da diese psychisch zurechnungsfähig und damit in der Lage gewesen sei, sich gegen ein Leben zu entscheiden, das nach ihrer Ansicht nicht lebenswert war.

Bei der damals 49-Jährigen war im Dezember 2014 Brustkrebs entdeckt worden. Auch finanziell war sie ruiniert. Ihre Tochter gab an, die Werte ihrer Mutter und die Entscheidungen, die sie getroffen habe, hätten immer auf Grundlage des Aussehens, sowohl ihres eigenen wie auch dessen anderer Leute beruht, auf der Basis von Geld und der Möglichkeit, um jeden Preis einen Lebensstil zu pflegen, den sie „funkelnd“ nannte. Der am 7. September 2015 missglückte Suizidversuch, der schließlich zum Nierenversagen geführt hatte, war mithilfe von 60 Tabletten des Schmerzmittels Paracetamol ausgeführt worden.

Ein vergleichbarer Fall wäre in Deutschland ebenso möglich. Der von einem einwilligungsfähigen Patienten verlangte Abbruch einer lebenserhaltenden Therapie wäre in jedem Krankheitsstadium nicht nur zulässig, sondern wegen der fehlenden Einwilligung in diese Behandlung nach § 228 StGB sogar geboten, da der Arzt ansonsten ein fortan rechtswidriges und strafbares Körperverletzungsdelikt nach § 223 StGB beginge. Interessant ist hier aber der Umstand, dass dem in London entschiedenen Behandlungsverzicht ein missglückter Suizidversuch mit ungeeigneten Medikamenten vorausgegangen war. Hätte die Frau gleich einen sachverständigen Todeshelfer – etwa in der Schweiz – aufgesucht, so wäre ihrem Leben vermutlich mit dem relativ sicheren Gift Pentobarbital bereits im September 2015 ein Ende gesetzt worden.

Wer in Deutschland künftig bei der Beihilfe zum Suizid „nicht geschäftsmäßig“ handelt oder entweder Angehöriger des Betroffenen ist oder diesem nahesteht, bleibt auch weiterhin straffrei. „Eine Entscheidung für das Leben und für ein Sterben in Würde“, wie sogar hochrangige Vertreter der katholischen Kirche in Deutschland eifertig in den Medien betonten, war und ist dies nicht;

das Gegenteil ist vielmehr der Fall. Schon nach Ansicht seiner Verfasser handelt „geschäftsmäßig“ im Sinn des neuen § 217 Absatz 1 StGB nur, wer die Gewährung, Verschaffung oder Vermittlung der Gelegenheit zur Selbsttötung zu einem dauernden oder wiederkehrenden Bestandteil seiner Tätigkeit macht, unabhängig von einer Gewinnerzielungsabsicht und unabhängig von einem Zusammenhang mit einer wirtschaftlichen oder beruflichen Tätigkeit. Entscheidend ist für den Tatbestand jedoch zusätzlich, dass der Suizidhelfer spezifische, typischerweise auf die Durchführung des Suizids gerichtete Eigeninteressen verfolgt und dass deren Einbeziehung damit eine „autonome“ Entscheidung der Betroffenen in Frage stellt.

Damit ist bereits die juristische Hintertür erkennbar, die als Einfallstor für suizidassistentzwillige Ärzte und Angehörige geöffnet werden soll: Sofern keine Eigeninteressen erkennbar und von der Staatsanwaltschaft nachweisbar sind, soll die Beihilfe zur Selbsttötung als „nicht geschäftsmäßig“ weiterhin straffrei bleiben. Würden aber auch nur 50.000 der etwa 365.000 berufstätigen Ärzte in Deutschland jeweils einem einzigen Patienten pro Halbjahr in dieser uneigennütigen Weise „aus dem Leben helfen“, so kämen wir auf 100.000 legale, ärztlich assistierte Suizide im Jahr, was bei derzeit etwa 868.000 Sterbefällen in Deutschland insgesamt rund 11,5 Prozent ausmachen würde – eine ungeheuerliche Zahl, selbst verglichen mit den Niederlanden, wo „nur“ 3 Prozent durch eine Sterbehilfehandlung den Tod finden.

In seiner Ausarbeitung vom 24. August 2015 hatte der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages bereits gewarnt, es sei fraglich, ob sich aus der Formulierung des § 217 Absatz 1 StGB in einer dem Bestimmtheitsgebot des Grundgesetzes genügenden Weise zweifelsfrei ergebe, ob und unter welchen Voraussetzungen sich Ärzte, die im Rahmen ihrer Berufstätigkeit Sterbehilfe leisten, strafbar machen. Mit anderen Worten: Das neue Gesetz könnte verfassungswidrig sein. Ein Arzt, der sich am assistierten Suizid eines Patienten beteiligt, muss zumindest das dazu erforderliche pharmakologische und technische Know-how besitzen, damit die Sterbehilfe nicht schiefgeht und er am Ende ungewollt einen schwerstbehinderten Patienten erzeugt. Dieses Wissen wird bislang im Medizinstudium aber nicht vermittelt. Wer es sich anderweitig systematisch aneignet, handelt offensichtlich in der Absicht, diese „Kunst“ mit auf Wiederholung ausgerichteter Tendenz in der Praxis anzuwenden. Das wäre dann allerdings geschäftsmäßiges Handeln.

Was zum vollendeten Glück der Sterbehelfer bislang noch fehlt, ist die Zulassung des in Deutschland nur zum Einschläfern kranker Tiere erlaubten Giftes Pentobarbital, das in der Humanmedizin nicht eingesetzt werden darf. Es ist zu erwarten, dass hier eine geringfügige Änderung in § 13 des Betäubungsmittelgesetzes

(BtMG) demnächst Abhilfe schaffen könnte, denn was nützte ansonsten die partielle Erlaubnis des assistierten Suizids, wenn der Giftschränk verschlossen bliebe?

Bundespräsident Joachim Gauck unterzeichnete das neue Gesetz überraschend schnell schon am 3. Dezember 2015, es wurde im Bundesgesetzblatt am 9. Dezember 2015 veröffentlicht und trat am folgenden Tag in Kraft.<sup>26</sup> Der bisher aus formalen strafrechtlichen Gründen unregelte Graubereich von Anstiftung und Beihilfe zur Selbsttötung hat seit dem 6. November 2015 nachhaltige und gefährliche Konturen erhalten: Indem formal geschäftsmäßiges Handeln in engsten Grenzen verboten wurde, hat der Staat jegliches nicht geschäftsmäßige Handeln auf diesem Gebiet als angeblich altruistisches Tun positiv herausgehoben. Genau darin besteht der Verrat am Lebensschutz, der kaum noch rückgängig zu machen sein wird.

## Literatur

Alexander, R.: Zum Kirchentag: Kanzlerin Merkel stoppt FDP-Gesetz zur Sterbehilfe. Die Welt online vom 3.5.2013. <http://www.welt.de/politik/deutschland/article115860104/Kanzlerin-Merkel-stoppt-FDP-Gesetz-zur-Sterbehilfe.html> (Stand: 17.5.2016)

Bauer, A. W.: Der Hippokratische Eid. Medizinhistorische Neuinterpretation eines (un)bekannten Textes im Kontext der Professionalisierung des griechischen Arztes. Zeitschrift für medizinische Ethik 41 (1995), S. 141-148.

Bauer, A. W.: Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende. Die Patientenverfügung als Patentlösung? Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009a), S. 169-182.

Bauer, A. W.: Hippokrates' Albtraum. Selbsttötung: Der Medizinrechtler Jochen Taupitz plädiert dafür, dass Ärzte künftig als Suizidassistenten tätig werden dürfen. Doch das wäre das Aus des ärztlichen Ethos. Rheinischer Merkur 64 (2009b), Nr. 12 vom 19.3.2009, S. 4.

Bauer, A. W.: Todes Helfer. Warum der Staat mit dem neuen Paragraphen 217 StGB die Mitwirkung am Suizid fördern will. In: Krause Landt, A.: Wir sollen sterben wollen. Warum die Mitwirkung am Suizid verboten werden muss. Waltrop, Leipzig 2013a, S. 93-169.

Bauer, A. W.: Falsch verstandene Liberalität: Der vorerst gestoppte Gesetzestrojaner zum assistierten Suizid. Katholisches Sonntagsblatt. Das Magazin für die Diözese Rottenburg-Stuttgart 161 (2013b), Nr. 36 vom 8.9.2013, S. 10-13.

Bauer, A. W.: Notausgang assistierter Suizid? Die Thanatopolitik in Deutschland vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. In: Hoffmann, T.S. und Knaup, M. (Hrsg.): Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens. Wiesbaden 2015a, S. 49-78.

Bauer, A. W.: Sterbehilfe-Gesetzesentwurf von Dörflinger und Sensburg ist zu begrüßen. kath.net – Katholische Nachrichten vom 20.5.2015b. <http://www.kath.net/news/50637> (Stand: 17.5.2016)

Beihilfe zur Selbsttötung (§ 217 StGB): Wer darf straffrei mitwirken? Dokumentation der Parlamentarischen Fachtagung in Berlin im Januar 2013, Lebensforum spezial, Sonderausgabe März 2013. [http://www.alfa-ev.de/fileadmin/user\\_upload/Lebensforum/2013/lfspezial-2013-suizidhilfe-komplett.pdf](http://www.alfa-ev.de/fileadmin/user_upload/Lebensforum/2013/lfspezial-2013-suizidhilfe-komplett.pdf) (Letzter Abruf: 17.6.2015, inzwischen offline).

Brand, M.; Griese, K.; Vogler, K.; Terpe, H.; Frieser, M.: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der

Selbsttötung. Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/5373 vom 01.07.2015. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/053/1805373.pdf> (Stand: 17.5.2016)

Brody, H.: The Healer's Power. New Haven 1992.

Callsen, S.: Mehrheit der Deutschen befürwortet aktive Sterbehilfe. Die Zeit online vom 21.1.2014. <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2014-01/Sterbehilfe-YouGov-Umfrage> (Stand: 17.5.2016)

Deutscher Ethikrat: Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Berlin 2011. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-nutzen-und-kosten-im-gesundheitswesen.pdf> (Stand: 17.5.2016)

Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Bundesgesetzblatt I, Nr. 49 vom 9. Dezember 2015, S. 2177.

Hillgruber, C.: Schriftliche Stellungnahme zur Vorbereitung der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages am 23. September 2015. Universität Bonn, 14.09.2015. <http://www.bundestag.de/blob/387804/452c910aa854cf719f009a22ae13e6c2/hillgruber-data.pdf> (Stand: 17.5.2016)

Hintze, P.; Reimann, C.; Lauterbach, K.: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz). Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/5374 vom 30.06.2015. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/053/1805374.pdf> (Stand: 17.5.2016)

Kamann, M.: Das sind die vier Möglichkeiten bei der Sterbehilfe. Im Bundestag nehmen die verschiedenen Gesetzesentwürfe zur Suizidhilfe Gestalt an. Die Welt vom 10.6.2015. <http://www.welt.de/142227868> (Stand: 17.5.2016)

Künast, R.; Sitte, P.; Gehring, K.: Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung. Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/5375 vom 30.06.2015. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/053/1805375.pdf> (Stand: 17.5.2016)

Schmidtke, A.: Suizidales Verhalten in Deutschland. Vortrag beim Deutschen Ethikrat am 27.9.2012 in Berlin. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/plenarsitzung-27-09-2012-schmidtke.pdf> (Stand: 17.5.2016).

Sensburg, P.; Dörflinger, T.; Beyer, P.; Hüppe, H.: Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung. Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/5376 vom 30.06.2015. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/053/1805376.pdf> (Stand: 17.5.2016)

Wetzel, M.: Praktisch-politische Philosophie, 1: Allgemeine Grundlagen. Würzburg 2004.

## Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer  
Leiter des Fachgebiets Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin  
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg  
Universitätsmedizin Mannheim (UMM)

Ludolf-Krehl-Straße 7-11  
D-68167 Mannheim

E-Mail: [axel.bauer@medma.uni-heidelberg.de](mailto:axel.bauer@medma.uni-heidelberg.de)  
Homepage: [www.umm.uni-heidelberg.de/ag/gte](http://www.umm.uni-heidelberg.de/ag/gte)