

D. Thesen

I.

Das Recht der Sterbehilfe sowie der Mitwirkung am Suizid weist erhebliche Unklarheiten und Schutzlücken auf. Aus diesem Grund sollte der Gesetzgeber die gesamte Materie regeln.

II.

1. a) Der Gesetzgeber sollte klarstellen, dass der tätige Behandlungsabbruch bzw. die tätige Behandlungsbegrenzung, sofern sie dem (erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht, erlaubt ist, auch wenn sie den Tod des Patienten zur Folge hat. Wegen des ausnahmslosen Tötungsverbots (§§ 212, 216 StGB) ist eine solche gesetzliche Klarstellung geboten. Das maßgebliche Legitimationskriterium ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Es schließt Tötungsunrecht aus. Das folgt bereits daraus, dass jede medizinische Behandlung bzw. auch Weiterbehandlung nur mit Einwilligung des Patienten erlaubt ist.
- b) Wegen des Regelungszusammenhangs sollte ebenfalls klargestellt werden, dass ein Behandlungsverzicht, der dem (erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht, erlaubt ist, selbst wenn er den Tod des Patienten zur Folge hat. In diesen Fällen wird bereits die Garantenpflicht des behandelnden Arztes durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten begrenzt.
2. a) Der Gesetzgeber sollte klarstellen, dass die medizinisch indizierte Verabreichung von schmerz- oder leidmindernden Medikamenten mit (erklärter oder mutmaßlicher) Einwilligung des Patienten auch dann erlaubt ist, wenn dadurch der Todeseintritt beschleunigt wird. Eine gesetzliche Klarstellung ist wegen des ausnahmslosen Tötungsverbots (§§ 212, 216 StGB) geboten. Der maßgebliche Legitimationsaspekt ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten.
- b) Die rechtliche Zulässigkeit dieser Form der Sterbehilfe (herkömmlich „indirekte Sterbehilfe“ genannt) kann nicht von der Vorsatzform der behandelnden Personen abhängen. Deshalb sollte im Rahmen einer gesetzlichen Regelung davon abgesehen werden, die rechtliche Zulässigkeit dieser Form der Sterbehilfe

- davon abhängig zu machen, dass die Lebensverkürzung eine unbeabsichtigte Nebenfolge ist. Die Behandlung ist vielmehr als erlaubt anzusehen, sofern sie sich im Rahmen des medizinisch Vertretbaren bewegt und mit (erklärter oder mutmaßlicher) Einwilligung des Patienten erfolgt. Die Bezeichnung „indirekte Sterbehilfe“ ist unpassend. Daher sollte auf diese Bezeichnung verzichtet werden.
3. Es wäre wünschenswert, wenn der Gesetzgeber klarstellt, dass bei einem freiverantwortlichen Suizid keine Lebensrettungspflichten begründbar sind – und zwar weder aus einem besonderen Garantenverhältnis noch aus der allgemeinen Hilfeleistungspflicht (§ 323c StGB).
 4. Die vorgeschlagenen Klarstellungen (1.–3.) sind aus Gründen der Rechtssicherheit geboten. Außerdem soll dadurch Aushöhlungen des Anwendungsbereichs des § 216 StGB entgegengetreten werden.

III.

1. Aus dem Urteil des BVerfG zum Recht auf selbstbestimmtes Sterben lässt sich nicht herleiten, dass § 216 StGB insgesamt verfassungswidrig ist.
2. a) § 216 StGB bedarf allerdings einer Einschränkung für die seltenen Fälle, in denen eine Person, die sich freiverantwortlich entschieden hat, aus dem Leben zu scheiden, aufgrund einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung und den damit einhergehenden körperlichen Einschränkungen nicht in der Lage ist, die Tötungshandlung selbst zu vollziehen. Denn das Recht auf selbstbestimmtes Sterben läuft für diese Personengruppe ansonsten faktisch leer. Insoweit gerät § 216 StGB wegen seines ausnahmslosen Tötungsverbots in Konflikt mit der Verfassung. Dem Gesetzgeber ist aus Gründen der Rechtssicherheit zu empfehlen, diese Fallkonstellation gesetzlich zu regeln und vom Tötungsunrecht auszunehmen. Durch eine gesetzliche Regelung lässt sich zudem einer Aushöhlung des Anwendungsbereichs des § 216 StGB entgegenwirken.
- b) Im Weiteren bedarf es jedoch eines legislativen Schutzkonzepts zur Gewährleistung eines hinreichenden Autonomie- und Lebensschutzes (→ IV. 3.). Die Einhaltung der Vorgaben dieses Schutzkonzepts sollte Voraussetzung für die Umsetzung der Entscheidung der betroffenen Person sein, aus dem Leben zu scheiden.

IV.

1. Der Gesetzgeber sollte die Suizidhilfe regulieren. Ein Regulierungsbedarf besteht aus mehreren Gründen: Ärzte, die Suizidhilfe leisten, setzen sich derzeit wegen der fehlenden Regulierung beachtlichen Strafbarkeitsrisiken aus. Diese Risiken können sich negativ auf die Auswahl der Personen auswirken, die bereit sind, Suizidassistenten zu leisten. Damit gehen Gefahren für Autonomie- und Lebensschutz sterbewilliger Personen einher. Sterbewilligen Personen mit freiverantwortlichem Suizidentschluss wird es zudem erschwert, vertrauenswürdige und integre Ärzte zu finden, die diese Aufgabe übernehmen.
2. Der Gesetzgeber hat nach den Vorgaben des BVerfG mehrere Regulierungsoptionen.
 - a) Hierzu gehört auch der Einsatz des Strafrechts. Die Einführung einer neuen strafrechtlichen Verbotsnorm ist abzulehnen. Die Mitwirkung an Suiziden, die nicht freiverantwortlich sind, ist bereits nach derzeitiger Rechtslage regelmäßig strafbar. Der Gesetzgeber sollte den Fokus daher auf Prävention und nicht auf Repression legen.
 - b) Dem Gesetzgeber ist die Einführung eines verfahrensrechtlichen Schutzkonzepts zu empfehlen. Ein solches Konzept ist zum Schutz von Autonomie und Leben sterbewilliger Personen grundsätzlich geeignet. Ziel sollte es sein, die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung nach den Vorgaben des BVerfG zu gewährleisten. Der vom BVerfG vorgegebene erhöhte Freiverantwortlichkeitsmaßstab ist in der Sache angemessen. Daher sollten diese Anforderungen an die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung von Gesetzgebung und Rechtsprechung übernommen werden.
3. Die Kernelemente eines verfahrensrechtlichen Schutzkonzepts sind den Vorgaben des BVerfG entsprechend: Beratung bzw. Aufklärung, Feststellung der Freiverantwortlichkeit, Regelungen zum zeitlichen Ablauf und zur Durchführung der Suizidassistenten.
 - a) Eine umfassende Beratung bzw. Aufklärung ist unverzichtbare Voraussetzung, um eine freiverantwortliche Suizidentscheidung zu ermöglichen. Beratung und Aufklärung sollten von Personen durchgeführt werden, die auf dem jeweiligen Gebiet hinreichend qualifiziert sind. Sie dürfen den Sterbewilligen nicht bevormunden. Daher müssen Beratung bzw. Aufklärung ergebnisoffen sein. Der Inhalt des Beratungs- bzw. Aufklärungsgesprächs ist zu dokumentieren. Das Dokument ist der sterbewilligen Person auszuhändigen.

- b) Die Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses sollte regelmäßig von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie begutachtet werden. Bei Personen, bei denen der Verdacht auf eine psychische Störung besteht, eine psychische Störung vorliegt, sowie bei Personen in Lebenskrisen sollte die Prüfung der Freiverantwortlichkeit zwingend von einem solchen Facharzt vorgenommen werden.

Darüber hinaus ist eine Begutachtung der Freiverantwortlichkeit des Sterbewunsches durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Regelfall vorzusehen. Hierfür spricht vor allem, dass psychische Störungen (wie insbesondere Depressionen) von anderen Ärzten nicht zuverlässig erkannt werden und dass Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in der Gesprächsführung mit Personen mit Sterbewunsch am besten geschult sind. Das Gutachten über die Feststellung der Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses ist dem Sterbewilligen auszuhändigen.

- c) Die Unterstützung beim Suizid sollte ebenfalls durch hinreichend qualifizierte Personen, also geeignete Fachärzte, erfolgen. Vor Durchführung der Suizidassistenz sollten sie insbesondere die Einwilligungsfähigkeit der Person sowie die Dokumente über die Beratung sowie die Begutachtung der Freiverantwortlichkeit prüfen. Die Durchführung der Suizidassistenz ist zu dokumentieren.
- d) Der Gesetzgeber sollte sicherstellen, dass sterbewillige Personen das geeignetste Präparat erhalten können. Der Suizid sollte möglichst schmerzfrei und risikoarm vollzogen werden können. Sofern Natrium-Pentobarbital das am besten geeignete Mittel hierfür sein sollte, sind Anpassungen des Betäubungsmittelgesetzes vorzunehmen. Denn Strafbarkeitsrisiken für Ärzte bei der Verschreibung von Betäubungsmitteln sollten vermieden werden. Um Missbrauchsgefahren vorzubeugen, sollte davon abgesehen werden, die tödliche Substanz an den Sterbewilligen auszuhändigen. Das Betäubungsmittel sollte unter Anleitung und Aufsicht eines fachlich qualifizierten Arztes vom Sterbewilligen angewendet werden.
- e) Die drei Verfahrensschritte – Beratung bzw. Aufklärung, Begutachtung der Freiverantwortlichkeit und Unterstützung beim Suizid – sind von unterschiedlichen Personen durchzuführen. Diese Personen sollten persönlich, wirtschaftlich und organisatorisch voneinander unabhängig sein.
- f) Bei Bedarf kann der Gesetzgeber weitere Kontrollmechanismen vorsehen. Hilfreich dürfte es insoweit insbesondere sein, eine Prüfungskommission einzusetzen, die ex ante, also vor der

Durchführung der Suizidassistenten, die Dokumente auf Vollständigkeit, Regelkonformität und Plausibilität prüft. Hierfür reicht es, wenn die Kommission mit zwei fachlich in diesem Bereich qualifizierten Personen besetzt ist, einem Arzt und einem Juristen.

- g) Der Gesetzgeber sollte im Rahmen des Schutzkonzepts flankierende Regeln einführen. Dazu gehören u. a. Berichts- und Meldepflichten sowie Werbe- und Kommerzialisierungsverbote.
- h) Es ist gegenwärtig nicht zu empfehlen, Sterbehilfeorganisationen gänzlich zu verbieten. Es ist schon nicht ersichtlich, wie sterbewillige Personen mit freiverantwortlichem Suizidentchluss ohne deren Unterstützung Zugang zu Ärzten finden könnten, die bereit sind, beim Suizid zu assistieren. Die Tätigkeit der Sterbehilfevereine ist aber von einem verwaltungsrechtlichen Zulassungsverfahren abhängig zu machen.