



**Gemeinsame Stellungnahme  
des Bevollmächtigten des Rates der EKD  
bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union und  
des Leiters des Kommissariats der deutschen Bischöfe  
– Katholisches Büro in Berlin –**

**zu vier Gesetzentwürfen betreffend die Hilfe zur Selbsttötung**

- Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, eingebracht von den Abgeordneten *Michael Brand, Kerstin Griese* u. a. (BT-Drs. 18/5373)
- Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz), eingebracht von den Abgeordneten *Peter Hintze, Carola Reimann* u. a. (BT-Drs. 18/5374)
- Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung, eingebracht von den Abgeordneten *Renate Künast, Petra Sitte* u. a. (BT-Drs. 18/5375)
- Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung, eingebracht von den Abgeordneten *Patrick Sensburg, Thomas Dörflinger* u. a. (BT-Drs. 18/5376)

## **I. Sterbebegleitung aus christlicher Perspektive**

Nach christlicher Überzeugung kommt jedem Menschen allein aufgrund seines Menschseins eine besondere, unantastbare **Würde** zu. Diese Würde gründet nicht in der Leistungsfähigkeit eines Menschen, seiner Vernunftbegabung oder in dem Nutzen, den er für andere hat. Sie folgt vielmehr daraus, dass Gott jeden Menschen nach seinem Bild geschaffen hat und ihn bejaht. Dies gilt unabhängig von der Selbsteinschätzung des Betroffenen oder von Einschätzungen anderer. Die unveräußerliche Menschenwürde verpflichtet die Kirchen, für den Schutz des menschlichen Lebens einzutreten.<sup>1</sup> Der unantastbaren Würde eines jeden Menschen entspricht seine **Selbstbestimmung**. Menschliche Autonomie darf allerdings nicht dahingehend missverstanden werden, als könne und solle der Mensch völlig autark leben. Bei

---

<sup>1</sup> Vgl. etwa die Textsammlung in: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz/Kirchenamt der EKD (Hrsg.), Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe, 2. Aufl. 2011 (= Gemeinsame Texte 17).

aller Freiheit ist er doch stets auf andere verwiesen und angewiesen, was in besonderer Weise am Lebensanfang und Lebensende sichtbar wird. Deswegen darf das Angewiesensein auf Hilfe und Fürsorge nicht mit Fremdbestimmung verwechselt und als Beeinträchtigung der Menschenwürde verstanden werden.<sup>2</sup> Dass zum Leben auch Schwäche, Krankheit und Sterben zählen, wird in einer auf Perfektion, Leistung und Wettbewerb angelegten Gesellschaft häufig nicht angemessen wahrgenommen. Wer meint, vom Anfang bis zum Ende uneingeschränkt Herr des eigenen Lebens sein zu können, unterliegt einer Illusion.<sup>3</sup> Die Kirchen sehen es als ihre Aufgabe an, die Wahrnehmung dieser Grundbefindlichkeit menschlichen Lebens im Bewusstsein zu halten und ihr gesellschaftlich Raum zu geben.

Nach christlicher Auffassung bedeutet Selbstbestimmung, das aus Gottes Hand empfangene Leben selbst zu gestalten und es zugleich vor sich, vor anderen und vor Gott zu verantworten.<sup>4</sup> So verstanden führt Selbstbestimmung nicht zu einem absoluten Verfügungsrecht über das eigene Leben – und damit auch nicht über das eigene Sterben. Der Suizid widerspricht dem Ja Gottes zu jedem menschlichen Leben.<sup>5</sup> Die Selbsttötung kann daher nicht gutgeheißen werden;<sup>6</sup> erst recht dürfen Selbsttötungen nicht gefördert werden.

Viele Menschen fürchten sich davor, am Lebensende unter starken Schmerzen zu leiden, medizinischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung willenlos ausgeliefert zu sein, Angehörigen oder anderen Bezugspersonen zur Last zu fallen oder einsam zu werden.<sup>7</sup> Menschen mit ihren Ängsten nicht alleine zu lassen, sie vielmehr ernst zu nehmen und Angebote einer menschenwürdigen Begleitung und Unterstützung auf dem letzten Lebensweg zu machen, ist den Kirchen ein großes Anliegen. In zahlreichen Hospizen und anderen Einrichtungen machen die Kirchen deshalb – insbesondere durch Caritas und Diakonie – ein breites medizinisches, pflegerisches und seelsorgliches Angebot. Ebenso engagieren sie sich in diesem Sinne in der Krankenhauseelsorge und arbeiten stetig daran, die in der Palliativversorgung tätigen Menschen für eine würdevolle Sterbebegleitung zu sensibilisieren.<sup>8</sup>

Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen, ist allerdings zugleich eine **gesamtgesellschaftliche Aufgabe**. Der Staat ist aufgefordert, die notwendigen Rahmenbedingungen für eine verbesserte hospizliche und palliative Begleitung Schwerstkranker und Sterbender zu

---

<sup>2</sup> Vgl. *Lehmann*, Erklärung des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz zur Stellungnahme des Nationalen Ethikrates „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ v. 13. 7. 2006.

<sup>3</sup> Vgl. *Spieker*, in: Hoffmann/Knaup (Hrsg.), Was heißt: In Würde sterben?, 2015, S. 216 (222); *ders.*, ZfL 2014, 90 (92).

<sup>4</sup> Vgl. *Bedford-Strohm*, Leben dürfen – Leben müssen. Argumente gegen die Sterbehilfe, 2015, S. 152 ff.; *Hauptausschuss des Zentralkomitees der deutschen Katholiken*, Ja zur palliativen Begleitung – Nein zur organisierten Suizidbeihilfe. Stellungnahme zur Diskussion um ein Verbot organisierter Beihilfe zum Suizid v. 17. 10. 2014, Ziff. 1.2.

<sup>5</sup> Vgl. *Marx*, Focus 46/2014, S. 30.

<sup>6</sup> Vgl. die Gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West), 1989, in: *Gemeinsame Texte* 17 (Fn. 1), S. 66 f.

<sup>7</sup> Vgl. *Sozialwissenschaftliches Institut der EKD*, Die Angst vorm Sterben. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zur Sterbehilfe, 2015, S. 18 f.

<sup>8</sup> Vgl. etwa die Projekte „Bei uns soll keiner alleine sterben“ (Deutscher Caritasverband, [www.caritas.de/magazin/schwerpunkt/sterben-und-tod/bei-uns-soll-keiner-alleine-sterben](http://www.caritas.de/magazin/schwerpunkt/sterben-und-tod/bei-uns-soll-keiner-alleine-sterben)), „Der Tod gehört zum Leben“ (Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband, [www.diakonie.de/04-2011-der-tod-gehört-zum-leben-7887.html](http://www.diakonie.de/04-2011-der-tod-gehört-zum-leben-7887.html)) und „Sterbende Menschen begleiten – Krankheit, Tod und Trauer in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe“ (verbändeübergreifend, [www.hinzundkunft.de/sterbebegleitung-fuer-obdachlose/](http://www.hinzundkunft.de/sterbebegleitung-fuer-obdachlose/)).

gewährleisten. Wichtige Schritte auf diesem Weg sind mit dem Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland<sup>9</sup> eingeleitet worden.

Die notwendige Hilfe in der letzten Lebensphase schließt die bestehenden rechtlich zulässigen und aus christlicher Perspektive ethisch vertretbaren Formen der Begleitung Sterbender ein. Die Möglichkeiten reichen vom Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, über den Abbruch lebenserhaltender Therapien bis hin zu Schmerztherapien, die unter Umständen das Bewusstsein einschränken und in seltenen Fällen auch eine Lebensverkürzung als Nebenfolge in Kauf nehmen. Niemand darf in Deutschland gegen seinen Willen lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen ausgesetzt sein und niemand muss unter unerträglichen Schmerzen sterben. Das erhebliche **Informationsdefizit** über die vorhandenen Optionen zu beseitigen, ist eine zentrale Aufgabe von Gesellschaft, Staat und Kirche.

Angebote der Suizidassistenten – sei es durch Ärzte, Vereine oder Einzelpersonen – lehnen die Kirchen ab. Sie sehen darin keine angemessene gesellschaftliche Reaktion auf die oben benannten Ängste und Sorgen der Menschen. Im Gegenteil: Die Schaffung, Etablierung und Legitimierung derartiger Angebote der Hilfe zur Selbsttötung würde zu einer Normalisierung und Professionalisierung der Lebensbeendigung durch Suizid führen. Die Kirchen befürchten, dass sich hierdurch das Wertefundament des Zusammenlebens entscheidend verändert und das menschliche Leben gerade in seiner verletzlichsten Phase in nicht hinnehmbarer Weise gefährdet wird. Ebenso hat der Deutsche Ethikrat zu Recht festgestellt, dass die Förderung der Selbsttötung als reguläres Dienstleistungsangebot den gesellschaftlichen Respekt vor dem Leben schwächen würde.<sup>10</sup>

Solche gesellschaftlichen Entwicklungen haben unmittelbare Rückwirkungen auf das Individuum: Je selbstverständlicher und einfacher zugänglich Optionen der Hilfe zur Selbsttötung werden, umso eher ist zu befürchten, dass sich Menschen in einer extrem belastenden Lebenssituation innerlich oder äußerlich unter Druck gesetzt sehen, von einer derartigen Option Gebrauch zu machen und selbst ihrem Leiden ein Ende zu bereiten. Solche Befürchtungen werden durch aktuelle Umfragen bestätigt. So erwarten 62,7 Prozent der Befragten, dass sich mehr Menschen für einen vorzeitigen Tod entschieden, wenn die ärztliche Suizidhilfe gesetzlich geregelt würde.<sup>11</sup>

## II. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf

In der aktuellen politischen Debatte wird immer wieder die Frage aufgeworfen, ob es überhaupt einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf gebe. Die Kirchen sehen einen solchen Handlungsbedarf aus folgenden Gründen:

Derzeit ist die Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland – anders als die Tötung auf Verlangen – nicht strafbar. Dieser Rechtszustand gilt unverändert, seit zum 1. Januar 1872 das Reichsstrafgesetzbuch in Kraft trat, auf dem das heutige StGB beruht. Die Kirchen halten es weiterhin für legitim, dass das Strafrecht zum Suizid schweigt. Zwar sehen sie in der Selbsttötung einen Widerspruch zum Charakter des menschlichen Lebens als Gabe, doch ist der Suizid

---

<sup>9</sup> Siehe BT-Drs. 18/5170.

<sup>10</sup> Vgl. Ad-Hoc-Empfehlung vom 18. 12. 2014.

<sup>11</sup> Vgl. *Sozialwissenschaftliches Institut der EKD* (Fn. 7), S. 18 f.

oftmals zugleich Ausdruck menschlicher Verzweiflung, auf die das Strafrecht als ultima ratio des Staates keine adäquate Reaktion darstellt.

Allerdings haben sich die gesellschaftlichen Realitäten seit den Ursprüngen unserer Strafrechtsordnung grundlegend verändert: In Deutschland ist zuletzt ein wachsendes Angebot für organisierte Suizidhilfe durch sogenannte Sterbehilfevereine entstanden (vgl. insbesondere „Sterbehilfe Deutschland e.V.“ oder „DIGNITAS Deutschland e.V.“). Allein die Zahl der „Suizidbegleitungen“ des Vereins „Sterbehilfe Deutschland“ hat sich seit 2010 auf zuletzt 44 „Suizidbegleitungen“ im Jahr 2014 mehr als verdoppelt; nach eigenen Angaben zählte der Verein zuletzt 513 Mitglieder mit stark steigender Tendenz.<sup>12</sup> Daneben wird öffentlich von den Aktivitäten verschiedener Einzelpersonen – darunter auch Ärzten – berichtet, die Suizidbegleitungen in Deutschland anbieten.<sup>13</sup> Das deutsche Recht bietet bislang keine hinreichend bestimmte Grundlage, um gegen diese problematischen Entwicklungen im erforderlichen Maße vorzugehen.<sup>14</sup>

Die dramatischen Folgen der Etablierung von Suizidhilfe zeigen sich in der Schweiz, wo im Jahr 2013 allein 587 Fälle des assistierten Suizids von in der Schweiz wohnhaften Personen erfasst wurden;<sup>15</sup> hinzu kommen die Fälle der sogenannten „Sterbetouristen“, die eigens zum Suizid in die Schweiz reisen und von denen ein Großteil aus Deutschland stammt.<sup>16</sup> Ob die Suizidbegleitungen ausschließlich im Falle einer entsprechenden freiverantwortlichen Entscheidung der Sterbewilligen durchgeführt wurden, erscheint zumindest zweifelhaft, da nachweislich ein nicht geringer Teil der Betroffenen an psychischen Erkrankungen litt.<sup>17</sup>

### III. Bewertung der Gesetzentwürfe im Einzelnen

Die Kirchen nehmen mit großem Respekt den Beratungsprozess des Deutschen Bundestages – von der Orientierungsdebatte am 13. November 2014 bis zu den nun vorliegenden Gesetzentwürfen – wahr. Sie sind dankbar für den Geist, in dem diese Debatte geführt wird, und beobachten, dass sich die Beratungen des Deutschen Bundestages in positiver Weise auf den gesellschaftlichen Diskurs auswirken.

Die Kirchen würdigen, dass die Gesetzentwürfe von *Brand/Griese* u. a. und *Sensburg/Dörflinger* u. a. die Perspektive der besonders schutzwürdigen Menschen einnehmen, dem Lebensschutz verpflichtet sind bzw. diesen in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen stellen. Dem skizzierten gesetzgeberischen Handlungsbedarf entspricht aus kirchlicher Sicht von den vorliegenden Gesetzentwürfen am ehesten der Entwurf von *Brand/Griese* u. a.

Im Einzelnen nehmen die Kirchen zu den Entwürfen wie folgt Stellung:

---

<sup>12</sup> Vgl. *Benzin*, Der Ausklang. Edition 2015, S. 10.

<sup>13</sup> S. etwa [www.3sat.de/page/?source=/nano/gesellschaft/174568/index.html](http://www.3sat.de/page/?source=/nano/gesellschaft/174568/index.html), abgerufen am 17. 8. 2015.

<sup>14</sup> Vgl. etwa im Hinblick auf das ärztliche Berufsrecht *VG Berlin*, Urteil vom 30. 2. 2012 – 9 K 63.09 –, MedR 2013, 58.

<sup>15</sup> Vgl. *Bundesamt für Statistik*, [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/01/nip\\_detail.Document.170407.xls](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/01/nip_detail.Document.170407.xls), abgerufen am 17. 8. 2015.

<sup>16</sup> Vgl. *Gauthier/Mausbach/Reisch* u. a., *Journal of Medical Ethics* 2015, 611 (613).

<sup>17</sup> Vgl. *Benzin*, Der Ausklang. Edition 2015, S. 49; kritisch deswegen *Hohendorf*, *ZfL* 2014, 52 (57); zur Aufhebung der Steuerungsfähigkeit bei schwerwiegenden Depressionszuständen *Hillgruber*, in: Hoffmann/Knaup (Hrsg.), Was heißt: In Würde sterben?, 2015, S. 115 (121).

## 1. Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (Brand/Griese u. a.)

Der Entwurf von *Brand/Griese* u. a. sieht die Schaffung eines § 217 StGB vor, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellt, wenn sie mit der Absicht zur Förderung der Selbsttötung eines anderen vorgenommen wird (Abs. 1); nicht geschäftsmäßig handelnde Teilnehmer einer solchen Tat sollen straffrei bleiben, wenn sie Angehörige des Suizidwilligen sind oder diesem sonst nahestehen (Abs. 2).

Zu begrüßen ist, dass der Gesetzentwurf das Ziel verfolgt, das menschliche Leben vor übereilten oder nicht selbstbestimmten Verfügungen zu schützen. **Geschützte Rechtsgüter** sind die **Autonomie des Einzelnen** (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG), die es vor unzulässigem gesellschaftlichen Druck zur Selbsttötung zu bewahren gilt, und das **menschliche Leben** (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG). Zwar besteht juristisch keine Rechtspflicht zu leben, doch ist die staatliche Schutzpflicht zugunsten der beiden Verfassungsgüter jedenfalls berührt, wenn Selbsttötungen nicht auf autonomen Entscheidungen beruhen.<sup>18</sup> Diese Gefahr rechtfertigt das geforderte Verbot – ebenso wie übrigens die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB.<sup>19</sup> Gewöhnungs- und Nachahmungseffekte darf der Staat mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln zu verhindern versuchen.

Strafrechtssystematisch ist der vorgeschlagene § 217 StGB als abstraktes Gefährungsdelikt<sup>20</sup> anzusehen, da das Angebot der Hilfe zur Selbsttötung das Risiko erhöht, dass auch solche Patienten entsprechende Angebote in Anspruch nehmen, die sich nicht selbstbestimmt für den Suizid entschieden haben. Diese Gefahr für die freie Selbstbestimmung und das menschliche Leben geht insbesondere von solchen Handlungen aus, die geschäftsmäßig und mit der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, erbracht werden. Suizidhilfe, die als Dienstleistung zur alltäglichen Selbstverständlichkeit wird, erweckt den fatalen „Anschein der Normalität“<sup>21</sup>. Jede Professionalisierung lässt die Hilfe zum Suizid als reguläre Alternative zu den unter I. genannten Möglichkeiten der Begleitung und Behandlung schwerstkranker und sterbender Menschen erscheinen, so dass Betroffene leicht unter einen subtilen sozialen Druck geraten, sich für einen Suizid zu entscheiden.<sup>22</sup> Es erscheint naheliegend, dass Alternativen nicht mehr in der gebotenen Form in Erwägung gezogen würden, wenn der begleitete Suizid für jeden einfach und unkompliziert erreichbar wäre. Vor allem die geschäftsmäßige Suizidhilfe birgt zudem ein hohes Missbrauchsrisiko in sich, da sie auf Versteigerung und Fortsetzung angelegt ist. Daraus resultiert die „Gefahr fremdbestimmender Ein-

<sup>18</sup> Vgl. *Di Fabio*, in: Maunz/Dürig, GG, Art. 2 II (2004) Rn. 48; *Hillgruber*, in: Hoffmann/Knaup (Fn. 17), S. 115 (124 f.); *Murswiek*, in: Sachs (Hrsg.), GG, 7. Aufl. 2014, Art. 2 Rn. 210, auch zur Schutzpflicht gegenüber selbstschädigenden Handlungen eines Suizidwilligen.

<sup>19</sup> Vgl. *Jarass*, in: ders./Pieroth, GG, 13. Aufl. 2014, Art. 2 Rn. 100; *Goos*, in: Feinendegen u. a. (Hrsg.), Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende, 2014, S. 53 (86); *Murswiek* (Fn. 18), Art. 2 Rn. 212a; *Schulze-Fielitz*, in: Dreier, GG, 3. Aufl. 2013, Art. 2 Rn. 64.

<sup>20</sup> Vgl. zum Gesetzentwurf *Brand/Griese* u. a. BT-Drs. 18/5373, S. 16; ferner – trotz Zweifeln – für die Verfassungsmäßigkeit eines so begründeten Verbots, *Henking*, JR 2015, 174 (180).

<sup>21</sup> Vgl. schon 2012 die Begründung des Gesetzentwurfs der *Bundesregierung* für ein Gesetz zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung, BT-Drs. 17/11126, S. 6; ähnlich der *Deutsche Ethikrat*, Ad-Hoc-Empfehlung vom 18. 12. 2014.

<sup>22</sup> Vgl. *Hillgruber*, in: Hoffmann/Knaup (Fn. 17), S. 115 (136); *Rau*, Wird alles gut? Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß. Berliner Rede v. 18. 5. 2001, Ziff. XII; *Spieker*, in: Hoffmann/Knaup (Fn. 3), S. 216 (225).

flussnahme in Situationen prekärer Selbstbestimmung<sup>23</sup>, da Eigeninteressen des Suizidhelfers die Selbstbestimmung des Suizidwilligen beeinflussen oder gar überlagern könnten.

Das von *Brand/Griese* u. a. vorgeschlagene Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe stellt keine Beschränkung der Autonomie Sterbewilliger dar. Im Gegenteil: Die vorgeschlagenen Regelungen sollen die Selbstbestimmung gerade vor Fremdbeeinflussung schützen. Das staatliche Strafrecht würde hier weiter zur selbstverantworteten Selbsttötung schweigen – beschränkt würde lediglich die Umsetzungshilfe durch einen Dritten. Verfassungsrechtlich ist dies unproblematisch, da es kein grundrechtlich verbrieftes Recht gibt, sich bei der Erfüllung eines etwaigen Sterbewunsches von anderen unterstützen zu lassen.<sup>24</sup> Dies ist für die Tötung auf Verlangen in Deutschland weitestgehend anerkannt, gilt aber in gleichem Maße für die Förderung der Selbsttötung eines anderen.

Dagegen lässt sich auch nicht einwenden, das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung des Suizids führe zu einer „Rechtspflicht zum Erleiden von Qualen“<sup>25</sup> oder zwinge den Einzelnen in einen besonders brutalen Suizid. Denn selbstverständlich hat der Einzelne ein Recht auf ein menschenwürdiges Sterben und einen daraus resultierenden Anspruch auf eine angemessene palliativmedizinische Versorgung. Der weitere Ausbau entsprechender Angebote ist daher uneingeschränkt zu fordern.

Die Kirchen begrüßen ferner, dass der Entwurf von *Brand/Griese* u. a. die nach geltender Rechtslage zulässigen Formen der Sterbebegleitung nicht beschränkt. In der Gesetzesbegründung wird ganz ausdrücklich hervorgehoben, dass die Hilfe beim Sterben, die Angehörige von Heilberufen in Krankenhäusern, Hospizen und anderen Einrichtungen leisten, nicht unter den vorgeschlagenen Straftatbestand fallen. Dies ist ein Beitrag zur Rechtssicherheit. Die Kirchen verkennen nicht, dass es sehr seltene Ausnahmesituationen geben mag, in denen die Palliativmedizin an ihre Grenzen stößt.<sup>26</sup> Auf solche Ausnahmefälle sollte aber ein allgemeines Gesetz nicht gestützt werden. Sie sind zudem nicht Gegenstand des vorgeschlagenen Verbotes, weil es an der Geschäftsmäßigkeit des Tuns fehlt. Das **Tatbestandsmerkmal der Geschäftsmäßigkeit** wird in der Entwurfsbegründung so definiert, dass es denjenigen Suizidhelfer erfasst, der eine Tätigkeit planmäßig „zu einem dauernden oder wiederkehrenden Bestandteil seiner Tätigkeit macht“<sup>27</sup>. Auf diese Weise ermöglicht das Tatbestandsmerkmal der Geschäftsmäßigkeit – nicht zuletzt im Zusammenspiel mit der ausführlichen Gesetzesbegründung – in den äußerst komplexen Lebenssituationen Einzelfallentscheidungen unter Berücksichtigung aller relevanten objektiven und subjektiven Umstände.

Zugleich lässt das geforderte Verbot die Möglichkeit unangetastet, bei entsprechendem Krankheitsverlauf schmerzstillende Medikamente einzusetzen, selbst wenn dabei der Tod des Patienten in Kauf genommen werden sollte. In diesem Fall will der Arzt nicht den Tod

---

<sup>23</sup> *Deutscher Ethikrat*, Ad-Hoc-Empfehlung vom 18. 12. 2014.

<sup>24</sup> Vgl. *BGHSt* 55, 191 = *NStZ* 2010, 630 (632); *Hillgruber*, in: Hoffmann/Knaup (Fn. 17), S. 115 (138); *Schulze-Fielitz* (Fn. 19), Art. 2 Rn. 85; ferner *Dabrock*, *Süddeutsche Zeitung* v. 23. 8. 2014, S. 2.

<sup>25</sup> *Reiche*, *BT-Plenarprotokoll* 18/115, S. 11049.

<sup>26</sup> Vgl. *Marx*, <http://www.faz.net/-gpg-7tjib>, abgerufen am 17. 8. 2015.

<sup>27</sup> *BT-Drs.* 18/5373, S. 17; vgl. weiterhin auch S. 12, 16 ff. der Gesetzesbegründung, wo die Kriterien für die Bewertung einer Tätigkeit als geschäftsmäßig detailliert beschrieben werden. Insbesondere die Abgrenzung zur erlaubten „Hilfe beim Sterben“ durch Angehörige von Heilberufen im Rahmen medizinischer Behandlung wird ausführlich begründet. Die Bedenken des *Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages* (WD 3 - 3000 - 188/15, S. 10 f.) gegen die Bestimmtheit dieses Tatbestandsmerkmals teilen die Kirchen daher nicht.

eines Patienten, sondern nach den Regeln der ärztlichen Kunst Leiden lindern.<sup>28</sup> Solange ein Arzt mit dieser Absicht handelt, begründet der Gesetzentwurf kein erhöhtes Strafbarkeitsrisiko. Näher als eine Strafbarkeit nach dem neuen § 217 StGB läge in diesen Konstellationen im Übrigen – wenn überhaupt – eine Strafbarkeit wegen Tötung auf Verlangen gem. § 216 StGB, dessen Anwendungsbereich aber gerade nicht – von keinem der vier Gesetzentwürfe – verändert werden soll. Deswegen führt der vorgeschlagene § 217 StGB nicht zu einer erhöhten Rechtsunsicherheit, sondern gewährleistet durch seine klaren objektiven wie subjektiven Tatbestandsmerkmale vielmehr **Rechtssicherheit für Ärzte**.

Ebenso darf eine begonnene medizinische Therapie auch weiterhin unter bestimmten Voraussetzungen – insbesondere auf der Basis einer entsprechenden Patientenverfügung – abgebrochen werden.<sup>29</sup> Die Straffreiheit eines solchen Behandlungsabbruchs will ebenfalls keiner der vier Gesetzentwürfe verändern. Ethisch besteht ein erheblicher Unterschied zwischen der absichtlichen (Selbst-)Tötung eines Menschen etwa durch ein tödlich wirkendes Mittel und dem Sterbenlassen etwa durch das Abschalten lebenserhaltender Geräte.<sup>30</sup> Deshalb ermutigen die evangelische und die katholische Kirche in Deutschland auch weiterhin dazu, sich rechtzeitig mit dem eigenen Sterben auseinanderzusetzen und beispielsweise im Rahmen einer Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht die eigenen Wünsche explizit zu äußern. Dadurch ließe sich der in der Bevölkerung anzutreffenden Angst vor unnötigem Leiden begegnen, die in der aktuellen Debatte teilweise in ungutem Sinne instrumentalisiert wird.

Weiterhin begrüßen die Kirchen, dass der Entwurf von *Brand/Griese u. a.* **kein Sonderrecht für Ärzte** schafft, für das es keinerlei Rechtfertigung gäbe. Eine Beschränkung des Straftatbestandes auf Ärzte blendete das ebenfalls strafwürdige Verhalten anderer geschäftsmäßig agierender Täter aus, während bei einer Legalisierung der Suizidförderung unklar bliebe, weshalb diese auf Ärzte beschränkt bleiben sollte.<sup>31</sup> Gerade wegen des besonderen Vertrauensverhältnisses, das zwischen (sterbenskranken) Patienten und deren Ärzten oftmals besteht, dürfen die Tötung eines Menschen und die Mitwirkung an einer Selbsttötung nicht zu dem Spektrum zulässiger medizinischer Behandlungen gezählt werden.<sup>32</sup>

Soweit gegen den Gesetzentwurf vorgebracht wird, die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung eines anderen könne aus strafrechtssystematischen Gründen nicht unter Strafe gestellt werden, da es an einer beihilfefähigen Haupttat fehle, ist dieser Vorwurf juristisch unzutreffend. Zwar handelt es sich bei der geforderten Strafbarkeit tatsächlich nicht um eine Beihilfe im Sinne des § 27 StGB, doch steht es dem Gesetzgeber gleichwohl frei, einen eigenen Straftatbestand zu schaffen, der die (täterschaftliche) Förderung der Selbsttötung er-

---

<sup>28</sup> Vgl. Entwurfsbegründung, BT-Drs. 18/5373, S. 18 f.

<sup>29</sup> Vgl. aus christlicher Perspektive zu ethisch gebotenen Einschränkungen der gesetzlich eröffneten Regelungsmöglichkeiten Kirchenamt der EKD/Sekretariat der DBK (Hrsg.), *Christliche Patientenvorsorge*, 2010, S. 12 ff.; aus katholischer Sicht *Kongregation für die Glaubenslehre*, Erklärung zur Euthanasie vom 5. 5. 1980, Abschn. IV.

<sup>30</sup> Vgl. auch *BGHSt* 55, 191 = *NSStZ* 2010, 630 (2. LS), wo nicht mehr danach differenziert wird, ob ein Behandlungsabbruch durch Unterlassen oder durch aktives Tun herbeigeführt wird.

<sup>31</sup> Vgl. (insoweit konsequent) *Künast*, *RuP* 2014, 1 (3 f.).

<sup>32</sup> Vgl. § 16 Satz 3 Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte; *Montgomery*, *Deutsches Ärzteblatt* 2015, A 1155 unter Verweis auf die „Gefahr eines Dammbrochs“; *Deutscher Ethikrat*, Ad-Hoc-Empfehlung vom 18. 12. 2014.

fasst. Solche sog. natürlichen Teilnehmehandlungen können vom Gesetzgeber zu selbständigen Taten erhoben werden, selbst wenn die vermeintliche Haupttat straflos ist.<sup>33</sup>

Dass das vorgeschlagene Verbot zu einem **Sterbetourismus** führt und Suizidwillige zukünftig verstärkt ins Ausland reisen, um ihren Suizidwunsch dort legal umzusetzen,<sup>34</sup> erscheint schon deshalb unwahrscheinlich, weil der vorgeschlagene Straftatbestand auch Beihilfehandlungen zur Suizidhilfe im Ausland erfasst, sofern der Teilnehmer nicht dem Personenkreis des § 217 Abs. 2 StGB-E (*Brand/Griese* u. a.) angehört.

## **2. Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung (Sensburg/Dörflinger u. a.)**

Auch der Entwurf von *Sensburg/Dörflinger* u. a. sieht einen neuen § 217 StGB vor, dessen Abs. 1 allerdings jede, also nicht nur die geschäftsmäßige Anstiftung oder Beihilfe zur Selbsttötung eines anderen unter Strafe stellt. Ebenfalls soll der Versuch der Teilnahme strafbar sein (Abs. 2).

Die Kirchen würdigen, dass in diesem Entwurf in Einklang mit den grundsätzlichen ethischen Erwägungen unter I. die Perspektive des Lebensschutzes konsequent durchgehalten wird. Sie begrüßen, dass auch nach der Konzeption dieses Gesetzentwurfes die bisher bestehenden Möglichkeiten der Begleitung und Unterstützung sterbender und schwerstkranker Menschen unangetastet bleiben sollen. Die Analyse der Gefahren für das menschliche Leben und die Selbstbestimmung, die mit einer Normalisierung der Suizidhilfe einhergehen,<sup>35</sup> wird geteilt. Die Kirchen haben allerdings Zweifel, ob es einer so weitreichenden strafrechtlichen Regelung bedarf, um den besorgniserregenden Entwicklungen angemessen zu begegnen. Sie halten die Beschränkung der Strafandrohung auf organisierte und geschäftsmäßige Formen der Suizidhilfe entsprechend dem unter II. skizzierten Handlungsbedarf für hinreichend. Eine Legitimierung der Hilfe zum Suizid als solcher ist damit nicht verbunden.

## **3. Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz) (Hintze/Reimann u. a.)**

Der Gesetzentwurf von *Hintze/Reimann* u. a. sieht einen neuen § 1921a im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) vor, wonach volljährige und einwilligungsfähige Patienten, deren unheilbare Erkrankung unumkehrbar zum Tod führt, bei der selbst vollzogenen Beendigung ihres Lebens die Hilfestellung eines Arztes in Anspruch nehmen können. Dazu sollen vorher die Wahrscheinlichkeit des Todes sowie die Einwilligungsfähigkeit des Patienten durch einen zweiten Arzt festgestellt werden. (Strafrechtliche) Sanktionen für Verstöße gegen diese Anforderungen sieht der Gesetzentwurf nicht vor.

---

<sup>33</sup> Vgl. *Fischer*, StGB, 60. Aufl. 2013, vor § 25 Rn. 10, der als Beispiel die Förderung der Gefangenenbefreiung gem. § 120 Abs. 1 StGB nennt, bei der der Gefangene selbst nicht notwendig eine vorsätzliche rechtswidrige Haupttat begeht.

<sup>34</sup> Vgl. mit dieser Befürchtung *Hilgendorf*, JZ 2014, 545 (551).

<sup>35</sup> Vgl. die Entwurfsbegründung, BT-Drs. 18/5376, S. 9.

Der Gesetzentwurf widerspricht nicht nur der christlichen Sicht auf das menschliche Leben, sondern er ist auch in sich nicht schlüssig und wirft erhebliche Rechtsprobleme auf. Deshalb lehnen die Kirchen diesen Entwurf entschieden ab.

Die Kirchen halten die vorgeschlagene Regelung für **rechtspolitisch verfehlt**. Schon der Regelungsstandort im BGB legt nahe, dass die Verfasser des Gesetzentwurfs den ärztlich assistierten Suizid als reguläre Behandlungsoption bewertet wissen wollen. Damit würde sich ein grundlegender gesetzgeberischer Wandel manifestieren. Denn während das Strafrecht bislang zum Suizid schweigt, würde künftig das BGB den ärztlich assistierten Suizid ausdrücklich legalisieren. Die Entwurfsbegründung gibt zwar vor, die gesetzliche Zulassung des ärztlich assistierten Suizids betreffe nur eine verschwindend kleine Gruppe von Patienten, bei denen die Palliativmedizin an ihre Grenzen stoße,<sup>36</sup> doch führt der Gesetzentwurf gleichwohl dazu, dass der Suizid als normale Behandlungsoption neben der Palliativmedizin erscheint. Dem muss man entgegenhalten, dass der Gesetzgeber grundsätzlich wegen der wertprägenden Kraft von Normen – zumal im BGB – nie den absoluten Ausnahmefall zum Leitbild machen sollte, weil so die Ausnahme zur Regel werden kann.

Dass sich der vorgeschlagene „Abschnitt 4“ im Übrigen allenfalls mit hohem Begründungsaufwand in das 4. Buch des BGB zum „Familienrecht“ einfügt, deutet schon die Entwurfsbegründung an.<sup>37</sup> Genau genommen geht es dem Entwurf nämlich nicht um eine familienrechtliche Regelung, sondern um eine Vereinheitlichung des Berufsausübungsrechts der Ärzte.<sup>38</sup>

Darüber hinaus haben die Kirchen **verfassungsrechtliche Bedenken**:

Zunächst bestehen erhebliche Zweifel, ob der Bund die **Gesetzgebungskompetenz** besitzt, um die ärztliche Suizidassistenz bundeseinheitlich in der vorgeschlagenen Form zu regeln.<sup>39</sup> Die Entwurfsbegründung schweigt zu dieser wichtigen Frage. Fernliegend erscheint, dass die konkurrierende Bundeskompetenz für das Zivilrecht aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG einschlägig ist. Denn wenngleich § 1921a in das BGB eingefügt werden soll, betrifft die Norm nicht die „Ordnung der Privatrechtsverhältnisse, also der rechtlichen Stellung der rechtlichen Beziehung Privater in ihrem Verhältnis zueinander“<sup>40</sup>. Anders als bei dem jüngst eingeführten Behandlungsvertrag gem. §§ 630a ff. BGB<sup>41</sup> geht es dem Gesetzentwurf nicht um vertragliche Rechte und Pflichten im Verhältnis von Arzt und Patient, sondern um eine hoheitliche **Regelung der ärztlichen Berufsausübung**. Dafür dürften mangels anderer einschlägiger Bundeskompetenztitel die Länder die Gesetzgebungskompetenz besitzen; sie räumen insoweit den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften Autonomie ein.

Der vorgeschlagene § 1921a BGB-E verkennt aus kirchlicher Sicht zudem die grundgesetzliche **Schutzpflicht zugunsten des menschlichen Lebens aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG**. Zwar

---

<sup>36</sup> Vgl. BT-Drs. 18/5374, S. 2.

<sup>37</sup> Vgl. BT-Drs. 18/5374, S. 11.

<sup>38</sup> Vgl. BT-Drs. 18/5374, S. 8.

<sup>39</sup> Vgl. gegen das Bestehen einer Bundeskompetenz auch *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*, WD 3 - 3000 - 155/15, S. 16 ff.

<sup>40</sup> *Degenhart*, in: Sachs, GG, Art. 74 Rn. 4, zur Definition des bürgerlichen Rechts.

<sup>41</sup> Siehe Art. 1 des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten v. 20. 2. 2013, BGBl. 277; s. auch die Entwurfsbegründung BT-Drs. 17/10488, S. 12.

erwähnt die Entwurfsbegründung diese Pflicht und ihre „überragende[...] Bedeutung“<sup>42</sup>, doch zieht sie daraus letztlich keine Konsequenzen. Da der Entwurf neben den Regelungen im BGB keinerlei strafrechtliche Beschränkung der geltenden Rechtslage vorsieht, bleiben auch alle bereits erwähnten organisierten Formen der Suizidhilfe durch Vereine oder Einzelpersonen straffrei, selbst wenn deren Tätigkeiten kommerziell und auf Gewinnerzielung ausgerichtet sind. Derzeit verlangt etwa der Verein „Sterbehilfe Deutschland“ für eine Suizidbegleitung einen Mitgliedsbeitrag von bis zu 7000 Euro. Nur bei einer damit begründeten „Mitgliedschaft S“ entfällt nach § 5 Abs. 4 der Vereinssatzung die „Wartefrist“. Sofern die Entwurfsverfasser meinen, ihre Regelung entziehe solchen organisierten Formen der Suizidhilfe rein faktisch die Grundlage,<sup>43</sup> bleibt der Entwurf jede nachvollziehbare Begründung hierfür schuldig. Denn die erwähnten Vereine und Einzelpersonen könnten weiterhin unabhängig von den für den ärztlich assistierten Entwurf nun vorgesehenen Voraussetzungen agieren und müssten keine Beschränkung auf den Personenkreis der schwerstleidenden Menschen in der Endphase vornehmen. Daher ist es sogar eher wahrscheinlich, dass sich deren Tätigkeiten in Anbetracht der vorgeschlagenen gesetzgeberischen Grundentscheidung für die Suizidhilfe weiterentwickeln werden. Entsprechendes gilt für die Behauptung, die Zulassung des ärztlich assistierten Suizids könne suizidpräventiv wirken.<sup>44</sup> Die Suizidraten der Staaten, in denen die Suizidhilfe ausdrücklich legalisiert ist, liefern hierfür jedenfalls keinen Beleg.

Der Gesetzentwurf ist nicht geeignet, das vorgegebene Ziel – die Förderung der Autonomie des Menschen –<sup>45</sup> zu erreichen. Denn der Einzelne kann keineswegs frei über die Beendigung seines Lebens entscheiden, sondern wird von der Entscheidung eines Arztes abhängig gemacht. Ausgerechnet die grundrechtlich geschützte Menschenwürde Sterbenskranker soll verlangen, dass Ärzte „beurteilen, was im konkreten Einzelfall medizinisch angezeigt“<sup>46</sup> ist und ob ein assistierter Suizid „zu verantworten“<sup>47</sup> ist. Der Zuschnitt dieser Personengruppe erscheint völlig beliebig; eine plausible Grenze, wann die Hilfe zur Selbsttötung gerade noch verantwortbar und deshalb erlaubt sein sollte, gibt es nicht.<sup>48</sup> Dass der assistierte Suizid nur bei bestimmten Krankheitsbildern zugelassen werden soll, impliziert vielmehr die verfassungsrechtlich unhaltbare Wertung, das Leben dieser Patientengruppe sei bei Abwägung mit der Patientenautonomie weniger schützenswert als das Leben anderer Menschen. Schließlich werden viele Betroffene, die ein entsprechendes Krankheitsbild aufweisen, gerade die quasiaamtliche Aufzählung von Krankheiten, die den Wert eines Lebens reduzieren können sollen, als Beeinträchtigung ihres Anspruchs auf die Achtung ihrer Würde aus Art. 1 Abs. 1 GG verstehen.

**Im Einzelnen:** Die im Gesetzentwurf formulierten Voraussetzungen werden dem verfassungsrechtlich gebotenen Lebensschutz nicht ansatzweise gerecht. Sie sind keineswegs so „klar definierte“<sup>49</sup> „hohe Hürden“<sup>50</sup>, wie die Entwurfsbegründung vorgibt.

---

<sup>42</sup> BT-Drs. 18/5374, S. 11; s. auch S. 10.

<sup>43</sup> Vgl. BT-Drs. 18/5374, S. 9.

<sup>44</sup> Vgl. BT-Drs. 18/5374, S. 9.

<sup>45</sup> Vgl. BT-Drs. 18/5374, S. 3, 8, 13.

<sup>46</sup> BT-Drs. 18/5374, S. 3.

<sup>47</sup> BT-Drs. 18/5374, S. 3; vgl. auch ebd. S. 8; kritisch zu dieser Abhängigkeit *Spieker*, ZfL 2014, 90 (92).

<sup>48</sup> Vgl. so zur „Euthanasie“ *Die Deutschen Bischöfe*, in: Gemeinsame Texte 17 (Fn. 1), S. 49.

<sup>49</sup> BT-Drs. 18/5374, S. 10.

Nach § 1921a BGB-E soll „zur Abwendung eines krankheitsbedingten Leidens“ Suizidhilfe geleistet werden dürfen, wenn eine „unheilbare Erkrankung unumkehrbar zum Tod führt“ (Abs. 1) und die „Wahrscheinlichkeit des Todes medizinisch festgestellt“ (Abs. 2) worden ist. Es erscheint naheliegend, dass sich zu diesen unbestimmten Rechtsbegriffen bald eine Kasuistik entwickeln würde, wann ein Leben noch schützenswert ist und wann es nicht mehr lebenswert sein soll. Eine derartige Reglementierung des Todes gilt es zu vermeiden. Jede Definition objektiver Kriterien für die Zulässigkeit der Suizidförderung begründet die Gefahr, dass sich Betroffene gedrängt sehen, die gesetzlich eröffnete Möglichkeit zum assistierten Suizid auch in Anspruch zu nehmen, um anderen nicht zur Last zu fallen. Unzutreffend ist es daher, wenn der Gesetzentwurf behauptet, „Rechtsgüter Dritter und der Allgemeinheit nicht in relevanter Weise“<sup>51</sup> zu berühren.

Die in § 1921a Abs. 2 BGB-E vorgesehene „ärztliche Beratung“ vermag die genannten Gefahren nicht zu beseitigen. Aus anderen Kontexten ist hinlänglich bekannt, wie leicht sich solche verfahrensrechtlichen Anforderungen abnutzen und wie leicht sich Strukturen schaffen lassen, die den Zugang zur Suizidhilfe dann schnell eröffnen.

Folgeprobleme provoziert auch die in § 1921a Abs. 1 BGB-E vorgesehene Beschränkung der Fälle zulässiger Suizidhilfe auf volljährige und einwilligungsfähige Patienten. Die Freigabe der Suizidhilfe auf gesetzlich bestimmte Krankheitsbilder führte nämlich historisch vielfach zu der weitergehenden Frage, warum möglicherweise noch schwerer leidende, aber nicht mehr einwilligungsfähige Menschen von entsprechenden Schritten ausgenommen werden sollten; entsprechendes gilt für einwilligungsfähige Menschen, die aber nicht mehr in der Lage sind, Suizid zu begehen.<sup>52</sup> Es besteht die erhebliche Gefahr, dass der Katalog zulässiger Suizidhilfe schon bald auf beliebige gefühlsmäßige Zustände der Hoffnungslosigkeit ausgeweitet würde. Zu all diesen Fällen können die Niederlande als abschreckendes Beispiel genannt werden, wo nach und nach auch die Tötung von Neugeborenen, komatösen Patienten oder anderen Personen, die zu einer autonomen Willensentscheidung nicht fähig sind, legalisiert wurde.<sup>53</sup> Dann entscheiden unter dem Deckmantel der Selbstbestimmung andere darüber, ob ein menschliches Leben noch lebenswert ist oder nicht.

Auch auf Rechtsfolgenreihe führt der Entwurf zu neuer **Rechtsunsicherheit**. Unklar ist etwa, was unter Lebensbeendigung „unter medizinischer Begleitung“ im Sinne von § 1921a Abs. 4 Satz 2 BGB-E zu verstehen sein soll. Wie weit soll diese „Begleitung“ insbesondere dann reichen, wenn ein ärztlich assistierter Suizidversuch fehlschlägt? Damit bewegt sich die vorgeschlagene Regelung wiederum gefährlich nah an der **Grenze zur Tötung auf Verlangen**. Zwar geht § 1921a BGB-E diesen Schritt (noch) nicht, wenn er in Abs. 1, 4 ausdrücklich bestimmt, dass es um eine ärztliche Hilfestellung zur vom Patienten vollzogenen Lebensbeendigung geht, doch zeigen etwa die Erfahrungen aus den Niederlanden eindrücklich, dass weitergehende Folgeregelungen nicht so fernliegend sind, wie es derzeit behauptet wird.

---

<sup>50</sup> BT-Drs. 18/5374, S. 11.

<sup>51</sup> BT-Drs. 18/5374, S. 10.

<sup>52</sup> Vgl. Hohendorf, Der Tod als Erlösung, 2013, S. 200 f.

<sup>53</sup> Vgl. van Loenen, Das ist doch kein Leben mehr, 2014, S. 14 ff., 66 ff., wonach es im Jahr 2001 rund 950 Fälle gab, in denen Ärzte ihre Patienten unverlangt töteten; im Jahr 2010 immerhin noch 300. Die meisten dieser Fälle wurden strafrechtlich nicht geahndet. Siehe mit ähnlicher Befürchtung Spieker, ZfL 2014, 90 (93 f.); historisch zum sog. Argument der schiefen Ebene Hohendorf (Fn. 52), S. 207 ff.

#### 4. Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung (*Künast/Sitte u. a.*)

Der Entwurf von *Künast/Sitte u. a.* sieht die Einführung eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung vor. Nach dessen § 2 sind die Selbsttötung und die Hilfe dazu grundsätzlich ausdrücklich straflos. Die Hilfe zur Selbsttötung soll eine ärztliche Aufgabe sein können; entgegenstehende berufsständische Regelungen sollen unwirksam sein (§ 6 Abs. 2). Für die organisierten Formen der Suizidhilfe sollen Verfahrens- und Transparenzregeln sowie Dokumentationspflichten aufgestellt werden. Hinsichtlich der Suizidwilligen enthält der Entwurf im Vergleich zu den drei anderen Vorschlägen die weitgehendste Regelung. Strafbar wären nach dem Entwurf allein die gewerbsmäßige Ausübung oder Förderung der Sterbehilfe sowie der Verstoß gegen bestimmte Verfahrensregeln.

Die Kirchen lehnen den Gesetzentwurf aus ethisch-moralischen und juristischen Gründen ab.

**Rechtspolitisch** führen die vorgeschlagenen Regelungen – ebenso wie bereits zum Gesetzentwurf von *Hintze/Reimann u. a.* ausgeführt – zu einem Paradigmenwechsel vom Schweigen des Strafrechts hin zu einer weitgehenden ausdrücklichen Legalisierung der Suizidhilfe. Dadurch würden sich die Wertmaßstäbe für den Schutz des menschlichen Lebens und die Menschenwürde erheblich verschieben.

Daraus resultieren **verfassungsrechtliche Bedenken** im Hinblick auf den grundgesetzlich vorgeschriebenen Schutz des menschlichen Lebens und der Autonomie. Der Gesetzentwurf lässt den assistierten Suizid als normale Option zur Beendigung des eigenen Lebens erscheinen, solange nur das bürokratische Prozedere eingehalten wird, das dem Lebensschutz nicht annähernd gerecht wird. Statt den Wert menschlichen Lebens zu betonen, versucht sich der Gesetzentwurf in Detailregelungen und will selbst die Anfertigung von Bild- und Tonaufnahmen vom Suizidvorgang regeln.<sup>54</sup> Damit missachtet er in unannehmbare Weise die Tatsache, dass der Ruf nach dem erlösenden Tod nicht selten ein Schrei nach Nähe und Begleitung ist sowie die Bitte, nicht allein gelassen zu werden. Eine humane Gesellschaft sollte darauf mit menschlicher Nähe und Zuwendung reagieren, statt ausdrücklich qua Gesetz die Möglichkeit der Suizidhilfe zu eröffnen.

Aus kirchlicher Sicht bringt auch dieser Entwurf die erhebliche Gefahr mit sich, dass **Druck auf Menschen in schwierigen Lebenssituationen** entsteht, sich für einen Suizid zu entscheiden, weil sie einsam sind oder nicht anderen zur Last fallen wollen. Damit würde die Autonomie des Einzelnen nicht gestärkt, sondern massiv gefährdet. Insoweit gilt das oben (III. 2.) Ausgeführte entsprechend. Anders als die Entwurfsbegründung meint,<sup>55</sup> geht eine solche Wirkung vor allem von der Tätigkeit geschäftsmäßig handelnder Suizidhelfer aus. Diese würden nämlich, soweit sie die Anforderungen des § 10 (Abs. 1) erfüllen, quasi ein amtliches Gütesiegel für ihre Aktivitäten erhalten. Schon dies wird als gesellschaftliche und politische Akzeptanz des assistierten Suizids verstanden werden und Menschen zur Selbsttötung verleiten, wengleich der Gesetzentwurf vorgibt, dies verhindern zu wollen.

Zweifelhaft ist zudem die **Gesetzgebungskompetenz des Bundes**, insbesondere hinsichtlich des vorgeschlagenen § 6 Abs. 2, der wiederum das Berufsausübungsrecht der Ärzte betrifft,

<sup>54</sup> Siehe § 8 Satz 2; vgl. dazu Entwurfsbegründung BT-Drs. 18/5375, S. 12 f.

<sup>55</sup> Siehe BT-Drs. 18/5375, S. 7.

sowie hinsichtlich der §§ 7 ff.<sup>56</sup> Insoweit dürfte es sich weder um bürgerliches Recht oder Strafrecht im Sinne von Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG noch um die von Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG erfassten Bereiche des Gesundheitswesens handeln. Gegen eine schwerpunktmäßige Zuordnung zum Strafrecht spricht, dass der Entwurf im Grundsatz nicht die Strafbarkeit eines Verhaltens regelt, sondern die Straffreiheit (§ 2). Dies erscheint auch regelungssystematisch fragwürdig, da sich die Straffreiheit bereits heute zweifelsfrei aus Art. 103 Abs. 2 GG ergibt. Soweit die Entwurfsbegründung die Regelungen als Bestandteil eines „Schutzkonzepts“<sup>57</sup> ausweist und damit auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch Bezug nimmt,<sup>58</sup> so verfängt dieser Hinweis nicht, da es dem Entwurf gerade nicht um den verfassungsrechtlich gebotenen Schutz menschlichen Lebens geht, sondern um Unterstützungshandlungen zum Suizid, auf die der Einzelne – wie unter III. 1. ausgeführt – keinen verfassungsrechtlich abgesicherten Anspruch hat. Erst recht kann eine Bundesgesetzgebungskompetenz nicht aus Art. 31 GG abgeleitet werden, wonach Bundesrecht Landesrecht bricht.<sup>59</sup> Die Einhaltung der grundgesetzlichen Kompetenzvorschriften gehört zu den Tatbestandsvoraussetzungen dieser Kollisionsnorm, sie begründet aber nie selbst Kompetenzen.<sup>60</sup>

Auch im Einzelnen haben die Kirchen Bedenken gegen den Gesetzentwurf:

Zu Recht heißt es in der Entwurfsbegründung, jede **Kommerzialisierung der Hilfe zum Suizid** müsse unterbleiben.<sup>61</sup> Dem werden die vorgeschlagenen § 4 f. indes nicht gerecht. Die Praxis hat gezeigt, dass kommerzielle Anbieter von Suizidhilfe in der Lage sind, das Tatbestandsmerkmal der Gewerbsmäßigkeit durch eine entsprechende Gestaltung ihrer Beitragsregelungen zu umgehen.<sup>62</sup> Obwohl die Organisationen, die schon heute Suizidhilfe in Deutschland anbieten, dafür oft hohe vierstellige Summen verlangen, kann den jeweils Handelnden meist keine Gewinnerzielungsabsicht nachgewiesen werden. Die vorgeschlagenen Strafnormen sind daher nicht geeignet, das angestrebte Regelungsziel – eine Verhinderung der Kommerzialisierung – zu erreichen. Sie würden weitgehend ins Leere laufen.

Auch der **praktische Anwendungsbereich des § 5** erscheint zweifelhaft, weil sich kaum nachweisen lassen dürfte, wodurch genau ein Suizidwilliger zum Suizid „verleitet“ wurde.

Der Gesetzentwurf will zudem festschreiben, dass Hilfe zur Selbsttötung eine ärztliche Aufgabe sein könne (§ 6 Abs. 2 Satz 1). Diese Wertung widerspricht aus kirchlicher Sicht – abgesehen von der bereits erwähnten kompetenzrechtlichen Problematik – der verfassungsrechtlichen Schutzpflicht zugunsten des menschlichen Lebens sowie der grundrechtlich geschützten Berufsfreiheit der Ärzte. Auch die Bundesärztekammer<sup>63</sup> und der Deutsche Ethikrat<sup>64</sup>

<sup>56</sup> Vgl. gegen das Bestehen einer Bundeskompetenz auch *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*, WD 3 - 3000 - 155/15, S. 4 ff.

<sup>57</sup> BT-Drs. 18/5375, S. 12.

<sup>58</sup> Siehe *BVerfGE* 88, 203.

<sup>59</sup> Vgl. so aber die Entwurfsbegründung BT-Drs. 18/5375, S. 8.

<sup>60</sup> Vgl. etwa *Huber*, in: Sachs, GG, Art. 31 Rn. 15. Dies übersieht im Übrigen auch die Entwurfsbegründung von *Hintze/Reimann* u. a., BT-Drs. 18/5374, S. 11, wenn sie von einem „Vorrang“ einer „staatliche[n] Rechtsnorm“ vor dem Kammerrecht der Ärzte ausgeht.

<sup>61</sup> Vgl. BT-Drs. 18/5375, S. 8, 10 ff.

<sup>62</sup> Vgl. *Hillgruber*, in: Hoffmann/Knaup (Fn. 17), S. 115 (136).

<sup>63</sup> Vgl. *Deutsches Ärzteblatt* 2011, A 346.

haben sich darauf festgelegt, dass die **Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe** ist. Soweit der Gesetzentwurf nun gleichwohl die gegenteilige Position gesetzlich normieren will, bleibt dies widersprüchlich, weil nach § 6 Abs. 1 kein Arzt verpflichtet sein soll, diese „Aufgabe“ zu erfüllen. Dadurch entstünden kaum lösbare Gewissenskonflikte für all diejenigen Ärzte, die Suizidhilfe ablehnen. Sie müssten sich künftig fragen lassen, ob sie schlechte(re) Ärzte sind, weil sie eine Tätigkeit verweigern, die ihnen das Gesetz zuweist. Die Entwurfsbegründung suggeriert, dass solche Ärzte „die einzige humane Hilfe [verweigern], die noch zur Verfügung steht“<sup>65</sup>. Derartige Positionen weisen die christlichen Kirchen ab.

Verfassungsrechtlich fernliegend ist es im Übrigen, wenn die Entwurfsbegründung annimmt,<sup>66</sup> das geltende, regionale Berufsrecht der Ärzte verstoße gegen den Gleichheitsgrundsatz. Denn Art. 3 Abs. 1 GG verpflichtet jeden Träger öffentlicher Gewalt nur innerhalb seines Zuständigkeitsbereichs<sup>67</sup> und fordert gerade nicht, dass unterschiedliche Selbstverwaltungskörperschaften identische Regelungen schaffen.

Berlin, den 11. September 2015

---

<sup>64</sup> Vgl. *Deutscher Ethikrat*, Ad-Hoc-Empfehlung vom 18. 12. 2014.

<sup>65</sup> BT-Drs. 18/5375, S. 11.

<sup>66</sup> Siehe BT-Drs. 18/5375, S. 7.

<sup>67</sup> Vgl. *Osterloh/Nußberger*, in: Sachs, GG, Art. 3 Rn. 81.