

Sterbehilfe durch Freitodhilfe: Eine ärztliche Aufgabe

Alle bisher veröffentlichten Entwürfe einer gesetzlichen Neuregelung zur Suizidbeihilfe fallen deutlich hinter bereits geltendes und bewährtes Recht zurück. Damit schränken sie bestehende Grundrechte von Patient_innen und Helfenden ein. In der folgenden, orientierenden Übersicht wird nachgewiesen, dass diese Grundrechtseinschränkungen schon aus ethischer und medizinischer Sicht unverhältnismäßig sind. Damit werden sie absehbar auch aus verfassungsrechtlicher Sicht kaum unbeanstandet bleiben.

Medizin-rechtliche Beurteilung¹

Die bisherige, straffreie Duldung des Freitods sowie der „Sterbehilfe“ durch den „assistierten“ Suizid erfolgt im deutschen Recht bereits seit langem, sehr bewusst und – nicht zuletzt – auch in ausdrücklicher Anerkennung einer Vielzahl von ethischen, medizinischen und gesellschaftspolitischen Rationalen und Realitäten. Diese sind aber offenbar noch immer zu wenig bekannt:

Empirisch existiert weder „rechtstatsächlich“, also im Bereich der praktischen Rechtspflege, noch im medizinisch-pflegerischen Bereich Evidenz für einen „objektiven“ Regelungs- oder gar strafrechtlich bewehrten „Verschärfungsbedarf“ der bisherigen Rechtslage: Insbesondere existieren keine Hinweise auf „profitorientierten“ Missbrauch, „Verleitung“ oder Druckausübung durch Suizidhelfer_innen. Dies wird auch von allen aktuellen Verbotsbefürwortern eingeräumt. Nach überwiegender Rechtsauffassung und geübter Rechtspraxis wäre solcher Missbrauch auch nach bereits bestehendem Recht zu ahnden. Anlass für rechtskräftige Verurteilungen bestand bisher nicht. Dennoch lassen sich in den vergangenen Jahren mehr als ein halbes Dutzend Initiativen identifizieren,² mit denen Sterbehilfe durch Suizidhilfe in ähnlicher Weise verboten oder faktisch „verunmöglicht“ werden sollte. Diese vorangegangenen Initiativen sind bisher jedoch ausnahmslos nach umfangreichen Fach- und Detail-Diskussionen gescheitert, weil sie sich – nach Meinung der weitaus meisten Expert_innen – letztlich absehbar als in der Sache „kontraproduktiv“, undemokratisch, in der Praxis gar nicht kontrollier- und durchsetzbar und als verfassungsrechtlich wahrscheinlich „aussichtslos“ erwiesen haben. Aus juristischer bzw. (rechts)politischer Sicht be-

steht damit also derzeit allenfalls ein gewisser „Klarstellungsbedarf“ des geltenden Rechts, aber sicher kein „Verschärfungs-“ bzw. „Verbotsbedarf“.

Medizinische, empirische, phänomenologische Hintergründe

Selbsttötungsversuche sind meist „Hilferufe“. Oft kann geholfen werden, z.B. durch Psychotherapie. Daher gilt eine „allgemeine Grundregel“, die auch aktuell unumstritten ist: Grundsätzlich bzw. im Zweifelsfall kommt die Suizidvorbeugung, -vermeidung und auch Rettung vor einer etwaigen „Hilfe zum Sterben“. Trotz aller Hilfsangebote vollziehen aber zweistellige Prozentquoten aller Betroffenen ihre Suizide schließlich dennoch: In Deutschland sind dies sicher über 1 % aller Verstorbenen; die „Dunkelziffer“ wird um 2-3 höher angenommen, also rd. 10.000 - 25.000 Todesfälle pro Jahr. Ein beträchtlicher Anteil dieser Suizide ist „ernst gemeint“, „wohl erwogen“ und wird „entschlossen“ umgesetzt. Dies ist besonders häufig bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, Sterbenden mit hohem Leidensdruck sowie Hochbetagten. Diese fordern oft, ihren Leidenszustand selbstbestimmt beenden zu können (Ethisches „Prinzip“ des „Respekts vor Autonomie“).

(Inter)national wird davon ausgegangen, dass die Häufigkeit von „Sterbehilfe“ in solchen Fällen in einer ähnlichen Größenordnung liegen dürfte, wie der Suizid; mit hoher Wahrscheinlichkeit also ebenfalls bereits bei über 1 %. Die Hauptursachen sind medizinischer Natur: Zweistellige Prozentquoten aller Schwerstkranken und Sterbenden durchleben nicht ausreichend beherrschbare Leidenszustände, trotz bestmöglicher Palliativ-Behandlung und Pflege. Einstellige Prozentquoten erbitten und erhalten – sogar im Rahmen palliativ-medizinischer Spezial-Versorgung – aktive Lebensverkürzung. Bei wahrscheinlich über 2/3 aller Sterbenden werden im unmittelbaren Vorfeld des Todes Behandlungsbegrenzungen und allgemeine Maßnahmen zur Leidensminderung durchgeführt; z.B. „palliative Sedierung“, „indirekte“ und „passive Sterbehilfe“. Viele hiervon sind kaum von aktiver Lebensverkürzung abzugrenzen.

Direkte „Hilfe zum Sterben“ erfolgt wahrscheinlich am häufigsten im Rahmen von Suiziden. Bei einer beträchtlichen Dunkelziffer hiervon dürfte auch Beistand geleistet werden; vor allem durch das engere soziale Umfeld in einem kleinen, „geschützten Kreis“ und „unter der Hand“. Schon deshalb ist das Phänomen gar nicht wirklich regulierbar, kontrollier- oder überprüfbar.

„Bollwerke“ gegen Sterbehilfe existieren nicht: (Straf)Rechtliche Rahmenbedingungen haben im internationalen Vergleich keinen nachweisbaren Einfluss. Gleiches gilt für die Verfügbarkeit spezialisierter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen. Auch die „objektive Leistungsbilanz“ der Palliativmedizin ist aus wissenschaftlicher Sicht in höchstem Maße fragwürdig: Die breite Mehrheit der aktuell geforderten und geförderten Maßnahmen dienen vornehmlich den Interessen der Leistungserbringer.

Im historischen und im Kultur-Vergleich erweisen sich Suizid und „Sterbehilfe“ ebenfalls als universell nachweisbare Phänomene. Der Gesamt-„Cluster“ an Phänomenen, dass schwer kranke Menschen ihr Leben bzw. ihr Leiden vorzeitig, aktiv und be-

wusst beenden, ist damit also ein empirisch-epidemiologisches „Basisphänomen“ sowie eine historische und kulturelle „Universalie“: Ohne moralische „Wertung“ und „rein deskriptiv“ handelt es sich um eine „Normvariante des menschlichen Sterbens“. Diese hat ein Ausmaß, welches nicht einfach ignoriert werden kann: So wie zweistellige Prozentquoten an z.B. Tumorleiden, Herz- / Kreislaufkrankungen oder Schlaganfällen versterben, verstirbt eine deutlich einstellige Prozentquote daran, dass die Betroffenen ihr eigenes Leben bzw. Leiden bewusst und selbsttätig beenden. Vor den o.g. Hintergründen erscheint – hinsichtlich des Gesamtausmaßes dieses „Phänomen-Clusters“ – eine vorsichtige Schätzung zwischen 3 und 5% aller jährlichen Todesfälle in Deutschland als plausibel.

Angesicht von jährlich weit über 800.000 Todesfällen insgesamt bedeutet dies, dass durch die aktuellen Gesetzesinitiativen zu dem Komplex Suizid und Suizidhilfe nicht etwa „nur“ – wie bisher verbreitet behauptet – ein paar Dutzend bis wenige Hundert Patienten betroffen wären. Vielmehr ist davon auszugehen, dass hierdurch Jahr für Jahr etliche Zehntausend Betroffene mittelbar und unmittelbar in der Wahrnehmung ihrer Grundrechte beeinträchtigt werden würden.

Ethische und gesellschaftspolitische Hintergründe

Es ist anerkannt, dass es nach dem Prinzip des „Respekts vor der Autonomie“ einen ethisch „legitimen“ Sterbewunsch geben kann. Sofern dieser umgesetzt wird, gilt der Suizid, gegebenenfalls mit Beistand, als „Methode der Wahl“: Sie garantiert weitgehend selbstbestimmte „Ernsthaftigkeit“ und reduziert denkbare Risiken für Suizidenten und Dritte. Für eine „schiefe Ebene“, z.B. zunehmenden Missbrauch, gibt es keine Evidenz. Verbotsargumente sind vielmehr regelmäßig einseitige „Moralvorstellungen“. Diese werden zudem von der breiten Mehrheit nicht geteilt: In der Deutschen Bevölkerung befürworten bis zu 87% eine individuelle Wahlfreiheit bzgl. Suizid- und Sterbehilfe bei schweren Leidenszuständen sowie eine duldsam-liberale Gesetzgebung.³ Innerhalb der Heilberufe bestehen offenbar ähnliche Mehrheitsverhältnisse; variierend zwischen grundsätzlichem Verständnis und Duldsamkeit, bis hin zur Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung. In der Ärzteschaft waren letzteres zuletzt 38%.⁴

Hauptstreitpunkt: „Organisierte“ / „geschäftsmäßige“ Suizidhelfer

„Organisierte“ bzw. „geschäftsmäßige“ Suizidhelfer_innen wie Ärzt_innen und Sterbehilfevereine betreuen nach bisherigem Kenntnisstand mit großer Sicherheit nur einen sehr geringen Anteil derjenigen, die ihr Leben durch Suizid oder Sterbehilfe beenden, Derzeit sind dies unter 1 % von allen Suizident_innen.

Die meisten ihrer Maßnahmen dienen nachweislich nicht nur den Interessen der Sterbewilligen im Sinne von Leidensverminderung und Selbstbestimmung, sondern

auch einem durch und durch „robusten“ „öffentlichen Interesse“: Sie sind keineswegs „grundsätzlich gesellschafts-schädlich“, sondern verhindern „vermeidbare Suizide“ und dienen damit dem ethischen Prinzip des „Lebensschutzes“. Dies geschieht durch die fachärztliche Begutachtung der Willensfähigkeit und „Ernsthaftigkeit“ des Sterbewunsches; oder auch durch die Beratung über psychologische und palliativtherapeutische Behandlungsoptionen. Andere Maßnahmen der „geschäftsmäßigen“ Suizidhelfer_innen begrenzen „Kollateral-Schäden“, z.B. die Traumatisierung von Angehörigen oder Unbeteiligten beim Auffinden der Verstorbenen. Weitere Maßnahmen sollen den Suizidakt – wenn schon nicht „vermeidbar“ – zumindest einigermaßen „human“, arm an „Nebenwirkungen“ oder gar Fremdgefährdungen halten. So vermeiden geeignete Substanzen „harte“ Suizidmethoden, z.B. Schienensuizide. „Organisation“ bei der Suizidhilfe ist auch strukturelle Voraussetzung für Aus- und Weiterbildung, Expertise und interdisziplinären Austausch in Fachgesellschaften und Kompetenznetzwerken. Nur „organisierte“ Suizidhilfe ermöglicht auch Supervision, Qualitätssicherung, Begleitforschung, Förderung von öffentlichem Problembewusstsein u.a.m.

Verbände haben zudem meist ein höheres Fallaufkommen als allein handelnde. Dies führt i.A. zu größerer Erfahrung und zu einer deutlich breiteren Kompetenzbasis. Körperschaftsrechtliche Aufsichten sind zusätzliche „Sicherheitsvorkehrungen“, damit Leistungsangebote nicht-kommerziell bleiben. Mehrere Mitwirkende ermöglichen und erhöhen auch Transparenz und reduzieren damit zusätzlich das Risiko von Fehlern oder Missbrauch. Erste Erfahrungen im Ausland legen schließlich nahe, dass die straffreie Bereitstellung von „organisierter Suizidhilfe“ die Häufigkeit des Phänomens insgesamt eher reduziert. Die individuellen Ängste und Besorgnisse der Betroffenen werden vermindert und der öffentliche Diskurs über das kontroverse Thema wird befriedet. Analoges gilt für die damit einhergehenden Probleme von „Kollateral-schäden“. Dies ist ähnlich wie bei den früheren „Reizthemen“ der Geburtenkontrolle durch Verhütung und Abtreibung.

Gesetzliches Verbot „organisierter“ bzw. „geschäftsmäßiger“ Suizidhilfe ? Hintergründe und Folgen aus medizinischer und ethischer Sicht

Das öffentlich erklärte Hauptziel der aktuellen Initiativen ist es die Ausnutzung von Notlagen, Druckausübung u.a.m. zu verhindern. Diese Anliegen sind aus ethischer und gesellschaftspolitischer Sicht scheinbar unstrittig. Aber derartige Missbräuche wären bereits jetzt strafbar. Zugleich gibt es keine Hinweise darauf, dass solcher Missbrauch überhaupt stattfindet, oder dass das Missbrauchspotential tatsächlich besonders groß wäre. Deshalb räumen sämtliche Verbotsinitiativen ein, dass es sich keineswegs um „konkrete“, sondern allenfalls um eher „abstrakte Gefährdungsdelikte“ handelt. An dieser Stelle setzt ein „Täuschungsmanöver“ an, welches aus sachverständiger und wissenschaftlicher Sicht als solches identifiziert und „enttarnt“ werden muss: Der derzeit am meisten propagierte Entwurf von Brand u.a. unterlässt es bewusst, klar zu unterscheiden zwischen „verbotswürdiger“ „Geschäftemacherei“ mit der Suizidhilfe

(sog. „gewerbsmäßige“ Suizidhilfe) und der „geschäftsmäßigen“ bzw. „organisierten“ Suizidhilfe.

Die „geschäftsmäßige“ Suizidhilfe hat aber gerade eben nichts zu tun mit „landläufiger“ „Geschäftemacherei“, Kommerzialisierung und Ausnutzung von Notlagen. Vielmehr definiert die geschäftsmäßig-organisierte Suizidhilfe sachlich sehr „vernünftige“ Rahmenbedingungen für einen medizinisch differenzierten, pluralistisch-selbstbestimmten und v.a. auch ethisch verantwortungsbewussten Umgang mit dem Phänomenen der Suizidhilfe: Diesen differenzierten Umgang wünschen sich die konkret Betroffenen und eine breite Mehrheit der Bevölkerung. Deshalb muss in unserer Gesellschaft – in wohlverstandener Weise – ein robustes „öffentliches Interesse“ zugunsten dieses medizinisch und ethisch differenzierten Umgangs geltend gemacht werden; schon um die Suizidprävention durch angemessene Information und Beratung der potenziell Sterbewilligen und die Vermeidung erheblicher „Kollateralschäden“ und Fremdgefährdungen durch die organisierte Suizidhilfe zu verbessern. Das politische Kalkül hinter der aktuellen Irreführung bzw. Desinformations-Kampagne ist offensichtlich: Die meisten Autor_innen der aktuellen Gesetzesinitiativen verlassen sich darauf, dass sich die Mehrheit der politischen Entscheidungsträger, der Medien und der Öffentlichkeit nicht besonders vertieft mit der z.T. sehr komplexen Materie beschäftigt. Es wird abgestellt auf einen breiten, allgemeinen Konsens, der „Geschäftemacherei“ bei der Sterbehilfe nicht will. Tatsächlich wird aber eben nicht Geschäftemacherei, sondern letztlich jegliche professionell-„kompetente“ Suizidhilfe strafrechtlich verboten. Dies ist zu enttarnen, weil ein solches Verbot in der Bevölkerung nicht mehrheitsfähig ist. Vor allem aber wäre dieses „Generalverbot“ aus medizinisch-ärztlicher und ethischer Sicht verantwortungslos:

Es wäre eine massive Verunsicherung für Ärzt_innen, Vertreter_innen anderer Heilberufe und für Patient_innen, die schon aufgrund ihrer Suizidgefährdung Zugang zu kompetenten Maßnahmen und Anbieter_innen von Suizidprävention und -abwehr bedürfen. Durch ein solches Verbot wird in medizinisch und ethisch vollkommen unverhältnismäßiger und „kontraproduktiver“ Weise in das Prinzip des „Lebensschutzes“ eingegriffen.

Auch der Zugang von Suizidgefährdeten, oder tatsächlich Sterbewilligen zu differenzierter Aufklärung und Beratung, um selbstbestimmt entscheiden zu können, würde unmöglich. Desgleichen die Ausbildung und Qualifikation etwaiger Helfer_innen; die Optimierung von Beratungen und interdisziplinärer Zusammenarbeit; der praktische Umgang mit diesem nun einmal Jahr für Jahr in Abertausenden von Fällen auftretendem „Basisphänomen“; die Optimierung von allgemeinen Maßnahmen zur Verhinderung von „Kollateralschäden“ u.v.a.m. Diese aktuelle, politische Strategie der bewussten Irreführung muss durchschaut, enttarnt und robust zurückgewiesen werden.

Im Klartext: Käme es zu einem gesetzlichen Verbot jeglicher „organisierten“ bzw. „geschäftsmäßigen“ Suizidhilfe, würde zukünftig das Primat des Lebensschutzes massiv beeinträchtigt. Es käme zu einer massiven Erschwerung und zu Verunsicherungen hinsichtlich der Grundlagen jeglicher Suizidprävention und des hierfür notwendigen Vertrauensschutzes. Auch die ethischen und verfassungsrechtlichen Prinzipien der Selbstbestimmung, von Duldsamkeit und Pluralismus, von Berufs- und Vereinsfreiheit

würden untergraben: Straffreie Suizidhilfe gäbe es nur noch durch ohnedies bereits hoffnungslos überforderte Angehörige, oder durch sonstige Helfer_innen die jedoch aufgrund eines Mangels an einschlägigen, persönlichen Fähigkeiten und Erfahrungen absehbar ebenso „überfordert“ und verunsichert wären. Zudem dürften die letztgenannten den Erwerb und die Einübung entsprechend differenzierter Kenntnisse und Fähigkeiten, die Bildung von Kompetenznetzwerken, medizinischer oder wissenschaftlicher Fachgesellschaften, nationale, internationale, disziplinübergreifende Zusammenarbeit u.v.a.m. nicht einmal anstreben. Zulässig wäre nur noch Selbsthilfe bzw. „Do-it-yourself“-Improvisation, wohlmeinende aber unqualifizierte Laienhilfe und faktischer Dilettantismus. Die absehbaren Folgen hiervon wären schon aus ärztlich-medizinischer Sicht verheerend: Mit hoher Wahrscheinlichkeit Hunderte potenziell vermeidbarer Todesfälle pro Jahr und sicher in Tausenden von Fällen großes, zusätzliches Leid, „Kollateralschäden“ und Fremdgefährdungen für nicht unmittelbar beteiligte.

In der bisherigen Debatte wurde wiederholt auf deutliche Parallelen und Analogien zwischen der selbstverantworteten Sterbehilfe durch Suizidhilfe und der Frage des Schwangerschaftsabbruchs hingewiesen. Würde man ein „Geschäftsmäßigkeits“-Verbot, wie es derzeit in der Frage der Suizidhilfe propagiert wird, analog auf die Frage des Schwangerschaftsabbruchs anwenden, wären die konkreten Konsequenzen folgende:

Schwangerschaftsabbrüche wären künftig nur noch dann straffrei, wenn sie durch Partner_innen, Familienangehörige oder durch „Kurpfuscher“ durchgeführt würden; ohne angemessene medizinische Kompetenz und Erfahrung. Differenzierte medizinische und/oder psychosoziale Schwangerschafts-Konflikt-Beratung durch Einzelpersonen oder Vereine, auch mit dem Ziel des Schutzes des ungeborenen Lebens, wären verboten und einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren Haft bedroht. Desgleichen die etwaige Durchführung eines Abbruchs unter Hinzuziehung medizinisch angemessener Techniken und qualifizierten Personals. Auch ein „Ausweichverhalten“, welches die Betroffenen zweifellos entwickeln würden, in dem sie z.B. entsprechender Beratungs- und Hilfsangebote im Ausland nachsuchen, wäre strafbedroht. Es wäre dem Gesetzgeber dabei egal, ob bzw. in welchem Umfang hierdurch zusätzliches Leid, Risiken und Kollateralschäden entstünden – bis hin zu einer beträchtlichen Zahl vermeidbarer Todesfälle. Man stelle sich den – allgemeinen und legitimen – „Aufschrei“ tiefster Entrüstung vor, wenn eine derartig zynische „Neuregelung“ des Schwangerschaftsabbruches in Deutschland ernsthaft vorgeschlagen würde. Es liegt also auf der Hand, dass auch das Verbot jeglicher „geschäftsmäßigen“ Suizidhilfe – weil angeblich „grundsätzlich gesellschaftsschädlich“ – in einem ähnlich dramatischen und letztlich „kontraproduktiven“ Umfang in die bestehenden Grundrechte von Patienten und der ihnen helfenden Berufsgruppen eingreift. Damit wäre dieser Eingriff schon aus medizinischer, ethischer und allgemein rechtlicher Sicht vollkommen unverhältnismäßig. Es ist somit unwahrscheinlich, dass ein solches Verbot einer verfassungsrechtlichen Überprüfung standhalten kann.

Die „Höchstpersönlichkeit“ von individuellen Entscheidungen am Lebensende und das elementare Vertrauensverhältnis in den Beziehungen zwischen Patient_innen, Ärzt_innen und anderen Helfer_innen sind Bereiche, die sich gesetzlichen Regelungen

gen meist schon methodisch weitgehend verschließen. Die hier vorgenommene, grob orientierende „Rechtsfolgenabwägung“ illustriert mit großer Eindringlichkeit, wie vollkommen verfehlt das derzeit zur Diskussion gestellte Eingreifen des Gesetzgebers wäre.

Vor diesem Hintergrund ist u.E. dringend geboten – gerade auch in der bejahenden Wahrnehmung ärztlicher und medizinisch-ethischer Verantwortung – entschiedenen Widerspruch geltend zu machen gegen einen vollkommen überzogenen „Übergriff“, zu dem letztlich eine kleine Minderheit derzeit den Gesetzgeber zu verleiten trachtet.

MEINOLFUS W.M. STRÄTLING PD Dr. med., Jhg. 1966, Dozent für Anästhesiologie und für Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin (Universität zu Lübeck); Seit 2007 Consultant Anaesthesiologist and Clinical Lead Medical Humanities, Directorate of Anaesthesia, Cardiff and Vale. Forschungsschwerpunkte Ethik und Recht in der Medizin: Stellvertreter-Entscheidungen in Gesundheitsfragen, Voraussetzungen von Patienten, Entscheidungen am Lebensende/Sterbehilfe, Klinische Ethik-Beratung; als Sachverständiger seit 1996 u.a. maßgeblich beteiligt an der Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen der heutigen, diesbezüglichen Rechtslagen in Deutschland (z.B. 2. & 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz).

BEATE SEDEMUND-ADIB Dr. med., Jhg. 1958; Langjährige Leitende Ärztin der Intensivstation der Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck.

Die beiden Autor_innen leiten den „Interdisziplinären Forschungs- und Beratungsschwerpunkt Ethik, Recht, Geschichte und Didaktik im Spektrum der klinischen Medizin“ in Lübeck/Cardiff (seit 2001/2006). In dieser Funktion haben sie seit 2012 mehrfach über die wissenschaftlichen Grundlagen für etwaige gesetzliche (Neu-)Regelungen zur Sterbehilfe in Deutschland publiziert und traten wiederholt als sachverständige Gutachter für mehrere Organisationen auf.

Anmerkungen:

- 1 Für Leser, die sich detaillierter mit der z.T. sehr komplexen Materie befassen möchten, sind zur aktuellen Debatte drei Sachverständigen-Gutachten verfügbar, die ebenfalls von diesem Autorenteam verfasst worden sind. Wissenschaftliche Grundlage sind umfangreiche, im Schrifttum ausgewiesene Vorarbeiten der Autoren. Diese nehmen v.a. eine „Rechtsfolgenabwägung“ vor, überwiegend aus Sicht der praktischen Medizin sowie der „Querschnittsdisziplin“ der Medizinethik. Diese stellt eine wichtige Ergänzung und Flankierung der rechtswissenschaftlichen Debatte dar. Detailliert fokussieren die drei Stellungnahmen auf folgende (Teil)Aspekte des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens: **Gutachten 1 („Hauptgutachten“)** vermittelt zunächst **zu allen fünf derzeit vorliegenden Entschlussvorlagen** eine *allgemeine* Übersicht, *orientierende* Rechtsfolgenabwägungen sowie sachverständige und politische Bewertungen. **Gutachten 2** diskutiert und erläutert *detailliert* die

Stärken und Schwächen des derzeitigen **Gesetzesentwurfs der Abgeordneten Künast / Sitte / Gehring et al.** Der Grund für diese „Sonderbegutachtung“ ist, dass dieser Entwurf – trotz noch deutlicher Schwächen in Bezug auf wichtige Einzelfragen und Ausführungsbestimmungen – der umfassendste, differenzierteste, am meisten konsensorientierte und damit ambitionierteste Vorschlag im Rahmen des nun begonnen Gesetzgebungsverfahrens darstellt. Soweit der Gesetzgeber die Frage der Suizidhilfe überhaupt regeln will oder kann, sollte u.E. damit jeglicher zielführende Diskurs in erster Linie auf diesen Entwurf ausgerichtet sein. **Gutachten 3** ist eine umfangreiche wissenschaftliche Übersichtsarbeit, die von den Autoren bereits im vergangenen Jahr erstellt und publiziert worden ist: Inhaltlich setzt sich diese kritisch mit den diversen, bisherigen „Vorlagen“ des **aktuellen – und inhaltlich-argumentativ weitgehend unveränderten – Gesetzesentwurfs der Abgeordneten Brand / Griese / Vogler et al.** auseinander. Der Grund für diese abermalige „Sonderbegutachtung“ ist, dass dieser Entwurf unverdrossen obsoletere Argumente und Regelungsvorschläge perpetuiert, die ausnahmslos bereits vielfach untersucht und wissenschaftlich robust widerlegt worden sind. Die geradezu „erdrückende“ Fülle von Rationalen, empirischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Befunden aus den Bereichen der Medizin, der allgemeinen Human- und Sozialwissenschaften und der Ethik, die dieser Initiative entgegenstehen, werden daher hier nochmals zur Kenntnis gebracht. **Alle drei Gutachten sind kostenfrei im Internet zugänglich:** <http://www.patientenverfuegung.de/info-datenbank/2015-8-3/sachverstaendigengutachten-zu-regelungs-entwurfen-zur-suizidhilfe> (Zugriff: August 2015).

- 2 **Vorangegangene - und allesamt letztlich verworfene - „Verbotsinitiativen“ zur Suizidhilfe im Überblick:** Tatsächlich lässt sich die „Eskalation“ der *aktuellen* „Verbotsdebatte“ etwa ein Jahrzehnt zurückverfolgen. In diesem Zeitraum sind in Deutschland nicht weniger als acht relativ umfangreiche „Vorstöße“ identifizierbar, mit denen letztlich relativ kleine Minderheiten versuchten, das gesamtgesellschaftliche, duldsam-liberale oder gar offen befürwortende „Mehrheitsvotum“ zu *Gunsten* einer Sterbehilfe durch Suizidhilfe „auszuhebeln“ - und diese damit faktisch zu verunmöglichen: So gab es bereits im Jahre 2006 einen Gesetzesantrag der Länder Saarland, Thüringen und Hessen zum Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung (BR-Drucksache 230/06). Im Jahre 2010 folgte ein Gesetzesantrag des Landes Rheinland-Pfalz zur Strafbarkeit der Werbung für Suizidbeihilfe (BR-Drucksache 149/10). Im Frühjahr 2012 war die Frage dann Gegenstand einer umfangreichen Konsultation der vorangegangenen, christlich-liberalen Bundesregierung. Dies führte damals – unter Federführung des liberal geführten Bundesjustizministeriums (BMJ) – zu diversen Referentenentwürfen (Bundestagsdrucksache 17/11126; Im Widerspruch dazu: Bundesratsdrucksachen 230706, 149 / 10., 149/1/10). Ebenfalls im Jahre 2012 sind auch konservative Kreise innerhalb der verfassten Ärzteschaft faktisch mit einem Versuch gescheitert, (ärztlich) organisierte Suizidbeihilfe für schwerstleidende Patienten über Leitlinien („Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“:- Deutsche Bundesärztekammer (Hrsg.), Dtsch Ärztebl 2011, 346 f) bzw. im Wege des Berufsrechts (§ 16 „Muster-Berufsordnung“: Deutsche Bundesärztekammer (Hrsg.), Dtsch Ärztebl 2011, 1980f) zu „verbieten“. Im Jahre 2014 folgten dann zwei umfangreiche Entwürfe aus dem Bereich der „Palliativmedizinischen-Community“. Auch diese erwiesen sich - trotz oft „pseudo-liberaler“ und „verständnisvoller“ Rhetorik – bei genauer Analyse ebenfalls als *bewusste* „Suizidhilfe-Verunmöglichungsgesetze“ (Deutsche Stiftung Patientenschutz / Augsburg S., Brysch E. (Hrsg.), Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (8. Mai 2014): <https://www.stiftung-patientenschutz.de> (Zugriff: Juli 2014); Borasio, Gian Domenico, Jox, Ralf, Taupitz, Jochen, Wiesing, Urban: *Selbstbestimmung im Sterben - Fürsorge zum Leben: Ein Gesetzesvorschlag...*, Kohlhammer, Stuttgart, 2014).
- 3 ISO-Publik (Hrsg.) (2013), Sterbehilfe in den Augen der Europäer, <http://ebookbrowse.net/meinungsumfrageergebnisse-selbstbestimmung-am-lebensende-pdf-d526407699> (Zugriff: Juli 2014).
- 4 Klinkhammer, Gisela; Stüwe, Heinz, Dtsch Ärztebl 2011; 108(7): A-301ff.