



An das
Bundesverfassungsgericht
Schlossbezirk 3
76131 Karlsruhe

Telefon: 0661 | 480 49 797
Telefax: 0661 | 480 49 798
E-Mail: buero@palliativstiftung.de

Am Bahnhof 2
36037 Fulda

Steuernummer: 01825057994

Fulda, 25. Februar 2017

Stellungnahme in den Verfassungsbeschwerdeverfahren gegen § 217 StGB in der Fassung des Gesetzes vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I, 2177) der Beschwerdeführer

Helmut Feldmann Dr. Horst Lanz Dr. Reinhard Scholl Dr. Hermann Vetter	– 2 BvR 2357/15 –
Sterbehilfe Deutschland	– 2 BvR 651/16 –
DIGNITAS Schweiz - DIGNITAS Deutschland Ludwig Amadeus Minelli Sabine Laube Tanja Guazzini Dieter Graefe	– 2 BvR 1261/16 –
Dr. med. Matthias Thöns Dr. med. Benedikt Matenaer	– 2 BvR 1494/16 –
Dr. med. Michael de Ridder	– 2 BvR 1593/16 -
Dr. med. Henning Weiß	– 2 BvR 1624/16 –
Dr. Johann Friedrich Spittler	– 2 BvR 1807/16 –
Dr. med. Dietmar Beck Dr. med. Susanne Vogel Dr. med. Ingrid Schwarz Dr. med. Dieter Vogel	– 2 BvR 2354/16 –

Inhalt

I. Die verfassungsrechtliche Problematik im Hinblick auf Sterbewillige	3
1. Die Position der Deutschen PalliativStiftung und der grundrechtliche Schutz autonomer Entscheidungsfreiheit am Lebensende.....	3
a) Suizid als höchstpersönliche Entscheidung	3
b) Der gesellschaftliche Bezug einer Drittbeteiligung am Suizid	5
2. Die verfassungsrechtliche Rechtfertigung des Verbots geschäftsmäßiger Suizidhilfe	6
a) Die staatliche Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 GG wie auch aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG	6
aa) Die tatsächliche Gefährdung der Autonomie durch geschäftsmäßige Suizidhilfe	9
bb) Die drohende Umkehr vom Lebensrecht zur „Sterbenspflicht“	11
c) Die Geeignetheit der Verbotsnorm des § 217 StGB.....	13
d) Die Erforderlichkeit der Verbotsnorm des § 217 StGB.....	13
d) Die Angemessenheit der Verbotsnorm des § 217 StGB (Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne).....	14
aa) Sterben Zulassen – nicht Regelungsinhalt von § 217 StGB	16
bb) Keine medizinischen Notwendigkeiten zum Suizid und einer Drittbeteiligung am Suizid – die Sicht des Palliativmediziners	16
cc) Unveränderte Beratungsmöglichkeiten insbesondere der Palliativmediziner.....	22
dd) „Methodenkompetenz“	23
dd) Sterbefasten.....	25
II. Die Grundrechtspositionen Dritter	25
III. Zusammenfassung dieser Stellungnahme in zehn Thesen.....	28

In der folgenden Stellungnahme verwenden wir anstelle des juristisch üblichen Begriffes „Sterbehilfe“ generell den hier trennschärferen Begriff „Suizidhilfe“. „Sterbehilfe“ wird von den verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen mit völlig verschiedener Bedeutung gebraucht. Suizidhilfe meint immer die Beihilfe im Sinne einer Förderung zur Selbsttötung.

I. Die verfassungsrechtliche Problematik im Hinblick auf Sterbewillige

1. Die Position der Deutschen PalliativStiftung und der grundrechtliche Schutz autonomer Entscheidungsfreiheit am Lebensende

a) Suizid als höchstpersönliche Entscheidung

Die Deutsche PalliativStiftung vertritt nach ihrem Selbstverständnis die klare Position, dass es zum Kern des allgemeinen Persönlichkeitsrechts eines jeden Menschen gehört, die Bedingungen am Lebensende autonom zu bestimmen. Die mit dem Stiftungszweck elementar verbundene Förderung der palliativen Pflege und Betreuung (schwerst)kranker Menschen dient zentral auch der Aufrechterhaltung der Entscheidungsautonomie des Einzelnen gerade in solchen Situationen, in denen krankheits- oder altersbedingt eine zum Teil massive Einschränkung der Handlungsfreiheit droht oder eintritt.

Der Grundrechtsschutz umfasst dabei insbesondere die Entscheidung über Art und Umfang von Behandlungsmaßnahmen im Falle von Krankheit insbesondere als Abwehrrecht gegen zwangsweise Behandlungen. Dies dürfte sich spätestens infolge der Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 25. Juni 2010 (BGHSt 55, 191 ff.) als *communis opinio* auch in der (verfassungs)rechtlichen Literatur verbreitet haben. Darüber hinaus dürfte der Schutzbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts aus Art. 2 Abs. 1, 1 Abs. 1 GG im *status negativus* auch das Recht umfassen, unabhängig von Krankheit oder eingetretenen Sterbeprozessen den Zeitpunkt des eigenen Todes frei zu bestimmen. Dabei gewinnt das Schutzgut dieser Ausprägung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts sein besonderes Gewicht dadurch, dass eine höchst individuelle Betroffenheit des einzelnen Menschen im Kern seiner Existenz und seines Selbstverständnisses besteht. Insofern gehört auch die Entscheidung zur Selbsttötung wie auch deren praktische Durchführung zum Schutzbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts. Hieran ändert sich nichts durch den zur verfassungsgerichtlichen Prüfung gestellten § 217 StGB; insbesondere bleibt die Freiheit zum Suizid durch dessen weiterbestehende Straflosigkeit selbst sowie einer etwaigen Beihilfe unangetastet.

Dieses Grundrechtsverständnis entspricht auch der Rechtsprechung des EGMR, der nach anfänglicher Zurückhaltung (EGMR [Vierte Sektion], Urteil vom 29. 4. 2002 – 2346/02 – *Pretty/Vereinigtes Königreich*, NJW 2002, 2851 ff.) jedenfalls

spätestens mit dem Urteil in der Rechtssache *Haas/Schweiz* vom 20. Januar 2011 – Nr. 1322/07 – anerkannt hat, dass das Recht des Einzelnen, darüber zu entscheiden, wie und wann er sein Leben beenden möchte - sofern er diesbezüglich zu einer freien Willensbildung in der Lage und fähig ist, entsprechend zu handeln - einen Aspekt des Rechts auf Achtung seines Privatlebens nach Artikel 8 der Konvention darstellt.“ (bestätigt im Urteil vom 19. Juli 2012 – 497/09 – *Koch ./.* *Deutschland*).

Allerdings fehlt es insoweit gänzlich an einer einheitlichen Bewertung der Staaten des Europarats. Insofern führt der EGMR in der zitierten Rechtssache *Haas/Schweiz* aus:

„However, the research conducted by the Court enables it to conclude that the member States of the Council of Europe are far from having reached a consensus with regard to an individual’s right to decide how and when his or her life should end.“

Dies untermauert der Gerichtshof im Urteil vom 19. Juli 2012 (– 497/09 – *Koch ./.* *Deutschland*) erneut wie folgt:

„Rechtsvergleichende Studien, die in 42 Mitgliedstaaten des Europarats durchgeführt wurden, stellen unter Beweis, dass in 36 Ländern (Albanien, Andorra, Aserbaidshan, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Estland, Frankreich, Georgien, Griechenland, Irland, Kroatien, Lettland, Litauen, Malta, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Moldau, Monaco, Montenegro, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Russland, San Marino, Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Türkei, Ungarn, Ukraine, Vereinigtes Königreich und Zypern) sämtliche Formen des assistierten Suizids streng untersagt sind und unter Strafe gestellt werden. In Schweden und in Estland stellt der assistierte Suizid keine Straftat dar; allerdings sind die estnischen Ärzte nicht berechtigt, Arzneimittel zu verschreiben, um die Selbsttötung zu erleichtern. Nur vier Länder (die Schweiz, Belgien, die Niederlande und Luxemburg) gestatten hingegen ihren Ärzten, letale Medikamentendosen - im Rahmen besonderer Gewährleistungen - zu verschreiben.“

b) Der gesellschaftliche Bezug einer Drittbeteiligung am Suizid

In dem hier verfassungsrechtlich zu beurteilenden Kontext wird jedoch dieser Kernbereich des Persönlichkeitsrechts insofern verlassen, als die Beteiligung Dritter hinzutritt. Die Grundrechtsverwirklichung in Gestalt der Bestimmung der Art und Weise sowie des Zeitpunkts des Todes erfolgt unter Einbeziehung von weiteren Personen oder Organisationen. Zwar führt die Inanspruchnahme der Unterstützung Dritter beim Suizid nicht dazu, dass der Schutzbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts verlassen würde. Insofern kann nicht in Abrede gestellt werden, dass ein an Dritte gerichtetes Verbot zur Hilfe auch den Schutzbereich des Hilfeempfängers betreffen kann (vgl. die Bezugnahme der Beschwerdeführer im Verfahren 2 BvR 2347/15 auf BVerfG [1. Kammer des Ersten Senats], Beschluss vom 11. August 1999 – 1 BvR 2181/98 –, NJW 1999, S. 3399 ff.)

Allerdings wird mit dieser Drittbeteiligung der Kernbereich individueller Persönlichkeitsverwirklichung (am Lebensende) verlassen und ein gesellschaftlicher Bezug hergestellt wird. Dies muss Auswirkungen auf die verfassungsrechtliche Wertigkeit des konkreten Schutzgutes und damit in der Folge auf die Anforderungen an die verfassungsrechtliche Rechtfertigung eines diesbezüglichen Grundrechtseingriffs haben.

Diese notwendige Differenzierung gegenüber dem „reinen“ Suizid als solchem beruht dabei auf zwei zentralen Umständen:

- mit der Drittbeteiligung entsteht die Gefahr der Einschränkung der Autonomie in Bezug auf die Suizidentscheidung und ihrer faktischen Durchführung und
- mit einer quantitativen Zunahme insbesondere geschäftsmäßiger Hilfe zur Selbsttötung droht sich das gesellschaftliche Verständnis in Bezug auf die Beihilfe zum Suizid zu wandeln.

Wenn daher die vorliegenden Verfassungsbeschwerden eine Betroffenheit des Schutzbereichs des allgemeinen Persönlichkeitsrechts aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. 1 Abs.1 GG geltend machen, steht dies ohne Weiteres in Übereinstimmung mit der Auffassung der Deutschen PalliativStiftung, für welche die Autonomie des Einzelnen am Lebensende ein zentrales Element ihres Selbstverständnisses darstellt. Ebenso ist der Eingriff in diesen Schutzbereich durch § 217 Abs. 1 StGB nicht in Abrede zu stellen.

Soweit die Verfassungsbeschwerden jedoch trotz des dargestellten und im Folgenden noch auszuführenden gesellschaftlichen Bezugs der Selbsttötung unter

Inanspruchnahme geschäftsmäßiger Förderung und Hilfe lediglich einen höchstpersönlichen Charakter zuweisen und sie auf eine Beziehung zwischen Sterbewilligem und Suizidhelfer reduzieren, muss die Deutsche PalliativStiftung dem in aller Deutlichkeit widersprechen. Mit der Inanspruchnahme geschäftsmäßiger, d.h. bewusst auf Wiederholung angelegter Suizidhilfe in der durch § 217 Abs. 1 StGB als Tatbestand definierten Weise wird die höchstpersönliche Entscheidungsebene verlassen. Vor allem aber steht sie nicht der eigenen Entscheidung zum „Sterbendürfen“ gleich, die als Grundrechtsausübung im status negativus allein staatliche Eingriffe in den Schutzbereich abwehrt. Die Inanspruchnahme geschäftsmäßiger Suizidhilfe nähert sich vielmehr dem status positivus an, auch wenn es nicht (primär) um die Gewährung staatlicher Leistung etwa in Gestalt der Finanzierung der tödlichen Dosis eines Medikaments geht. Denn der Einzelne verlangt die Inkaufnahme der oben zitierten Gefahrensituationen. Insofern ist die Bewertung des Schutzbereichs des betroffenen Grundrechts nicht gänzlich von den im Rahmen der verfassungsrechtlichen Rechtfertigung vorzunehmenden Abwägungsprozeduren zu trennen.

2. Die verfassungsrechtliche Rechtfertigung des Verbots geschäftsmäßiger Suizidhilfe

Die gesetzgeberische Entscheidung zur Einführung des § 217 StGB ist Ergebnis eines ungewöhnlich ausführlichen und breiten Meinungsbildungsprozesses des Deutschen Bundestages. Der damit verbundene Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Sterbewilligen ist verfassungsrechtlich gerechtfertigt.

a) Die staatliche Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 GG wie auch aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG

Es gehört zu den gefestigten Positionen der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung, dass eine objektiv-rechtliche Pflicht des Staates besteht, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG zu stellen (etwa BVerfGE 115, 25 [45] m.w.Nw.). Denn das Leben stellt einen Höchstwert innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung dar (vgl. ebd., und insbesondere BVerfGE 39, 1 [42]).

Ebenso erwächst aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht des Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG gerade auch wegen der Nähe zur Menschenwürdegarantie und dem darin ausdrücklich erteilten Schutzauftrag (Art. 1 Abs. 1 S. 2 GG) ei-

ne staatliche Schutzpflicht zugunsten der Autonomie am Lebensende, sei es in Situationen von Krankheit und Alter oder gänzlich unabhängig davon.

Dabei besteht für die staatliche Gewalt natürlich eine Vielzahl von Möglichkeiten, den Schutz als von der Verfassung vorgegebenes Ziel zu erreichen. Daher ist es vorrangig Aufgabe des Gesetzgebers, diese Schutzpflicht zu präzisieren, dem dabei ein weiter Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsbereich zuerkannt wird (vgl. *Voßkuhle/Kaiser*, JuS 2011, S. 411 [412]). Dieser Konkretisierungsaufgabe ist der Gesetzgeber in Gestalt des § 217 StGB mit dem Mittel des Strafrechts nachgekommen.

Ausweislich der Begründung des letztlich Gesetz gewordenen Entwurfs (BT-Drs. 18/5373) verfolgt der Gesetzgeber mit § 217 StGB folgende Ziele auf der Basis einer bewussten Beibehaltung der bisherigen gesetzgeberischen Grundentscheidung, dass eine „Rechtspflicht zum Leben“ nicht mittels Strafrecht erzwungen werden soll und darf, sondern „der Suizidversuch oder die Teilnahme an einem Suizid(versuch) straffrei“ bleiben:

»Eine Korrektur ist aber dort erforderlich, wo geschäftsmäßige Angebote die Suizidhilfe als normale Behandlungsoption erscheinen lassen und Menschen dazu verleiten können, sich das Leben zu nehmen.

Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfes ist es, die Entwicklung der Beihilfe zum Suizid (assistierter Suizid) zu einem Dienstleistungsangebot der gesundheitlichen Versorgung zu verhindern. In Deutschland nehmen Fälle zu, in denen Vereine oder auch einschlägig bekannte Einzelpersonen die Beihilfe zum Suizid regelmäßig anbieten, beispielsweise durch die Gewährung, Verschaffung oder Vermittlung eines tödlichen Medikamentes. Dadurch droht eine gesellschaftliche „Normalisierung“, ein „Gewöhnungseffekt“ an solche organisierten Formen des assistierten Suizids einzutreten. Insbesondere alte und/oder kranke Menschen können sich dadurch zu einem assistierten Suizid verleiten lassen oder gar direkt oder indirekt gedrängt fühlen. Ohne die Verfügbarkeit solcher Angebote würden sie eine solche Entscheidung nicht erwägen, geschweige denn treffen. Solchen nicht notwendig kommerziell orientierten, aber geschäftsmäßigen, also auf Wiederholung angelegten Handlungen ist deshalb zum

Schutz der Selbstbestimmung und des Grundrechtes auf Leben auch mit den Mitteln des Strafrechts entgegenzuwirken.

(...)

Ungeachtet der wichtigen und weiterhin mit Nachdruck zu verfolgenden Anstrengungen im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung bedarf es im Sinne eines wirksamen Schutzes der Selbstbestimmung und des Grundrechtes auf Leben zusätzlich des hier vorgelegten strafrechtlichen Verbots des geschäftsmäßigen assistierten Suizids. (...)

Es ist nicht nur rechtlich zulässig, sondern geboten, einen Selbsttötungsversuch zu unterbinden, soweit nicht erkennbar ist, ob diesem eine freiverantwortlich getroffene Entscheidung zugrunde liegt. Es liegt nicht nur im Interesse des Integritäts-, sondern auch des Autonomieschutzes, Manipulationen und Beeinflussungen der freien Verantwortlichkeit gegenzusteuern. Im Übrigen besteht, selbst wenn die autonome Entscheidung über das eigene Lebensende als grundrechtsbasiert anerkannt wird, deshalb nicht etwa eine verfassungsrechtliche Pflicht, rechtliche Mechanismen zur Umsetzung dieser Entscheidung bereitzustellen.

(...)

Zu Recht ist darauf hingewiesen worden, durch die zunehmende Verbreitung des assistierten Suizids könnte der „fatale Anschein einer Normalität“ und einer gewissen gesellschaftlichen Adäquanz, schlimmstenfalls sogar der sozialen Gebotenheit der Selbsttötung entstehen und damit auch Menschen zur Selbsttötung verleitet werden, die dies ohne ein solches Angebot nicht täten (vgl. Bundestagsdrucksache 17/11126, S. 1, 6 und 7 m. w. N.). Diesen Entwicklungen ist aus Gründen des Integritäts- wie des Autonomieschutzes entgegenzuwirken.«

Damit ist die gesetzgeberische Zielsetzung klar im Sinne des zuvor beschriebenen Schutzauftrags zugunsten des Grundrechtes auf Leben (Art. 2 Abs. 2 GG) und der Autonomie der Entscheidung am und über das Lebensende als Ausfluss des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG). Diese Ziele in der konkreten Form des § 217 StGB zu verfolgen, ist von dem Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers gedeckt und auch verhältnismäßig.

Festzuhalten ist dabei, dass es nicht um den Schutz des Lebens gegen den autonom Sterbewilligen geht, sondern um die Aktualisierung des Schutzauftrages gegenüber solchen Personen, die ohne das Verbot – jedenfalls *auch* wegen entsprechender geschäftsmäßiger Förderung – eine Suizidentscheidung treffen, die keineswegs vollständiger Autonomie entspringt, sondern eben wegen der erleichterten Verfügbarkeit eines konkreten Angebots sowie aufgrund eines gesellschaftlichen „Klimas“, das erst durch das Angebot geschäftsmäßiger Förderung entstehen kann, hierzu gedrängt oder verleitet werden – und sei es auch nur zu einem geringen Grade.

aa) Die tatsächliche Gefährdung der Autonomie durch geschäftsmäßige Suizidhilfe

Als empirische Grundaussage der Verfassungsbeschwerden wird vorgetragen, dass keinen Hinweis dafür gäbe, dass durch eine Öffnung hin zu einer (staatlich) geregelten Suizidassistenz ein Anstieg von Suizidzahlen einträte, sondern dass es im Gegenteil durch das Beratungsangebot zusammen mit der Zusage zur und/oder Durchführung der Unterstützung zu einer Suizidprävention käme.

Alle bekannten Daten zur Entwicklung der Suizide und assistierten Suizide in Ländern mit einer Regelung zur Suizidassistenz oder auch Euthanasie (NL, B, LUX, Oregon, ...) zeigen stete, jährliche Zunahmen der assistierten Suizide um bis zu über 30 % und auch eine Zunahme der Summe aus nicht assistierten und assistierten Suiziden. In der Schweiz zeigten die sogenannten Freitodbegleitungen in den vergangenen von 2010 bis 2015 eine stete 20,1 %ige bis 30,7 %ige jährliche Zunahme, während die Zahlen der sogenannten unbegleiteten Suizide, auch der sogenannten Gewaltsuizide, stabil hoch blieben und nicht abnahmen! Suizide nahmen also erheblich zu.

Es wird von den Verfassungsbeschwerdeführern mehrfach vorgetragen, dass deren geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung eine suizidpräventive Wirkung habe. Dies stimmt so nicht.

Es ist Konsens palliativmedizinischer Experten, der aus Zigtausenden Sterbebegleitungen herrührt, dass der Wunsch nach Lebensverkürzung im Verlauf palliativer Begleitung schwindet. Wobei die Palliativexperten in diesem Verlauf Leiden linderten, dem Wunsch nach einer Beratung in Fragen des Suizides und der Lebensverkürzung offen Rede und Antwort standen, aber – und dies ist der ent-

scheidende Unterschied – diesen letzten Schritt der aktiven Hilfe beim Suizid weder unternahmen noch überhaupt anboten.

Eine suizidpräventive Wirkung trifft damit nachweislich und anhand der offiziellen Statistiken leicht nachprüfbar definitiv in summa auf die Bevölkerung nicht zu.

„Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist weit mehr als eine juristische Vertragsbeziehung (so schon BGH, Urteil vom 09.12.2958 – VI ZR 203/57 – Rz 19)“ – so wird von einem Beschwerdeführer vorgetragen. Dies ist eine grundlegend entscheidende Aussage, die stets in der Diskussion um ärztliche Suizidassistenz bedacht werden sollte. Hier herrscht eine besondere Vertrauensbeziehung, die sich naturgemäß nicht auf völliger „Augenhöhe“ abbildet, selbst wenn der Patient autonom im Sinne eines lege artis durchlaufenen Beratungsprozesses und damit im Sinne eines informed consent seine eigene Entscheidung für oder gegen eine Therapie, für oder gegen hieraus entstehende mögliche Belastungen trifft. Hier herrscht deshalb z. B. ein kategorisches Behandlungsverbot, wenn eine besonders intime Beziehung entsteht. Ärzten ist es auf Grund der bestehenden Assymetrie auferlegt, die therapeutische Beziehung zu beenden, wenn etwa einvernehmlich eine Liebesbeziehung von Patient und Arzt begonnen wird.

Bis in die 90er Jahre hinein wurde Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland nur in Einzelfällen bekannt. Mit dem wahrnehmbaren Auftreten von Suizidhilfeorganisationen wie von auch Einzelaktivisten (Ärzten wie Nicht-Ärzten) begann die Deutsche PalliativStiftung eigene Erhebungen unter Palliativexperten durchzuführen, um herauszufinden, ob es einen tatsächlichen und relevanten Bedarf aus Sicht von Palliativexperten gäbe, Leiden durch Beihilfe zum Suizid oder gar Tötung auf Verlangen zu beenden oder ob die palliativmedizinischen Möglichkeiten ausreichen Leiden zu lindern (nicht den Wunsch nach dem Tod aus anderen Gründen, z.B. der Lebensbilanz).

Aus empirischen Untersuchungen ist daher wie oben angegeben völlig unzweideutig festzustellen, dass bei Etablierung geschäftsmäßiger, insbesondere organisierter Suizidhilfe – sei es durch Organisationen oder geschäftsmäßig handelnden Einzelpersonen – ein Anstieg von Suiziden zu verzeichnen ist. Dies gilt im Übrigen auch für Deutschland, wie der Gesetzentwurf in BT-Drs. 18/5373, S. 10 f., dargelegt hat. Es entspricht im Übrigen jeglicher allgemeiner Lebenserfahrung, dass (organisierte oder geschäftsmäßige) Angebote natürlicherweise eine entspre-

chende Nachfrage erzeugen. Diese steigende Nachfrage ist für die Suizidförderung nicht anders.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund publizierter Umfrageergebnisse, die enorme Bevölkerungsanteile ausweisen, die sich in irgendeiner Form positiv zu einem Suizid in krankheitsbedingten Leidenssituationen äußern. Dabei warnt die Deutsche PalliativStiftung aufgrund breiter eigener Erfahrung zunächst davor, solchen Umfrageergebnissen auch nur im Ansatz Validität zuzusprechen. Denn die Antwortquote hängt zentral von den konkret gestellten Fragen ab, deren Wortlaut regelmäßig nicht mitgeteilt wird. Vor allem aber steht den zahlreichen Wünschen nach Suizidhilfe aus der Perspektive befragter „gesunder“ Menschen – wie bereits dargelegt – ein verschwindend geringer Anteil gegenüber, der diesen Wunsch dann auch noch in der tatsächlichen Krankheitssituation äußert.

Angesichts dessen ist es nicht unproblematisch, Umfrageergebnisse in die notwendigen Bewertungen einzubeziehen. Ungeachtet der vorstehenden fundamentalen Einwendungen können Umfrageergebnisse dennoch ein wesentlicher Beleg für das Bestehen der durch den Gesetzgeber aufgegriffene Gefahrensituation sein: Es besteht offensichtlich ein fruchtbarer gesellschaftlicher Boden für etwaige Angebote der Suizidförderung, der den oben dargestellten Zusammenhang zwischen Angebot und Nachfrage gerade bei der Suizidförderung nicht nur plausibel, sondern vielmehr fast zwingend macht. Damit einher geht die offensichtliche Gefahr einer übereilten Inanspruchnahme solcher Angebote, insbesondere ohne (ernsthaft) die vom Gesetzgeber als vorrangig angesehenen palliativmedizinischen Angebote zu erwägen oder in Anspruch zu nehmen.

Soweit durch die Beschwerdeführer daher vorgetragen wird, dass die bisherige Rechtslage nicht zu einem Anstieg der Selbsttötungen geführt habe, ist dem folglich schon rein empirisch zu widersprechen, wie alle verfügbaren Zahlen aus den offiziellen Statistiken der einzelnen Staaten eindeutig belegen. Ebenso wird dies prognostisch für die Zukunft in Deutschland zu erwarten sein, wenn die geschäftsmäßige Suizidhilfe nicht strafrechtlich verboten bleibt.

bb) Die drohende Umkehr vom Lebensrecht zur „Sterbensepflicht“

Es bedarf aufgrund der Allgemeinkundigkeit keiner näheren Ausführung, dass alte und kranke Menschen aus verschiedenen Perspektiven als Belastung empfunden werden können: etwa für pflegende Angehörige oder für das Gesundheitssystem. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung werden diese

Fälle absehbar auch quantitativ eine große Bedeutung gewinnen. Verschärft wird dies durch die Auflösung gesellschaftlicher Strukturen, die regelmäßig von Mehrgenerationenfamilien am selben Ort geprägt waren, die sich gegenseitig Beistand gewährten. Gleichzeitig tritt die Berufstätigkeit aller erwachsenen Familienmitglieder als Regelform hinzu, so dass die enormen Versorgungs- und Pflegeleistungen von typischerweise Frauen in den Familien gerade auch für die Großelterngeneration nicht mehr zur Verfügung stehen. Die durch das Sozialversicherungssystem alternativ zur Verfügung gestellten Leistungen in Alten- und Pflegeheimen sind quantitativ nicht beliebig vermehrbar. Vor allem aber sind sie keineswegs durch Pflegeversicherung und Rentenleistungen voll finanzierbar.

Diese abstrakten Rahmenbedingungen erhöhen, ohne dass der Gesetzgeber diese faktische Entwicklung verhindern kann, den Grad der „Belastung“, den ein alter und kranker Mensch aus bestimmter Perspektive darstellt oder zumindest darstellen kann. Es widerspricht daher jeglicher Lebenswirklichkeit, davon auszugehen, dass ein generell verfügbares geschäftsmäßiges Angebot einer Suizidförderung, das wie dargelegt regelmäßig zu einem quantitativen Anstieg der Suizidzahlen führt, nicht auch das gesellschaftliche Bewusstsein in Bezug auf den „Ausweg“ des Suizids verändern wird.

Diese abstrakte Gefährdung des Lebensrechts in Gestalt eines wie gering auch immer ausgeübten Drucks zur Begehung des Suizids im Einzelfall ist mit dem Schutz des Lebensrechts aus Art. 2 Abs. 2 GG und im Kern auch Art. 1 Abs. 1 GG, durch den dem menschlichen Leben als solchem per se Würde zugewiesen wird, unvereinbar. Entsprechend muss die staatliche Schutzpflicht auch bereits an dieser Gefährdungslage ansetzen, nicht erst am konkreten Einzelfall. Soweit die Verfassungsbeschwerden daher den gewählten Charakter des § 217 StGB als abstraktes Gefährdungsdelikt verfassungsrechtlich in Zweifel ziehen, dringen sie gerade damit nicht durch. Denn das Gefährdungspotential ist insoweit eben ein abstraktes, dem mit einem entsprechenden Verbot begegnet werden muss, da ihm andernfalls insoweit die Geeignetheit fehlte.

Selbst wenn man aber nicht von einer solchen Konsequenz als gesicherter Entwicklung ausgehen sollte, ist sie doch nicht derart unwahrscheinlich oder gar unplausibel, dass der Gesetzgeber sie nicht im Rahmen seiner Einschätzungsprärogative zur Grundlage einer Zukunftsprognose machen durfte, um daraus einen gesetzgeberischen Handlungsauftrag abzuleiten.

Soweit die Verfassungsbeschwerden einwenden, dass der Gesetzgeber seinen Sachverhaltsermittlungspflichten nicht nachgekommen sei und er daher den mit § 217 StGB verbundenen Eingriff nicht rechtfertigen könne, ist dem entgegenzuhalten, dass der empirischen Ermittlung des Gefährdungspotentials naturgemäß enge Grenzen gesetzt sind. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund des bereits erwähnten demographischen Wandels wie auch des medizinischen Fortschritts. Der Gesetzgeber muss im Sinne der Gefahrenabwehr auch schon dann reagieren können, wenn sich, wie hier, ein Gefährdungspotential im Entstehen befindet und daher in seiner Reichweite noch nicht gänzlich abschätzbar ist. Dies gilt jedenfalls dann, wenn zentrale Rechtsgüter wie das Leben und das allgemeine Persönlichkeitsrecht betroffen sind.

c) Die Geeignetheit der Verbotsnorm des § 217 StGB

Die Norm ist ohne Weiteres geeignet, sowohl eine übereilte als auch eine nicht-autonome Suizidentscheidung zu verhindern. Hiergegen spricht nicht, dass ein Suizid natürlich auch ohne eine geschäftsmäßige oder jegliche Unterstützung möglich ist und bleiben wird. Daher kann mittels dieser Norm nicht jeglicher entsprechende Suizid bei fehlender Autonomie verhindert werden. Jedoch ist evident, dass die Zahl mittels des Verbots reduziert wird, weil der Zugang zu „besonders empfehlenswerten“ Suizidmitteln reduziert und nicht weiter erleichtert wird.

d) Die Erforderlichkeit der Verbotsnorm des § 217 StGB

Das Ziel des Lebensschutzes einschließlich der Autonomie am Lebensende kann nicht mittels anderer staatlicher Maßnahmen, insbesondere nicht mittels des Ordnungsrechts erreicht werden. Dies folgt zunächst aus der dem Gesetzgeber obliegenden Einschätzungsprärogative, dass eine Gefährdung der Autonomie des Einzelnen auch durch ein zumindest suizidakzeptierendes gesellschaftliches Klima entstehen kann. Die dargelegte, daraus folgende abstrakte Gefährdung kann nicht durch bloße verwaltungsrechtliche Reglementierung beseitigt werden, weil diese Gefährdung nicht erst aus der konkreten Anwendung und dem Prozedere des konkreten Angebots geschäftsmäßiger Suizidhilfe folgt, sondern bereits aus der Existenz des Phänomens einer solchen Hilfe. Die Gefährdung entsteht nicht erst durch das „wie“ der Hilfe zur Selbsttötung, sondern bereits durch das „ob“, also dass es das Institut der Suizidhilfe überhaupt mit staatlicher Tolerierung o-

der – im Falle einer gesetzlichen Reglementierung – sogar unter staatlicher Aufsicht und damit bewusster Entscheidung für die grundsätzliche Zulässigkeit überhaupt gibt. Will daher der Gesetzgeber die geschäftsmäßige Suizidhilfe als solche ächten, genügt der Weg der Reglementierung gerade nicht, sondern nur das Totalverbot. Dieses wiederum kann nur mittels Strafbewehrung erfolgen, da kein anderes staatliches Mittel eine entsprechende absolute Präventionswirkung entfaltet.

d) Die Angemessenheit der Verbotsnorm des § 217 StGB (Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne)

Letztlich dürfte der Topos der Angemessenheit der Regelung eine der zentralen Fragen der vorliegenden Verfassungsbeschwerdeverfahren sein. Die zu treffende Abwägung ist generaliter kein eigens juristischer Vorgang, sondern gerade im Verfassungsrecht und in der wie hier thematischen Nähe zur Würdegarantie (gesellschafts-)politisch wie auch philosophisch aufgeladen, wenn nicht gar determiniert. Dies gilt umso mehr, als aus dem Verfassungsrecht selbst keine unterschiedliche Wertigkeit der abzuwägenden Rechtsgüter abgeleitet werden kann: Denn den Schutzgütern des Lebens und des allgemeinen Persönlichkeitsrechts steht das gleiche gegenüber: der Anspruch eines autonom zum Suizid entschlossenen Menschen auf den frei gewählten Tod, dem die Gelegenheit hierfür durch das strafrechtliche Verbot jedenfalls in bestimmter Weise vorenthalten wird.

Dabei ist aber erneut zu beachten, dass vorliegend nicht ein Verbot des Suizids zur Prüfung steht, sondern das Recht zur Heranziehung Dritter zu einem Suizid, insofern sie eben diese Suizidhilfe geschäftsmäßig betreiben. Damit entfernt sich der Schutzbereich, in den zu Lasten eines Sterbewilligen eingegriffen wird, vom Kern seines allgemeinen Persönlichkeitsrechts. Diese kategoriale Differenzierung kann zwar nicht ihre faktische Kehrseite verdecken, dass mit dem Verbot der Inanspruchnahme Dritter für einzelne Betroffene ein Suizid unmöglich wird und somit das Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe einem faktischen Verbot für den Einzelnen gleichkommen kann. Er ist dann gezwungen weiterzuleben, obwohl seine autonome Entscheidung auf Selbsttötung gerichtet ist.

Wenn aber die Gefahr existiert, wie sie zuvor unter a) dargestellt wurde und wie sie für die Deutsche PalliativStiftung außer Zweifel steht, tritt der daraus folgenden Verpflichtung dieser Einzelnen zum Weiterleben das Recht derjenigen auf Leben in autonomer Entscheidung gegenüber, die sich andernfalls unter dem

konkreten oder abstrakt gesellschaftlichen Druck zu einem Suizid entschlossen. Spitzt man die Abwägungssituation insoweit zu, muss einem der beiden Positionen der Vorrang gegeben werden. Und diese Vorrang-Entscheidung kommt allein dem demokratischen Gesetzgeber zu. Es ist nicht ersichtlich, dass es eine andere demokratisch legitimierte Instanz geben könnte, diese Entscheidung zu treffen.

Insofern ist zwar zuzugeben, dass die Hochwertigkeit des Rechtsguts, in das eingegriffen wird, eine intensive Prüfungsdichte des Bundesverfassungsgerichts rechtfertigen könnte. Dem steht aber die fundamental gesellschaftspolitische Bedeutung der Suizidhilfe im weitesten Sinne wie auch der erwähnte eminent politische Charakter ihrer Bewertung gegenüber mit der Notwendigkeit eines zu respektierenden weiten Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers.

Insofern kann ohne Weiteres auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts verwiesen werden, das etwa in BVerfGE 120, 224 [241] ausgeführt hat:

„Es ist grundsätzlich Sache des Gesetzgebers, den Bereich strafbaren Handelns unter Berücksichtigung der jeweiligen Lage festzulegen. Das Bundesverfassungsgericht hat lediglich darüber zu wachen, dass die Strafvorschrift materiell in Einklang mit den Bestimmungen der Verfassung steht und den ungeschriebenen Verfassungsgrundsätzen sowie Grundentscheidungen des Grundgesetzes entspricht (vgl. BVerfGE 27, 18 <30>; 80, 244 <255> m.w.N.; 90, 145 <173>; 96, 10 <25 f.>).

cc) Strafnormen unterliegen von Verfassungs wegen keinen darüber hinausgehenden, strengeren Anforderungen hinsichtlich der mit ihnen verfolgten Zwecke. Insbesondere lassen sich solche nicht aus der strafrechtlichen Rechtsgutslehre ableiten.

Dies entspricht auch dem zuvor zitierten Urteil des EGMR vom 14. Mai 2013 (Nr. 67.810/10 – *Gross/Schweiz*), in dem der Gerichtshof ausführt, es sei

„Sache des nationalen Gesetzgebers (...), in diesem Punkt umfassende und klare Regelungen zu erlassen.“

Jenseits dieser abstrakten Betrachtung ergeben sich auch aus den konkreten Situationen am Lebensende keine Gründe, die im Einzelfall eine geschäftsmäßige Suizidförderung unter grundrechtlicher Perspektive derart geboten erscheinen

lassen könnte, dass sie das Totalverbot durch den Gesetzgeber unter verfassungsrechtlicher Perspektive als unangemessen erscheinen lassen könnten.

aa) Sterben Zulassen – nicht Regelungsinhalt von § 217 StGB

Ein häufig verkanntes Problem am Sterbebett von Patienten ist die Frage der Therapiezielfindung und der entsprechenden Therapiezielneuausrichtung. Es geht hierbei um den Paradigmenwechsel vom mehr kurativen Behandlungsansatz zum ausschließlich (!) palliativen mit der Konsequenz, das hiermit ein Sterben zugelassen wird, ohne es durch irgendwelche aktiven Maßnahmen zu beschleunigen.

Selbst bei Patienten, die subjektiv und objektiv eindeutig auch unerträgliches Leiden äußern, werden häufig Behandlungsmaßnahmen fortgeführt, die nicht auf Leidenslinderung zielen, sondern ausschließlich der Lebenserhaltung und Lebensverlängerung dienen. Der entscheidende Schritt für die Therapeuten ist es nun, möglicherweise medizinisch zwar indizierte, vom Patienten oder seinem Betreuer/Bevollmächtigten nicht mehr gewollte Maßnahmen nicht weiter fortzuführen.

Dieses Nicht-Fortführen von nicht vom Patienten gewollten Maßnahmen im Sinne eines ethisch und medizinisch gebotenen Sterben Zulassens ist keine Sterbebeschleunigung im Sinne von Suizidhilfe. Sie liegt deshalb außerhalb des Fokus des § 217 StGB, der solche Handlungen unter Strafe stellt, die erst aktiv einen Sterbeprozess fördernd in Gang setzen und nicht nur den natürlichen Sterbeprozess ablaufen lassen. Sollte bei solchen Patienten kein Wunsch nach weiterer Lebensverlängerung bestehen, so bedarf es der Suizidhilfe nicht. Er kann durch bloßes Sterben Zulassen erfüllt werden.

bb) Keine medizinischen Notwendigkeiten zum Suizid und einer Drittbeteiligung am Suizid – die Sicht des Palliativmediziners

In der Verfassungsbeschwerde der Beschwerdeführer Thöns und Matenaer (2 BvR 1494/16) wird vorgetragen, dass *„jeder vierte Patient ... Wünsche nach vorzeitiger Lebensbeendigung hegt und dann tatsächlich umsetzt“*, so dass *„die Beschwerdeführer in diesen Fällen mit Strafverfolgung“* rechnen müssten (Beschwerdeschriftsatz der Bevollmächtigten vom 15. Juli 2016, S. 10, vierter Absatz). Dies sind – bei aller Zurückhaltung – als absurd überhöht zu bezeichnende Zahlen. Je nach Studie äußern rund 6 bis 20 % der Palliativpatienten den

Wunsch nach Suizid meist zu Beginn einer palliativen Versorgung, aber nur weniger als 2 % wiederholen diesen Wunsch *ernsthaft*. Und weniger als ein Promille dieser erstgenannten Patienten nimmt sich schließlich das Leben, in der Regel autonom und ohne jede Beihilfe. Und auch ein im Rahmen hauptberuflicher Palliativversorgung durch Nichtärzte und Ärzte durchgeführtes beratendes, ergebnisoffenes Gespräch über die Suizidwünsche und -möglichkeiten des Patienten wäre keine strafbare Handlung, wie es im Folgenden unter bb) näher ausgeführt wird.

Die vorgetragenen Bedenken, vor dem Hintergrund des § 217 StGB keine angemessene Symptomkontrolle in der Palliativsituation ohne Strafandrohung mehr vornehmen zu können, da auch unter sachgerechter Therapie der Patient früher versterben könnte, kann angesichts des Wortlauts der Norm nicht nachvollzogen werden.

Zunächst ist klarzustellen: Eine Lebensverkürzung KANN bei jeder Therapie unbeabsichtigt und als Nebenwirkung geschehen, gleich ob eine Operation zum künstlichen Darmausgang bei Darmverschluss oder eine Antibiotikagabe bei Blasenentzündung, gleich ob eine Morphininjektion in die Vene bei Atemnot oder eine Chemotherapie bei Krebs durchgeführt wird. Gerade und häufiger sogar bei den so genannten kurativen (also in Heilungsabsicht vorgenommenen) Therapieversuchen mit hohem Risiko (z.B. ausgedehnte Operationen oder Behandlung in sehr schlechtem Allgemeinzustand) können Todesfälle unter und durch die Behandlung früher auftreten, als es ohne Behandlung geschehen wäre. Insofern ist die reine Kausalitätsfrage im Sinne einer *conditio sine qua non* keine Besonderheit palliativer medizinischer Behandlung.

In den Darstellungen verschiedener Beschwerdeführer wird, für Nicht-Palliativexperten kaum erkennbar und auch schwer nachvollziehbar, vom leidenden Patienten gesprochen. Insbesondere kommt dies immer wieder gerade auch in plakativen, teils schillernden Einzelfallvignetten vom „*unbehandelbar leidenden Patienten*“ zu tragen. Hierzu ist bei den wenigen, in den Fallvignetten vorgetragenen Fakten mit aller Vorsicht anzumerken, dass diese Beispiele den Eindruck erwecken, als ob die palliativen Behandlungsmöglichkeiten bei weitem nicht ausgeschöpft worden seien.

Zum Beispiel heißt es in der Verfassungsbeschwerde des Beschwerdeführers de Ridder (2 BvR 1593/15, Schriftsatz seiner Bevollmächtigten vom 26. Juli 2016, S. 9 (Kasuistik 3):

„Ihre Knochenschmerzen waren trotz der Gabe eines hochdosierten Schmerzpflasters (Fentanyl) nicht mehr zu ertragen.“

Dies erscheint als ein vordergründig sehr plakatives und überzeugendes Beispiel für eine notwendige Lebensverkürzung, damit diese Patientin eben nicht unerträglich leiden muss.

Jeder Arzt sollte aber wissen, jeder schmerztherapeutisch versierte Arzt weiß es, dass „Schmerzpflaster“ eben gerade nicht geeignet sind, als Monotherapie „Knochenschmerzen“ ausreichend zu beseitigen. Einerseits können „Knochenschmerzen“, insbesondere wenn sie durch Metastasen ausgelöst werden, durch sehr hohe Dosen von Fentanyl immer vollständig beseitigt werden, so dass der Patient dann eventuell aber in einen Tiefschlaf fällt. Andererseits werden auch stärkste Knochenschmerzen wesentlich effektiver durch eine Kombination von zum Beispiel Opioid COX-2-Hemmer, Bisphosphonat und niedrig dosiertem Kortikoid gelindert. Oder es können eine Vielzahl regionalanästhetischer Methoden angewandt werden. Leider ist weder das Wissen dazu überall verfügbar noch die Möglichkeit der Umsetzung.

Deshalb publizierte selbst der Beschwerdeführer Thöns (Verfahren 2 BvR 1494/16) noch im Herbst 2014:

„Das Wichtigste aber bei Schmerzen durch Knochenmetastasen oder Tumorschmerz ist, ihn zu erfragen und sofort zu behandeln: 50 Prozent der Tumorpatienten berichten ihrem Arzt von Schmerzen nicht: Er könne ja die kurative Behandlung vernachlässigen oder der Einsatz von Morphinum kündigt das nahe Lebensende an. Heute wissen wir es besser: Der frühzeitige Einsatz palliativmedizinischer Strategien verbessert die Lebensqualität, senkt Angst und Depression und verlängert die Lebenszeit.“¹

Auch das immer wieder in verschiedenster Version vorgetragene Beispiel drohenden Ersticken wie in der Verfassungsbeschwerde von Spittler (2 BvR 1807/16, Schriftsatz seiner Bevollmächtigten vom 24. August 2016, S. 10), wirkt auf den

¹ Thöns M/Sitte T., Schmerztherapie – Endlich 'mal was Neues“ Der Niedergelassene, Arzt Heft 9/2014.

ersten Blick überzeugend, dass doch bei Erstickung mit Suizidassistenten geholfen werden müsse.

„Der Beschwerdeführer erinnert sich an menschliche Begegnungen im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit in der Klinik. Er erinnert sich an den in seiner Atemnot angstvollen Blick des Patienten Leander N, der bei vollständig klarem Bewusstsein in seiner ALS-Erkrankung mit aufgestützten Armen in der Luftnot schwer atmend in seinem Bett saß. Mit dem Krankheitsbild der ALS verbunden ist eine unaufhaltsam fortschreitende Lähmung bis zur vollständigen Pflegeabhängigkeit und schließlich der Atemnot vor dem Erstickten. Der diensthabende oberärztliche Kollege hatte sich nicht auf ein Gespräch mit ihm eingelassen, hatte ihn in seiner Angst alleine gelassen.“

Wer es einmal tatsächlich miterlebt hat, wie ein Mensch bei erst noch vollem Bewusstsein langsam erstickt, ohne helfend eingreifen zu können, wird dieses Bild sein Leben lang plastisch vor Augen haben. Leider wird auch in obigem Beispiel in eindrücklicher Beschreibung nicht das unweigerliche Leiden beschrieben, sondern ein völliges Versagen der medizinischen Versorgung, das aus den verschiedensten Gründen bedauerlicherweise so heute wie damals vorkommt.

Dieses, wie die anderen medizinischen Beispiele, ist in keiner Weise geeignet, geschäftsmäßige Suizidassistenten als Option zu rechtfertigen! Gerade bei der drohenden Erstickung bei schwerstem Lungenversagen oder auch bei fortschreitender Lähmung gibt es sehr einfache und effektive Möglichkeiten, das Erstickungsgefühl zu beseitigen, ohne das Leben zu verkürzen. Mit Morphin intravenös in kleinen, steigenden Dosierungen in relativ kurzen Abständen gespritzt oder noch einfacher und sofort auch für Laien verfügbar und anwendbar z. B. mit Fentanyl Nasenspray kann Erstickungsgefühl immer (!) binnen weniger Minuten für den betroffenen Patienten adäquat beseitigt werden.

Deshalb fehlt es an einem rationalen Grund, eine Suizidassistenten aus Angst etwa vor Atemnot zu leisten, sondern es besteht vielmehr die zwingende medizinische Indikation, diese Atemnot sofort und wirkungsvoll zu lindern, wenn der Patient dies wünscht. Dies ist, wie oben ausgeführt, palliativ kunstgerecht und ohne größere Schwierigkeiten möglich, ohne die verbleibende Lebensspanne zu verkürzen, wie es gerade ja auch in den Beschwerden der Palliativexperten (Beck, Vogel e. a. und Thöns, Matenaer) mehrfach betont wird. Durch eine angemessene, medikamentöse und auch nichtmedikamentöse palliative Leidenslinderung und

Symptomkontrolle von Schmerzen, Atemnot, übel riechenden Wunden, Stuhlerbrechen und vielem mehr gelingt es immer wieder, den Patienten Lebensqualität und Lebenswillen wiederzugeben und zugleich die Lebenszeit zu verlängern.

Zwar ist kein einziges Medikament zur Linderung solcher o. g. Atemnot pharmazeutisch zugelassen. Diese Behandlung entspricht aber dem Lehrbuchstandard und ist leitliniengerecht. Dabei mag es überraschen, dass hier die Palliativmediziner unter den Beschwerdeführern wie auch die Experten der Deutschen PalliativStiftung dieselbe Meinung vertreten. Doch die Wiederholung solcher falscher Allgemeinplätze wie von „unbehandelbaren Tumorschmerzen“ oder „Erstickungsängsten“ trägt nicht dazu bei, dass sich Nicht-Palliativexperten unter den Ärzten wie auch Juristen eine gut fundierte Meinung bilden können.

Insofern wird entgegen falscher Darstellungen die grundrechtliche Position etwaiger Patienten, die Adressaten geschäftsmäßiger Suizidhilfe sein könnten, nicht durch unbehandelbare Schmerzzustände oder sonstige Leidenssituationen verfassungsrechtlich (derart) aufgewertet, dass die seitens des Gesetzgebers durch § 217 StGB verfolgten Schutzwirkungen dahinter zurücktreten müssten.

Sollten demgegenüber extremste Einzelfälle verbleiben, in denen die Verhältnismäßigkeit gerade des Verbotes geschäftsmäßiger Suizidhilfe tatsächlich in Frage gestellt ist, hat folgende Erkenntnis des Bundesministers für Gesundheit Hermann Gröhe Bestand:

„... Kann ich mir in meiner Fantasie Fälle ausmalen, wo eine solche Straftat im Extremfall begangen wird und dies doch nicht mit Gefängnisstrafe geahndet werden sollte? Ja, das kann ich. Hier wäre der Anwalt gefordert, nicht der Gesetzgeber. Ein schweres ethisches Dilemma lässt sich nicht im Wege der Gesetzgebung vorab lösen – ohne fatale Folgen für die Wertschätzung des Lebens.“²

Diese *suizidpräventive* und auch *suizidvermeidende Wirkung* palliativer Betreuung ist auch empirisch nachweisbar: Eine breit angelegte Untersuchung zu Suizidwünschen und deren tatsächlicher Durchführung belegt zunächst, dass Palliativpatienten in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in einer auch ansonsten in der Literatur zugrunde gelegten Quote den Wunsch nach einer Lebenszeitverkürzung thematisieren. Aber nur ein verschwindend geringer Anteil vollzieht dann tatsächlich die Selbsttötung, nämlich weniger als 0,1% der SAPV-

² H. Gröhe/N. Schneider/E. Finger, Und wenn ich nicht mehr leben will? Sterbehilfe in Deutschland, 2015.

Patienten insgesamt und unter 1,2 % derjenigen Patienten, die zuvor den Wunsch nach einer Lebenszeitverkürzung geäußert hatten.³

Zwar verbleibt auch unabhängig von der unzweifelhaften Möglichkeit der Leidenslinderung das Recht des Einzelnen bestehen, sterben zu wollen anstatt den Ausweg einer palliativen Behandlung zur Linderung von Symptomen oder Leiden zu wählen. Kein Arzt darf gegen den Willen des Patienten diesen behandeln. Dies gilt selbstredend auch für die medizinisch eindeutig indizierte und eventuell leicht verfügbare Leidenslinderung. Der allgemeingültige Grundsatz „*voluntas aegroti suprema lex*“ muss immer die Handlungsprämisse des behandelnden Arztes sein. Besteht ein ethischer Dissens zwischen Patient und Behandlern, so muss der Arzt den Behandlungsauftrag des Patienten nicht annehmen und der Patient kann die Person seines Vertrauens wählen, die ihm ohne Geschäftsmäßigkeit Beihilfe zum Suizid leistet.

Dass auch dann kein geschäftsmäßig handelnder Suizidhelfer zur Verfügung steht, ist dann als Eingriff in die grundrechtliche Position angesichts des seitens des Gesetzgebers verfolgten Schutzzwecks hinzunehmen. Durch die gegebene Option der Leidensminderung ist die Verhältnismäßigkeit des im Einzelfall mangels Zugang zu geschäftsmäßiger Suizidhilfe potentiell gegebenen faktischen „Zwangs zum Weiterleben“ gesichert. Berücksichtigt man die dargestellte geringe tatsächliche Suizidquote unter SAPV-Patienten und gleichzeitig die nach wie vor straffrei gestellte Option nicht geschäftsmäßiger Suizidhilfe, verbleibt unter quantitativer Betrachtung praktisch kaum mehr ein wirklich relevanter Anteil von Menschen, bei denen der Grundrechtseingriff in Gestalt des § 217 Abs. 1 StGB ein Weiterleben entgegen der autonomen Entscheidung über ihr Lebensende erzwingt.

Erst recht gilt dies für die vorgetragene Patientenbeispiele der Organisationen „Dignitas“ und „Exit“, die eine geschäftsmäßige Hilfe zum Suizid auch außerhalb von schwerem körperlichen Leiden und/oder unabhängig von lebenslimitierender Erkrankung und von Todesnähe als erforderlich belegen sollen. Hier wird deutlich, dass (palliativ)medizinische Kompetenz nicht gefragt und gewünscht ist, weil das Eigeninteresse in Gestalt des weltanschaulich basierten Wunsches nach Unterstützung einer Selbsttötung im Vordergrund steht. Dieses Ansinnen bedarf keiner verfassungsrechtlichen Bewertung; jedenfalls steht es dem parlamentari-

³ T. Sitte/B. Gronwald/S. Gottschling, Dtsch Ärztl. 2015, A-1614 (1615).

schen Gesetzgeber aber frei, eine konträre Bewertung der Hilfe zur Selbsttötung vorzunehmen.

cc) Unveränderte Beratungsmöglichkeiten insbesondere der Palliativmediziner⁴

Ärzte und auch Palliativmediziner müssen, anders als in den Beschwerden unklarere vorgetragen, in Fragen der Beratung zu Fragen von suizidwilligen, entscheidungsfähigen, leidenden Patienten und auch bei der symptomorientierten Leidenslinderung keine Bestrafung fürchten. Dies beruht auf den durch den Gesetzgeber bewusst gewählten objektiven wie subjektiven Tatbestandsmerkmalen des § 217 Abs. 1 StGB.

Zunächst ist – unabhängig von einer Geschäftsmäßigkeit – zur Verwirklichung des Tatbestandes ein aktives Tun erforderlich. Es muss nämlich eine Gelegenheit zur Selbsttötung „gewährt, verschafft oder vermittelt“ werden. Schon dies macht ohne Weiteres deutlich, dass bloße *Gespräche* allein – selbst in Form einer Beratung über Suizidoptionen – *keine* der drei Handlungsformen (Gewähren, Verschaffen, Vermitteln) des § 217 Abs. 1 StGB erfüllt. Es muss jeweils eine konkrete Gelegenheit zur Selbsttötung gewährt, verschafft oder vermittelt werden. D. h. die „Gelegenheit“ muss vorhanden, eröffnet sein, setzt also insoweit einen „Vermittlungserfolg“ voraus. Darin ist sich auch die Kommentarliteratur zu § 217 StGB einig⁵; sogar Werbung für die Suizidhilfe wird nicht ausgeschlossen.⁶ Ob der Sterbewillige sie schließlich nutzt, ist eine andere Frage und auch nicht erforderlich. Gerade diese sachlich gut begründeten, empathischen, ergebnisoffenen Gespräche ohne eine moralische Wertung können sehr wohl suizidpräventiv wirken. Hierin ist sich die Deutsche PalliativStiftung mit den Beschwerdeführern einig. Sie liegen gerade deshalb außerhalb des durch § 217 StGB erfassten Verhaltens.

Hinzu tritt, dass zur Strafbarkeit auf subjektiver Seite Absicht und damit *dolus directus I* verlangt wird. Selbst objektiv tatbestandsmäßiges Handeln muss daher gerade zur Förderung des Suizids vorgenommen werden (s. dazu insbesondere im Folgenden cc).

⁴ Der Abschnitt bb) wurde unter Mitwirkung von und Beratung zu strafrechtlichen Fragestellungen durch Prof. Dr. iur. *Ruth Rissing-van Saan* erstellt.

⁵ Etwa *Fischer*, StGB, 64. Aufl., 2017, § 217 Rn. 6; *Momsen*, in: in Satzger/Schluckebier/Widmaier (Hrsg.), StGB, 3. Aufl., 2017, § 217 Rn. 5; BeckOK StGB/*Oglakcioglu*, § 217 Rn. 17 (Stand: 1.9.2016; abger. am 20.2.2017).

⁶ BeckOK StGB/*Oglakcioglu*, § 217 Rn. 21 (Stand: 1.9.2016; abger. am 20.2.2017); so auch der Wille des Gesetzgebers, s. BT-Drs. 18/5373, S. 16.

dd) „Methodenkompetenz“

In der Diskussion und in den Verfassungsbeschwerden wird beim Suizid immer wieder deutlich wertend von „*hart*“ oder „*weich*“ gesprochen, von „*sicherer*“ und von „*leidfreier*“ Selbsttötung. Manch einer mag eine Vielzahl vermeintlich leicht verfügbarer, „*sicherer*“ Methoden „entdeckt“ haben, sich autonom und selbstbestimmt ohne ärztliche oder nichtärztliche Hilfe das Leben nehmen zu können. Es ist eine Frage der eigenen Wahrnehmung und persönlichen Einstellung, ob die Vergiftung durch eine Überdosis eigens hierzu auf Privatrezept ärztlich verordneter und in der Apotheke gekaufter Medikamente so grundlegend „weicher“ ist, als eine Vergiftung durch andere, vielleicht sogar primär tödliche Stoffe ohne mögliche heilende Wirkung. Sicherer ist eine Selbsttötung durch Medikamente naturgemäß keinesfalls. Dies ist eine Diskussion um „*gute*“ Methoden zur Selbsttötung, die aus ethischer, juristischer und medizinischer Sicht für die Deutsche PalliativStiftung schwerlich nachzuvollziehen ist.

Vorgetragen wird mehrfach, hier sind sich insbesondere die Verfassungsbeschwerde führenden Palliativmediziner einig, dass Medikamente gegen Schmerzen und Atemnot (dies sind in der Regel die stark wirksamen Betäubungsmittel) besonders geeignet seien für eine Selbsttötung. Deswegen hätten gerade diese Palliativmediziner Bedenken, unter der Strafandrohung des neuen § 217 StGB noch angemessene, medizinisch indizierte Mengen dieser Stoffe zur Leidenslinderung zu rezeptieren. In der Folge stünden damit die therapeutisch zwar indizierten, zur Leidenslinderung zwingend notwendigen, aber abstrakt suizidgeeigneten Medikamente nicht zur Verfügung. Es drohe deshalb: Eine „*Agonie in Panik und Erstickungsqualen wären die Folge*“.

Andererseits wird völlig zu Recht vorgetragen, dass es nicht nötig sei, Betäubungsmittel für den Suizid einzusetzen, denn „*selbstverständlich beachten sie auch die Vorgaben des BtMG*“ (Beck, Vogel u.a., Verfahren 2 BvR 2354/16, Schriftsatz ihrer Bevollmächtigten vom 14. November 2016, S. 10 oben), wenn die Unterstützung eines Suizides für sie in Frage komme.

Auch auf das mögliche „*Bunkern*“ von Betäubungsmitteln wird in den Beschwerden vielfach eingegangen. Bunkern müsse nun unter der Strafandrohung des § 217 Abs.1 StGB verhindert werden, wolle sich ein Palliativmediziner nicht strafbar machen. Dies ist schon aus medizinischer Sicht ein als abwegig zu bezeichnender Gedanke. Jeder Hausarzt, der – wie üblich und sachgerecht – eine Quar-

talspackung, z.B. der meisten Blutverdünner, Medikamente gegen Epilepsie, Herzrhythmusstörungen und vielem mehr rezeptiert, bringt dem Patienten eine Möglichkeit in die Hände sich „weich“, schmerzfrei und „todsicher“ das Leben zu nehmen. Die Verschreibung tödlicher Medikamentendosen ist bei der Mehrzahl der auch nicht palliativen Patienten alltäglich. Jedoch ist der Zweck dieser Verschreibung gerade nicht eine Tötung, sondern Heilung, Erhaltung der Teilhabe, Linderung von Beschwerden. Eine Tötung könnte wohl aber sehr häufig beim nichtbestimmungsgemäßen Gebrauch der verschriebenen Medikamente erreicht werden.

Deswegen ist es völlig unverständlich und bewusst irreführend, wenn insbesondere auch von den Palliativmedizinern unter den Beschwerdeführern fortwährend, teils immer wieder auch in den Medien, vorgetragen wird, sie könnten Patienten nicht mehr die dringend benötigten Medikamente zur Leidenslinderung durch Verschreibung oder Überlassung in deren Gebrauch bringen, seit der § 217 StGB in Kraft getreten sei.

Rechtlich problematisch ist das in den Fallvignetten mehrfach geäußerte „Überlassen“ einer tödlichen Medikamentendosis durch Ärzte an Patienten. Das „Überlassen“ von Medikamenten an Patienten ist per se nur Apothekern gestattet und Ärzten grundsätzlich verboten, für Ärzte je nach Medikament als Ordnungswidrigkeit oder sogar auch als Straftat einzustufen. Gerade durch die Überlassung würden sich Ärzte also völlig unabhängig vom § 217 StGB möglicher Strafverfolgung aussetzen, verbunden mit einer Strafandrohung von bis zu fünf Jahren Freiheitsentzug.

In rechtlicher Perspektive verkennt diese Argumentation das entscheidend vom Gesetzgeber verlangte Vorsatzelement des *dolus directus I* in Gestalt der „Absicht“ zur Förderung der Selbsttötung. Es muss dem rezeptierenden Arzt folglich darauf ankommen, etwa das „Bunkern“ durch den Patienten zu ermöglichen, gerade um dessen Suizid damit zu fördern. Es ergibt sich ohne Weiteres, dass dies mit dem Überlassen von therapeutischen Medikamenten, die ein Patient ordnungswidrig und ohne entsprechendes Wissen des Arztes dann zur Selbsttötung nutzt, nichts zu tun hat.

Schließlich soll *colorandi causa* folgende Frage aufgeworfen werden: Was wäre für einen Garanten eines „leidfreien und sicheren“ Suizides zu unternehmen, wenn dieser freiverantwortliche Suizid zu misslingen drohte? Erschiene es, gerade in der Palliativversorgung, dann notwendig, bei konsequenter Umsetzung pal-

liativen Handelns mit der Verantwortungsübernahme für dieses „leidfreie und sichere“ Versterben und der entsprechenden Erfolgszusage an den vertrauenden Patienten in der Palliativbegleitung einen grundlegenden Paradigmenwechsel ad hoc zu unternehmen weg von der Beihilfe zur Selbsttötung zur aktiven Handlung?

dd) Sterbefasten

Die Rahmenbedingungen des Sterbefastens, auch Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) genannt, sind in allen Beschwerden gut dargestellt und doch unvollständig und dadurch teils etwas irreführend.

FVNF ist als bewusster Verzicht ein langsamer Suizid mit dem Wunsch und mit der Intention außerhalb von Todesnähe den vorzeitigen Tod herbeizuführen (also in der Umsetzung deshalb zwar ähnlich, aber nicht völlig gleichzusetzen einem Hungerstreik. Der Hungerstreik dient in der Regel der Durchsetzung bestimmter Interessen und nicht primär der Lebensverkürzung). Es ist keine Ausdrucksform des Erlöschens der Bedürfnisse am nahenden Lebensende, wie ein vom BMBF gefördertes Poster beim EAPC Kongress 2015 bestätigte, das einem Teil der Verfassungsbeschwerden angehängt worden ist. FVNF liegt also nicht beim hochalt-rigen oder schwerstkranken Menschen vor, dessen Organfunktionen zu schwach geworden sind und deswegen Hunger und Durst verschwinden und Nahrung und Flüssigkeit nicht mehr zu sich genommen werden.

Insofern betrifft Sterbefasten eben gerade nicht die Gäste in Hospizen und die Patienten auf Palliativstationen. Sterbenskranke Hospizgäste und Palliativpatienten sind unabhängig von einer möglichen Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz ja schwer, fortschreitend und weit fortgeschritten erkrankt, was ja eben gerade erst die Aufnahme im Hospiz und auf der Palliativstation rechtfertigt.

II. Die Grundrechtspositionen Dritter

Gegenüber der Position Sterbewilliger, denen der Gesetzgeber mittels § 217 StGB geschäftsmäßig betriebene Hilfe untersagt, ist die grundrechtliche Position etwaiger Suizidhelfer deutlich schwächer ausgeprägt. Das Höchstgut im Kern des allgemeinen Persönlichkeitsrechts der Sterbewilligen findet kein entsprechendes Pendant in den Grundrechtspositionen der Suizidhelfer – ungeachtet der Tatsache, dass diese die eigentlich mit Strafe bedrohten potentiellen Täter gem. § 217 Abs. 1 StGB sind. Insofern ergibt sich aus der Rechtfertigung sogar des Eingriffs

in die grundrechtliche Position der Sterbewilligen im Sinne eines erst-recht-Schlusses auch die Rechtfertigung der Eingriffe in die Grundrechte der geschäftsmäßig handelnden Suizidhelfer.

Für diese kommt zunächst die allgemeine Handlungsfreiheit des Art. 2 Abs. 1 GG in Betracht, für Organisationen könnte der Schutzbereich des Art. 9 Abs. 1 GG betroffen sein, für entgeltliche Suizidhilfe-Tätigkeit Art. 12 Abs. 1 GG.

Soweit angeführt wird, dass auch das allgemeine Persönlichkeitsrecht der Suizidhelfer als betroffener Schutzbereich geltend gemacht wird⁷, weil der Gesetzgeber „*hinsichtlich des gewünschten Verhaltens nun ehrenrührig behauptet, dass die Suizidhelfer nicht einmal im Stande seien, Grundnormen der Rechtsordnung zu wahren*“, ist dies mehr als zweifelhaft. Da das Argument aber jegliche Strafnorm betrifft, ergeben sich daraus keinerlei besondere Rechtfertigungsanforderungen.

Wenn darüber hinaus auch ein Eingriff in den Schutzbereich der Gewissensfreiheit unter Bezugnahme auf Art. 4 Abs. 1, 2 GG geltend gemacht wird, vermag dies ebenfalls nicht zu überzeugen. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern hier ein über die allgemeine Handlungsfreiheit hinausgehender Schutzbereich tangiert sein könnte. Dem Suizidhelfer wird lediglich ein (geschäftsmäßiges) Handeln gegenüber Dritten untersagt, ohne dass ihm aufgegeben würde, die moralische Wertung aus seinem Gewissen heraus zu ändern. Es geht also nicht um die Einschränkung einer Gewissensüberzeugung, sondern um deren Umsetzung nach außen zu Lasten Dritter.

Ungeachtet der sich aus dem zitierten erst-recht-Schluss ergebenden Rechtfertigung entsprechender Eingriffe, soll auf folgende Umstände in der gebotenen Kürze hingewiesen werden:

Für Ärzte stellt das Verbot des § 217 Abs. 1 StGB höchstens eine Berufsausübungsregel im Sinne der Drei-Stufen-Theorie dar. Die Rechtfertigungsanforderungen sind daher denkbar gering. Soweit tatsächlich eine Berufswahl betroffen ist, kann dies nur für die entgeltliche Suizidhilfe gelten. Dann aber handelt es sich nicht um altruistische Suizidhilfe, sondern um eine solche mit erheblichem Eigeninteresse der Sterbehelfer, durch das die Gefahr einer Beeinflussung zur Inanspruchnahme der Suizidhilfe evident zu Tage tritt. Dies darf und muss der Gesetzgeber unterbinden.

⁷ So etwa Gaede, JuS 2016, 385 (386).

Soweit Art. 2 Abs. 1 GG als Garantie der allgemeinen Handlungsfreiheit oder auch Art. 9 Abs. 1 GG betroffen sind, läuft die verfassungsrechtliche Prüfung letztlich auf eine Verhältnismäßigkeitsprüfung hinaus; insoweit kann auf die Ausführungen unter I.2. verwiesen werden.

III. Zusammenfassung dieser Stellungnahme in zehn Thesen

1. Körperliches Leiden schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland kann auch unter den aktuellen Auswirkungen des § 217 StGB bis auf extremste Einzelfälle, die sich gesetzgeberischer Vorabsteuerung entziehen, mit den Mitteln und Methoden der Palliativversorgung gelindert werden, wenn die Patienten damit einverstanden sind. Diese Palliativversorgung führt in praxi regelhaft zur Beseitigung des Wunsches nach Lebenszeitverkürzung.
2. Durch das Verbot geschäftsmäßiger Hilfe zum Suizid wird die leidenslindernde Tätigkeit von Ärzten und anderen Berufsgruppen in der Begleitung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender weder in der hierfür notwendigen Verschreibung von Medikamenten, noch in konkreten (Be)Handlungen eingeschränkt.
3. Schwerstkranke und Sterbende, die Dritten, z. B. Ärzten, konkrete Fragen zu Möglichkeiten der Lebensverkürzung stellen, können von diesen ergebnisoffen beraten werden, ohne deshalb durch § 217 StGB mit Bestrafung bedroht zu werden.
4. Das Verbot geschäftsmäßiger Hilfe zum Suizid stellt einen Eingriff in den Schutzbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts der Sterbewilligen aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. 1 Abs. 1 GG dar.
5. Der Eingriff ist verfassungsrechtlich gerechtfertigt zur Abwehr der aus der geschäftsmäßig betriebenen Suizidhilfe folgenden Gefahren für das Leben und das allgemeine Persönlichkeitsrecht insbesondere alter und kranker Menschen.
6. Jegliche empirische Betrachtung belegt den Anstieg der Suizidzahlen in Staaten, die geschäftsmäßige Suizidhilfe reglementierend erlauben. Der Gesetzgeber ist berechtigt, hieraus die Prognose abzuleiten, dass mit einer solchen grundsätzlichen Erlaubnis stets eine Verbreitung und kontinuierlich steigende Inanspruchnahme der Suizidhilfe einhergeht. Dies wiederum erlaubt es dem Gesetzgeber, durch ein strafrechtliches Verbot der geschäftsmäßigen Suizidassistenz etwaige Gefahren für das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus eben einer solchen Verbreitung (schlagwortartig: „suizidfreundliches Klima“) abzuwehren.

7. Wegen des daher notwendigen Charakters präventiver Abwehr von Gefahren für die hohen Rechtsgüter des Lebens und des allgemeinen Persönlichkeitsrechts ist der demokratisch legitimierte Gesetzgeber nicht verpflichtet, bereits vor Erlass der Verbotsnorm den empirischen Nachweis der tatsächlichen Einschränkung des Persönlichkeitsrechts Betroffener im Falle geschäftsmäßiger Suizidhilfe zu erbringen.
8. Die Verbotsnorm des § 217 StGB ist verhältnismäßig. Insbesondere ist sie durch die Beschränkung auf das Verbot „*geschäftsmäßiger*“ Suizidhilfe und das Erfordernis der Absicht der Suizidförderung verhältnismäßig im engeren Sinne. Gleichzeitig unterbindet sie durch das Erfordernis des Gewährens, Verschaffens oder Vermittelns einer Gelegenheit zum Suizid keinerlei Gespräche oder Beratungen von Ärzten oder Pflegekräften in Bezug auf einen etwaigen Suizidwunsch eines Menschen (siehe auch These 3).
9. Soweit wegen des Verbots tatsächlich Menschen am Leben bleiben müssen, die andernfalls mittels der Inanspruchnahme geschäftsmäßiger Suizidhilfeangebote eine Selbsttötung vornähmen, ist dieser Grundrechtseingriff hinzunehmen. Dem Gesetzgeber steht es frei, demgegenüber das Recht von Menschen, die sich andernfalls infolge eines gesellschaftlichen Wandels zum Suizid gedrängt fühlen könnten, durch die Regelung des § 217 StGB den Vorrang zu geben.
10. Soweit § 217 StGB auch einen Eingriff in Grundrechte potentieller geschäftsmäßiger Suizidhelfer darstellt, gehen die Anforderungen an die verfassungsrechtliche Rechtfertigung dieser Eingriffe nicht über diejenigen in Bezug auf die Grundrechte der Sterbewilligen hinaus.

Dr. med. Thomas Sitte
Vorstandsvorsitzender

Dr. iur. utr. Carsten Schütz
Stiftungsrat