

Datum Von-Esmarch-Straße 62  
29.11.2022 48149 Münster

Tel. +49 (0) 251 83-5 52 91 (Sekr.)

Fax +49 (0) 251 83-5 53 39

E-Mail: [bseifert@uni-muenster.de](mailto:bseifert@uni-muenster.de)

<http://campus.uni-muenster.de/egtm.html>

## Medizinethische Stellungnahme für den Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages zum Thema Suizidhilfe/Suizidprävention

zu einer künftigen Suizidhilfe-Gesetzgebung  
und den Gesetzentwürfen

- (1) Castellucci/Heveling et al. (BT-Drs. 20/904)
- (2) Künast/Scheer et al. (BT-Drs. 20/2332)
- (3) Helling-Plahr/Sitte et al. (BT-Drs. 20/2293)

### **Vorbemerkung**

Bei der anstehenden Diskussion der drei oben genannten Gesetzentwürfe und ebenso bei der Unterstützung (und ggf. späteren Abstimmung) durch die Abgeordneten des Deutschen Bundestags geht es vordergründig vor allem um vergleichende Detail-Bewertungen. Diese Details betreffen u.a.:

- (i) die Verortung der vorgesehenen Regelungen (außerhalb oder innerhalb des Strafrechts);
- (ii) die prozedurale Ausgestaltung der Freiverantwortlichkeits-Sicherung eines Suizidwillens;
- (iii) die sonstigen Bedingungen, die Suizidhilfe ggf. zukünftig erfüllen müsste, um nicht als rechtswidrig zu gelten.

*Vordergründig* betrachtet scheinen für diese Beurteilungsebene vor allem rechtsdogmatische und rechtstechnische Expertise sowie medizinische Empirie und Einschätzungen erforderlich

und hilfreich. Entsprechend sind zahlreiche Sachverständige aus Rechtswissenschaft und Medizin um ihre Expertise gebeten worden.

Ergänzend und systematisierend möchte ich im Folgenden vor Augen führen, welche komplexe *hintergründige* Rolle moralische Positionierungen in der anstehenden Gesetzgebungsfrage spielen und welche Bedeutung ihnen in der zukünftigen Realität der Suizidhilfe zukommen sollte. Hier also kommt die Ethik – verstanden als Theorie der Moral – ins Spiel. Nun kann es allerdings keinesfalls um ein erneutes Aufrollen der ethischen Debatten über Suizidhilfe gehen. Die anhaltenden und zum Teil erbitterten Kontroversen, die in dieser Frage, nicht nur in Deutschland, seit Jahren geführt werden,<sup>1</sup> können hier nicht abgebildet und einer erneuten Bewertung unterzogen werden, die zwangsläufig weit ausholen müsste und teilweise zurück in das Dickicht dieser Kontroversen selbst führen würde. Es kann also nur um deren *kursorische* Betrachtung aus einer Vogelperspektive gehen, von der natürlich ebenfalls gilt, dass sie (erwartbar strittige metaethische und normativ-ethische) Voraussetzungen hat, die hier nicht einmal im Ansatz ausbuchstabiert werden können. Dennoch scheint mir die vorgeschlagene Einnahme einer Metaebene wichtig und hilfreich für die Diskussion, die Ausgestaltung und letztlich die Beurteilung der vorliegenden Gesetzentwürfe und des gesamten Gesetzgebungsverfahrens.

---

<sup>1</sup> Statt unzähliger anderer Arbeiten vgl. etwa: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2021): DGP (2021) Empfehlungen der DGP zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe in der Hospiz- und Palliativversorgung. [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP\\_Empfehlungen\\_zum\\_Umgang\\_mit\\_Wu%CC%88nschen\\_nach\\_Suizidassistentz\\_20210916.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Wu%CC%88nschen_nach_Suizidassistentz_20210916.pdf) [Zugriff Nov.2022]; Evangelische Kirche in Deutschland (2008): Wenn Menschen sterben wollen – eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. [https://www.ekd.de/ekdtext\\_97.htm](https://www.ekd.de/ekdtext_97.htm) [Zugriff Nov.2022]; DeRidder M (2021): Wer sterben will, muss sterben dürfen. DVA; Flaßpöhler S (2013): Mein Tod gehört mir – über selbstbestimmtes Sterben. Pantheon Verlag; Kippke R (2014): Die ärztlich assistierte Selbsttötung und das gesellschaftlich Gute. Ethik in der Medizin (27:2), S. 1-14; Nationaler Ethikrat (2006): Stellungnahme – Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Druckhaus Berlin-Mitte; Sumner LW (2011) Assisted Death. A Study in Ethics and Law. Oxford Univ. Press; Willemsen, Roger (Hrsg.) (2002): Der Selbstmord. Briefe, Manifeste, literarische Texte. S. Fischer Verlag; Wittwer H (2003) Selbsttötung als philosophisches Problem. Über die Rationalität und Moralität des Suizids. Mentis Verlag; Ders. (2020): Das Leben beenden - über die Ethik der Selbsttötung. Mentis Verlag; World Medical Association (2019): Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. <https://bit.ly/3eODtjW> [Zugriff Nov 2022].

## Die ethische Grundkontroverse

Bekanntlich stehen sich mit Blick auf Suizid(hilfe) zwei Positionen – mit *ethischen* dazwischen liegenden Abstufungen – gegenüber: In der einen Gruppe wird eine grundsätzlich billigende Auffassung vertreten, wie ich selbst und viele meiner mit Medizinethik befassten Kollegen sie für gut begründet halten<sup>2</sup> und mit der Mehrheit der Bevölkerung<sup>3</sup> teilen. Wir stehen damit konträr zu einer wirkmächtigen Gruppe von Gegenpositionen, wie sie besonders von Teilen der organisierten Ärzteschaft, der Kirchen und ihrer Theologen, aber keineswegs nur von diesen, vertreten werden.<sup>4</sup>

Die „permissive Positionsfamilie“ – ich rufe sehr holzschnittartig in Erinnerung – bewertet einen Suizid (und seine Ermöglichung) als ethisch legitim, wenn ihm die freiverantwortlich entstandene und gefestigte Überzeugung zugrunde liegt, den noch bevorstehenden Lebensrest nicht mehr ertragen zu können oder erleben zu wollen. Aus permissiver Perspektive sind solche Überzeugungen und ebenso der häufig von Noch-Gesunden geäußerte Wunsch, für den hypothetischen zukünftigen Ernstfall eine erträgliche und zuverlässige „Exitstrategie“ zu haben, keineswegs Ausdruck eines problematischen Selbstgestaltungswahns. Vielmehr werden sie in erster Linie als eine – hierin zu Recht eigene Verantwortungshoheit beanspruchende – Antwort auf die *Schattenseiten* der modernen High-Tech-Medizin und unseres gewachsenen Hochaltrigkeits-Potenzials mit ihren konsekutiv steigenden Risiken für protrahierte Versehrtheitszustände, Demenz und Gebrechlichkeit verstanden.

Befürworter der Pro-Position (eine Kennzeichnung, die natürlich nicht auf eine Bewertung von Suiziden selbst, sondern auf ihre Zulässigkeit zielt) verneinen eine Verpflichtung, ein Leben gegen den autonomen Willen seines Besitzers zu schützen. Und schließlich vermögen manche von ihnen durchaus nicht zu erkennen, warum ein sogenannter „natürlicher Tod“ – *notabene*

---

<sup>2</sup> Exemplarisch: Birnbacher (2017): Tod. De Gruyter, Kap. 3 und 4; Schaber P (2017): Selbstbestimmter Wille und das Recht auf assistierten Suizid. Ethik in der Medizin (29), S.97–107; Schöne-Seifert B (2020): Beim Sterben helfen – dürfen wir das? Metzler Verlag.

<sup>3</sup> Wohl zuletzt: YouGov (2021): <https://yougov.de/news/2021/05/05/zustimmung-zu-legalisierung-aktiver-sterbehilfe-wa/> [Zugriff Nov 2022; irreführender Titel].

<sup>4</sup> Exemplarisch: Sahn S (2021) An der Seite des Lebens. Echter Verlag.

durch absichtlichen Behandlungsverzicht bei tödlicher Krankheit – moralisch *als solcher* vorzugswürdig sein sollte.

Persönliche Suizid*hilfe* wird vor dem Hintergrund dieser Überzeugungen als ethisch mindestens legitim bewertet, kann aber je nach Fall- und Helfer-Konstellation auch ethisch verpflichtend werden – etwa, wenn der Helfer seine Unterstützung subjektiv verantwortbar fände und der zum Suizid Entschlossene anderenfalls erwartbar einen sogenannten Brutalsuizid vollzöge, indem er sich erschösse, erhänge oder vor einen Zug wüf. Das Leid dieser Alternativen für den Suizidenten selbst, seine Angehörigen oder die betroffenen Lokomotivführer fiel dabei schwer ins Gewicht.

Die „restriktive“ Positions-Familie – noch holzschnittartiger referiert – vertritt in der Bewertung von Suiziden und damit sekundär von Suizid*hilfe* Gegenthesen in allen oder auch nur in einigen oben angesprochenen Punkten. Zudem befürchtet sie, das Zulassen von Suizid*hilfe* könne alte und kranke Mitbürger unter einen latenten sozialen Nutzungsdruck setzen, Lebensschutz-Respekt und Humanität in der Gesellschaft beeinträchtigen, Dammbürche auslösen und das Vertrauen in Ärzte schmälern – Prognosen, für welche wiederum Anhänger der Pro-Positionen zumeist weder hinreichende äußere Evidenz noch innere Notwendigkeit sehen. Welche Rolle nun spielt dieser tiefe und komplexe ethische Dissens? Wie ist mit ihm umzugehen?

Ohne Frage spiegeln sich die skizzierten Positionen in den drei Gesetzentwürfen wider. Die immens hohen Hürden, die der Castellucci/Heveling-Entwurf vor einer mögliche Inanspruchnahme von Suizid*hilfe* errichtet, zielen auf deren maximale Erschwernis und damit auf eine weitgehende Eindämmung einer solchen Praxis. Die beiden anderen Entwürfe – aus der Feder von Künast/Scheer und von Helling-Plahr/Sitte – räumen hingegen im Grundsatz realistische Spielräume dafür ein, dass freiverantwortliche Suizidenten ihren Entschluss mit freiwilliger Hilfe von Unterstützern auf eine zumutbare Weise durchführen können. Das sollten alle jeweiligen Unterstützer klar erkennen.

### **Ethisches Dissens-Management: zur Funktion des Bundesverfassungsgerichts-Urteils**

In fast trivialisierender Vereinfachung sei daran erinnert, dass moderne Gesellschaften von zahlreichen moralischen Dissensen geprägt sind, die sich auch durch Diskurs und rationales

Argumentieren absehbar nicht auflösen lassen. Noch am vergleichsweise einfachsten lassen sich dabei die eher seltenen Kontroversen handhaben, die nur oder im Wesentlichen *selbstbezügliche* Konsequenzen haben: Hier diktieren Toleranz und ein Gleichbehandlungsgebot gegenseitigen Respekt. Soweit es also in der Frage von Suizid- und Suizidhilfe um vermeintliche moralische Verfehlungen oder Nicht-Verfehlungen geht, die nur die Betroffenen *selbst* tangieren, ist es geboten, verschiedene Umgangsweisen nebeneinander zu tolerieren. Wo es dabei um Dimensionen persönlicher Grundrechte geht, kommt der geforderten Toleranz Verfassungsrelevanz zu.

In genau diesem Sinne hat das Bundesverfassungsgericht zunächst Selbstbestimmung im Sterben als Grundrecht anerkannt und einen grundrechtlichen *Erlaubnis*spielraum für Suizid und Suizidhilfe eingeräumt. Dabei werden, wieder und wieder betont, Freiverantwortlichkeit beim Suizidenten und Freiwilligkeit beim Unterstützer vorausgesetzt (so selbstverständlich auch bei mir im Folgenden). Wie dieser Erlaubnisraum konkret genutzt wird, soll dabei in erster Linie der Überzeugungs- und Willensbildung beider Seiten vorbehalten bleiben. Genau diese Vorgabe müssen alle Gesetzentwürfe einhalten. Wie sieht es damit aus?

Soweit es sich bei Sterbenden, Angehörigen oder Ärzten um Anhänger der ethischen Contra-Position handelt, werden sie in ihrem persönlichen Tun weder vom Karlsruher Urteil noch von einem der Gesetzentwürfe tangiert. Ganz anders für Anhänger der Pro-Position: Sie müssen in der Patienten- wie in der Unterstützerrolle realistische und zumutbare Möglichkeiten erhalten, gemäß ihrer persönlichen Überzeugung zu handeln. *Das* sicherzustellen ist Vorgabe für alle Gesetzentwürfe und zugleich Vorgabe für die abstimmenden Abgeordneten in ihrer Rolle als Vertreter des ganzen Volkes.

Der Castellucci/Heveling-Entwurf scheint mir dieses Ziel klar zu verfehlen, indem er die Hürden für die Prüfung von Freiverantwortlichkeit und den Erweis von Dauerhaftigkeit viel zu hoch hängt und so absehbar wirksame Abschreckung betreibt. Manche Unterstützer dieses Antrags mögen die Auflagen zweier externer psychiatrisch/psychologischer Begutachtungen, eines zusätzlichen Beratungsgesprächs, extrem langer Überdenkfristen und eines sehr kurzfristigen Verfallsdatums als notwendig zur Sicherung von Freiverantwortlichkeit erachten. Aber diese

Erfordernisse reichen außerordentlich weit über die Maßstäbe hinaus, die ansonsten innerhalb wie außerhalb der Medizin an freiverantwortliche Entscheidungen angelegt werden. Sie würden eine Art Spießrutenlaufen nach sich ziehen, das für viele Betroffene unzumutbar, anstrengend und subjektiv entwürdigend wäre.

Hingegen imponieren die beiden anderen Entwürfe – Künast/Scheer und Helling-Plahr/Sitte – mit ihren Verfahrensregeln für die Sicherung von Freiverantwortlichkeit und Beratung grundsätzlich als durchaus vernünftig. Ich komme darauf zurück.

### **Zur Rolle von Ärzten in Fragen der Suizidhilfe**

Das Bundesverfassungsgericht nimmt in seinem Suizidhilfe-Urteil als potenzielle Unterstützer vor allem Ärzte im Blick und geht offenbar schlicht davon aus, dass sich – bei Wegfall strafrechtlicher und berufsrechtlicher Verbote – hinreichend viele unter ihnen zu solcher Hilfe bereitfinden. Sollte dies zutreffen, läge es tatsächlich überaus nahe, potenzielle Suizidassistenz primär in ärztliche Hände zu legen und auch primär unter dieser Annahme zu regeln. Das liegt klarerweise im überwiegenden Interesse der Betroffenen, um die es ja vor allem anderen gehen muss. Unterscheiden muss man dabei die Verantwortung für:

- (i) Beratungs-, Überlegungs- und Entscheidungsprozesse, die am Ende zu einem freiverantwortlichen Suizidwillen führen (oder auch nicht führen) können;
- (ii) die Freiverantwortlichkeits-Feststellung;
- (iii) die Suizidermöglichung durch Verschreibung eines geeigneten Betäubungsmittels und
- (iv) die eigentliche Begleitung des Suizids, falls sie gewünscht wird. All‘ das in einer Hand lassen zu können, würde Betroffenen m.E. am meisten entgegenkommen.

*Ad (i):* Da Überlegungen, die zu freiverantwortlichen Suizidentscheidungen führen (oder auch nicht führen) können, in aller Regel im Zusammenhang mit Krankheiten und Beeinträchtigungen stehen, welche die Betroffenen akut oder zukünftig nicht mehr ertragen können oder möchten, gehören sie natürlich in den Kontext des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Gespräche über prognostische Aussichten, symptomatische und palliative Behandlungen, Erfahrungen mit vergleichbaren Fällen, aber auch über Verzweiflung, Ängste, Ambivalenz, moralische Skrupel, Angehörige und vieles mehr, gehören teils zwingend oder wenigstens fakultativ und wünschenswerterweise hierher. In diesem Sinne gehört ein zumindest offener und „respektvoller“ Umgang

mit Suizidwünschen seit längerer Zeit zum professionellen Credo auch derjenigen Palliativmediziner, die einer Suizidassistenz ablehnend gegenüberstehen.

*Ad (ii)*: Jede medizinische Behandlung muss bekanntlich von urteilsfähigen Patienten (oder den Stellvertretern nicht-urteilsfähiger Patienten) *autonom* autorisiert werden (sogenannter *informed consent*). Sich der Entscheidungsautonomie eines Patienten zu versichern, gehört daher zum Kern- und Alltagsgeschäft von Ärzten. Nach etabliertem Standardverständnis in Medizinrecht und -ethik bedeutet dies dreierlei: So müssen Ärzte ihre Patienten in beratenden Aufklärungsgesprächen mit allen Informationen versehen, die für deren Entscheidung (subjektiv) relevant sind. Weiterhin haben sie darauf zu achten, dass nicht unter dem Druck Dritter oder auf dem Boden eingeschränkter (oder fehlender) Urteilsfähigkeit entschieden wird. Letztgenannte Bedingung wird immer dann besonders wichtig, wenn es äußere oder inhaltliche Anhaltspunkte für entsprechende Einschränkungen gibt – ohne dass etwa psychische Erkrankungen oder ungewöhnliche Entscheidungen *per se* als Indiz für defizitäre Entscheidungskompetenz gewertet werden dürften.<sup>5</sup>

Das Bundesverfassungsgerichts folgt in seinem Suizidhilfe-Urteil diesem etablierten Verständnis<sup>6</sup> und verwendet die Begriffe „Autonomie“, „freier Wille“ oder „Freiverantwortlichkeit“ einer Suizid-Entscheidung gleichbedeutend.<sup>7</sup> Kontextbezogen fordert es zudem eine „gewisse ‚Dauerhaftigkeit‘ und ‚innere Festigkeit‘“ des Suizidwillens.<sup>8</sup>

Dass der Autonomie-Sicherung im Kontext einer geplanten Selbsttötung besondere große Bedeutung zukommt, steht außer Frage und liegt im Interesse aller Beteiligten, dient dem Vertrauen der Öffentlichkeit und betrifft nicht zuletzt die Ärzte selbst. Sollten sie sich nämlich der Mithilfe an einem unfreien Suizid schuldig machen, drohen ihnen der Verlust ihrer Reputation und Approbation sowie Gefängnisstrafen. In allen Zweifelsfällen, wie sie im hier diskutierten Kontext gewiss häufiger auftreten als bei vielen anderen Patientenentscheidungen,

---

<sup>5</sup> Vgl. etwa Gutmann T (2021) Kommentar zu den §§ 630 a-630h BGB (Behandlungsvertrag). Berlin Buch 2, Recht der Schuldverhältnisse. J. von Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Otto Schmidt Verlagskontor/Walter de Gruyter Verlag, §630d (S. 318ff.); Beauchamp TL /Childress JF (2019<sup>8</sup>) Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, S.99-154.

<sup>6</sup> BVerfGE 153, 182 – Rn.240-247.

<sup>7</sup> Das gegenwärtig zu beobachtende Vordringen des *Freiverantwortlichkeits*-Begriffs mag daran hängen, dass dieser selbsterklärender und handlungsbezogener wirkt als der in allen normativen Wissenschaften notorisch kontrovers diskutierte *Autonomie*-Begriff.

<sup>8</sup> BVerfGE 153, 182 – Rn. 245.

sind daher zusätzliche, oft fachpsychiatrische Konsile erforderlich. Deren (auch sonst nicht unübliche) unterstützende Anordnung dient dem Erzielen einer möglichst kompetenten Willensbeurteilung und der Entlastung der Ärzte selbst. Aus dieser Einsicht folgt aber mitnichten, dass fachpsychiatrische/psychologische Konsile in allen Fällen erforderlich wären. Ein derartiger *Exzeptionalismus* ist in der Sache nicht zu rechtfertigen. Wohl aber scheint ein Vieraugen-Prinzip angemessen, indem regelhaft eine unabhängige zweite Instanz die Freiverantwortlichkeit bestätigt.

Eine gewisse theoretische Spannung entsteht im Übrigen daraus, dass in den Debatten und Regelungsvorschlägen zur Suizidassistenz die Sicherung der Willensautonomie und die Beratung über Alternativen oft als zwei deutlich unterschiedene Aufgaben wahrgenommen und dargestellt werden. Wenn aber nach Standardauffassung die Aufklärung über Folgen, Begleitumstände, Risiken und Alternativen einer Behandlungsdurchführung oder -ablehnung doch gerade ein zentraler Bestandteil der Autonomie-Sicherung ist, leuchtet diese Trennung nicht ein. Im Sonderfall assistierter Suizide (die selbstverständlich nicht zu ‚Behandlungen‘ erklärt werden sollen) erklärt diese Trennung sich am ehesten dadurch, dass bei Suizidenten in vielen Fällen Lebensberatung und Lebenshilfe – etwa in finanziellen, familiären, psychosozialen Hinsichten – angeraten sind, um neue Perspektiven zu schaffen. In solchen Dingen wären Ärzte in ihrer Kenntnis und Zuständigkeit überfordert.

Doch lässt sich unschwer erkennen, dass in sehr vielen Fällen – man denke etwa an Patienten mit terminalen Krebserkrankungen – primär eine Beratung über medizinische und versorgende Alternativen benötigt wird, etwa über Schmerztherapie, Hospize oder auch palliative Sedierung. Hierfür nun haben gerade die betreuenden Ärzte eine Primärkompetenz. Es spricht also vieles dafür, bei Suizidassistenz-Wünschen, die (wie die allermeisten es tun) bei schwerster Krankheit entstehen, die dort zusammengehörigen Aufgaben der Freiwilligkeitssicherung und der Beratung auch *zusammen* wahrnehmen zu lassen. Aber auch hier gilt: Wo immer Patienten oder Ärzte andere zusätzliche Beratungskompetenzen für wünschenswert halten, sind diese beizuziehen.

*Ad (iii):* Im Idealfall würde aus Sicht der Betroffenen dann wohl auch der behandelnde Palliativmediziner, Onkologe, Neurologe oder Hausarzt *selbst* das erforderliche Medikament verschreiben oder sich bereit erklären, dies im zukünftigen Bedarfsfall zu tun (Stichwort: konkretisierte



antizipierbare „Exitstrategie“). Darauf allerdings lässt sich nicht bauen, so dass hier zum Teil andere Kollegen ins Spiel gebracht werden müssten. Solange sich dies ohne offene oder versteckte Missbilligung des primär Behandelnden und im Akutfall auch sehr rasch realisieren lässt, ist gegen eine solche Regelung nichts einzuwenden.<sup>9</sup>

*Ad (iv)*: Ob Patienten sich wünschen, dass ihr Arzt bei Vollzug der Selbsttötung anwesend ist, und ob dieser selbst dazu bereit ist, kann nur im Einzelfall geklärt werden. Oft mag es reichen, den Arzt im Hintergrund erreichbar zu wissen. Aber es liegt doch auf der Hand, wie beruhigend es für Betroffene wie auch Angehörige sein kann, auf Beistand vor, bei und nach der Durchführung eines Suizids zu vertrauen.

Nun belegen zwar ältere wie neuere Umfragen, dass *auf dem Papier* hinreichend viele Ärzte bereit sind oder wären, Suizidhilfe zu leisten (vermutlich auch in dem oben skizzierten umfassenden Sinn). Damit daraus aber auch eine reale Garantie wird (die sich bisher nicht abzeichnet), reicht es nicht, auf den oben diskutierten „grundrechtlichen Erlaubniskorridor“ zu verweisen. Hierfür muss vielmehr zweierlei passieren: Zum einen muss die ethische Legitimität von Suizidunterstützung auch in ärztlichen Organisationen vernehmbar und nicht nur *zähneknirschend* anerkannt werden. Zum anderen muss eine Gesetzgebung zur eindeutigen prozeduralen Regelung ärztlicher Suizidhilfe erfolgen. Die jahrelangen Debatten darüber, ob und in welchem Sinn Suizidhilfe als ärztliche Aufgabe zu verstehen sei, haben hier vermutlich ebenso zu Verunsicherungen und Fehleinschätzungen geführt wie die rechtspolitischen Debatten vor und nach Geltung des inzwischen nichtigen §217StGB.

Doch auch dann, wenn beide Punkte umgesetzt sind, werden sich aktuelle oder auf die Zukunft gerichtete Patienten-Hoffnungen, in ihrem vertrauten Haus- oder Facharzt eine potenziellen Suizidunterstützer zu haben, nur zu einem Teil erfüllen lassen. Selbst wenn, wie Umfragen nahelegen,<sup>10</sup> ein nennenswerter Anteil von Ärzten ihren Patienten in *bestimmtem* Fällen Assistenz leisten würde, und selbst wenn die dafür notwendige rechtliche und gesellschaftliche

---

<sup>9</sup> Vgl. Birnbacher D (2022) Warum kein Anspruch auf Suizidassistenz? Ethik in der Medizin (34:2), S. 161-176.

<sup>10</sup> Vgl. für 2021 etwa: <<https://www.dgho.de/aktuelles/presse/pressemeldungen/assistierte-selbsttötung-bei-krebspatientinnen-regelungsbedarf-und-ermessensspielraum>>. Diese Daten beziehen sich auf Onkologen, doch lassen sich angesichts unterschiedlicher Befragungsgruppen und Formulierungen

Enttabuisierung erfolgt, wäre damit bei weitem nicht allen Betroffenen in ihren konkreten Situationen geholfen. Es müssen also Strukturen geschaffen werden, die Patienten und Ärzten helfen, potenziell „willige“ Kollegen zu finden. Auch dafür könnten die oben angesprochenen zertifizierten „Instanzen“ zuständig gemacht werden.

Und schließlich bedarf es einer zuverlässigen Gesamt-Alternative zu Ärzten, die bis auf Weiteres in der Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen bestehen sollte. Der Direktzugang zu Pentobarbital sollte hingegen nicht zugelassen werden – um die menschliche Begleit- und Schutzkomponente in der konkreten Praxis wie auch in der allgemeinen Wahrnehmung fest im Konzept der Suizidassistenz zu verankern.

Zusammenfassend spricht aus meiner Sicht alles dafür, Suizidberatung, -ermöglichung und -begleitung ebenso wie den Ausschluss mangelnder Freiverantwortlichkeit (gewissermaßen „ganzheitlich“) *präsumtiv* in der Vertrautheit eines Arzt-Patienten-Verhältnisses stattfinden zu lassen.<sup>11</sup> Zudem sollte das Hinzuziehen einer unabhängigen „Zweitinstanz“ verpflichtend werden – sowohl zur Bestätigung/Überprüfung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches als auch zum Zweck der damit zusammenhängen Beratung. Sekundär, und wohl für absehbare Zeit unentbehrlich, um die allgemeine und ggf. zeitnahe Zugänglichkeit von Suizidhilfe zu ermöglichen, sollten Sterbehilfeorganisationen dankbar mit in das Ermöglichungskonzept eingebunden werden.

### **Kurze Bewertung der vorliegenden Suizidhilfe-Gesetzesentwürfe**

Der Gesetzentwurf Castellucci/Heveling et al. ist schon deshalb abzulehnen, weil er Suizidhilfe – zu generalpräventiven Zwecken – auch unter der Bedingung von Freiverantwortlichkeit (Hilfe bei unfreien Suiziden gilt ohnehin als Tötungsdelikt) grundsätzlich mit der Keule des Strafrechts bedroht. Insbesondere für Ärzte liegt darin eine ethische Zumutung ersten Grades. Zudem sind die Anforderungen an vorgängige Freiwilligkeits-Prüfungen und Beratungspflichten derart

---

<sup>11</sup> Immer wieder wird allerdings suggeriert, man würde mit einer Praxis der ärztlichen Suizidhilfe möglicherweise das Vertrauen in die Ärzteschaft untergraben (vgl. aktuell: „[...] viele Fachgesellschaften ... warnen davor, eine Tür zu öffnen, von der man nicht wisse, was sie für das Arzt-Patienten-Verhältnis bedeute“ Tagespiegel Background *Gesundheit und E-Health* vom 24.06.22. Für diese Behauptung gibt es keine Evidenz und keine logische Begründung.

*exceptionalistisch* überzogen, dass man auch hier nur das Ziel unterstellen kann, die Anzahl der Suizidunterstützungen auf das kleinstmögliche Maß zu drücken.

Hinsichtlich der Verfassungskonformität und der problematischen Reichweite des Geschäftsmäßigkeitsverbots dieses Entwurfs müssen sich Rechtsexperten äußern.

Die Gesetzentwürfe Künast/Scheer sowie Helling-Plahr/Sitte sind beide in ihrer Zielrichtung als behutsam konzipierte *Ermöglichungs*-Entwürfe zu begrüßen. Beide wollen die Zugänglichkeit zur Unterstützung freiverantwortlicher Suizide zugleich maßvoll und vertrauenserhaltend mit einem Schutzwall zur Absicherung der geforderten Freiverantwortlichkeit flankieren. In dieser Hinsicht ist auch eine *Beratungspflicht* bei garantierter Ergebnisoffenheit nicht als unbillige Einschränkung der Autonomie zu werten, sondern als Voraussetzung für ein Mehr an gesellschaftlicher Akzeptanz.

Im Vergleich ihrer regulatorischen Details haben beide Entwürfe einige Vorteile gegenüber dem jeweils anderen, so dass eine Konvergenz in der Sache wünschenswert wäre.

Der Helling-Plahr/Sitte-Entwurf überzeugt dadurch, dass er Suizidhilfe primär in die Verantwortung von Ärzten mit ihren relevanten Kompetenzen legen will, wie dies den Interessen der meisten Nachsuchenden entspricht. Hierfür spricht auch, dass ‚Beratung‘ bei allen durch Krankheit mit-motivierten Suizidüberlegungen der Sache nach maßgeblich (auch) genuin medizinische und versorgerische Aspekte betrifft. Das gilt also für die große Mehrheit erwartbarer Nachfragen.

Hingegen scheint der Künast/Scheer-Entwurf mit seiner diesbezüglichen Eingrenzung auf *medizinische Notlagen*\* deutlich zu eng in der Reichweite der ‚Privilegierung‘ ärztlicher Unterstützung, selbst wenn man diesen Begriff angemessen schärfen könnte.

Andererseits hat dieser Entwurf wiederum den Vorzug, für *jeden* Fall von Suizidhilfe ein Vieraugen-Prinzip für die (ergebnisoffene) Beratung ebenso wie für die Freiwilligkeitsfeststellung vorzusehen. Weniger aus Misstrauen denn zur Entlastung von Ärzten und zur allgemeinen Vertrauenssicherung scheint mir eine solche Regelung erforderlich, wobei beide Funktionen in einer Hand bleiben können. Zudem sollte die Grundidee von Künast/Scheer

---

\* nachträgliche Korrektur ggü. der Originalversion, in der hier und auf der Folgeseite versehentlich von „Notfällen“ die Rede war.

übernommen werden, in akuten „Notlagen“ terminalen Leidens weniger hohe Anforderungen an das Vieraugen-Prinzip zu stellen (zB durch eine aufsuchende oder digitale Realisierung).

Einen direkten behördlichen Zugang von Patienten zu einer wirksamen Suizidmedikation würde ich (wie Helling-Plahr/Sitte) nicht vorsehen, die Zulässigkeitsbedingungen für Sterbehilfe-Organisationen hingegen realistisch-ermöglichend ausbuchstabieren.

Was Fristen, Zertifizierungsverfahren und die Konkretisierung von Beratungsstellen betrifft, erwarte ich keine Friktionen bei der Erarbeitung eines zu erhoffenden gemeinsamen Antrags. Wichtig bleiben selbstredend auch die in beiden Anträgen vorgesehene Dokumentation und Zwischenevaluation der Suizidhilfe-Praxis, um hier empirisch informiert ggf. verbessernd nacharbeiten zu können.