

Berlin, 25.11.2022

**Stellungnahme
des Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben e. V.
zu drei Gesetzesentwürfen betreffend die Regulierung der Suizidassistentz**

- Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (StGB-E), *eingbracht von den Abgeordneten Lars Castellucci, Ansgar Heveling et al.* (BT-Drs. 20/904)
- Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze (SbStG-E), *eingbracht von den Abgeordneten Renate Künast, Nina Scheer et al.* (BT-Drs. 20/2293)
- Entwurf eines Gesetzes zur Regulierung der Suizidhilfe, *eingbracht von den Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Petra Sitte et al.* (SHG-E) (BT-Drs. 20/2332)

Vorbemerkung:

Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben waren als Beschwerdeführer maßgeblich daran beteiligt, dass der ehemalige § 217 StGB für verfassungswidrig und nichtig erklärt worden ist. Auch den aktuellen Gesetzentwurf (BT-Drs. 20/904) eines neuen § 217 StGB (StGB-E) halten wir für verfassungswidrig, weil er wesentliche verfassungsrechtliche Aspekte des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 missachtet bzw. fehlerhaft auslegt.

Die vorliegende Stellungnahme geht jedoch **nicht** auf die verfassungsrechtlichen und rechtsdogmatischen Aspekte der einzelnen Gesetzesentwürfe ein.

Im **ersten Teil** unserer Stellungnahme gehen wir ausschließlich auf die in allen Gesetzesentwürfen enthaltene **Beratungspflicht** ein. Diese halten wir zum einen aus verfassungsrechtlichen Gründen für bedenklich, zum anderen aus Gründen der praktischen Umsetzung für problematisch, da die in den Gesetzesentwürfen geregelten „Beratungskonzepte“ an den Bedürfnissen derjenigen, die eine professionelle Suizidhilfe in Anspruch nehmen wollen, vorbeigehen.

Im **zweiten Teil** unterbreiten wir konkrete Regelungsvorschläge für eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes.

1. Teil der Stellungnahme:

Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) begrüßt zwar grundsätzlich Anregungen (wie z. B. die des Deutschen Ethikrats), Angebote zu einer Suizidprävention über die gesamte Lebensspanne und für alle relevanten Lebensbereiche auszuweiten. Um aber individuellen Lebenslagen wirklich gerecht werden zu können, darf es auf keinen Fall zu einer irreführenden Gleichsetzung der Personen, die sich in einer suizidalen Krise befinden, mit denjenigen, die einen freiverantwortlichen, wohlwogenen und konstanten Suizidwunsch mittels professioneller Hilfe entwickelt haben, kommen. Ebenfalls ist hervorzuheben, dass ein freiverantwortlicher Suizidwunsch sich in aller Regel nicht aus einem pathologisch geprägten, aus Verzweiflung erwachsenen Suizidbedürfnis heraus entwickelt. Denn entscheidungs- und urteilsfähige suizidwillige Menschen kommen über einen rational geprägten, oft bilanzierenden und verschiedene Alternativen berücksichtigenden Reflexionsprozess zu einer persönlichen Entscheidung, ihr Leben selbstbestimmt beenden zu wollen und suchen hierfür nach professioneller Suizidassistenz. Ein solcher Suizidwunsch hat keinen pathologischen Hintergrund und sollte daher auch nicht fälschlich pathologisiert werden. Die Suizidwilligen entscheiden sich nicht für einen Suizid, weil sie keinen anderen Ausweg mehr sehen, sondern, weil dies unter den verfügbaren Optionen diejenige ist, die ihrem Verständnis von Selbstbestimmung und Sinnerfüllung am stärksten entspricht.

Die Unterstützung für suizidwillige Menschen darf daher nicht von einem paternalistischen Gestus geprägt sein, der unter dem Deckmantel eines nur scheinbar ergebnisoffenen Beratungsangebots darauf abzielt, ihnen eine Lebensbindung anzutragen, die ihrem eigenen gefestigten Willen widerspricht.

Eine Ausweitung von Angeboten der Suizidprävention kann sich daher nur auf Menschen beziehen, die einen Ausweg suchen, aber keinen solchen mehr finden können. **Jedoch gleichermaßen vonnöten ist eine Ausweitung von Angeboten für Menschen, die freiverantwortlich**

und dauerhaft ihren Weg, nämlich der Inanspruchnahme einer professionellen Suizidhilfe, für sich bereits gefunden haben und diesen sicher, geschützt und schmerzfrei in die Tat umsetzen wollen.

1. Auswirkungen einer Beratungspflicht im Rahmen der Suizidhilfe

Wenn mit Beginn der Gültigkeit eines Gesetzes zur Suizidhilfe eine Beratungspflicht für suizidwillige Menschen etabliert wird, so lässt sich nicht vermeiden, dass dieses alle beteiligten Parteien vor signifikante Herausforderungen stellt. Richtet man den Blick auf die Beratungsangebote und die Beratungsinhalte selbst, müssen zumindest drei wesentliche Aspekte in die Überlegungen mit einbezogen werden:

- die Infrastruktur eines Netzes von Beratungsstellen und deren Ausstattung,
- die Akquirierung von geeignetem Beratungspersonal sowie
- etwaige Probleme der Durchführung von Beratungen im Rahmen einer Wahrnehmungspflicht.

a) Infrastrukturelle Aspekte der Etablierung einer Beratungspflicht

Viele Beratungsstellen in Deutschland sind bis heute entweder unterfinanziert oder zumindest nicht ausreichend ausgestattet. Für viele Themenbereiche (z. B. traumatisierte Menschen, Betroffene sexualisierter Gewalt, Menschen mit Suchtproblemen) erweist sich das Netz von existierenden Beratungsstellen als über das Gebiet der Bundesrepublik hin gesehen häufig als unzureichend, selbst wenn diese Themenbereiche medial und auch politisch eine große Aufmerksamkeit erfahren haben. Interessentinnen und Interessenten müssen lange auf Termine warten, können nur eine beschränkte Anzahl von Beratungsterminen in Anspruch nehmen oder müssen sich mit langen Wartezeiten zwischen einzelnen Terminen arrangieren.

Gerade in eher ländlich geprägten Gebieten müssen Menschen, die dringend und wohnortnah Hilfe benötigen, oft weite Anreisewege in Kauf nehmen, oder aber es ist ihnen aus Gründen, die auf eben jenen Leiden beruhen, die sie zur Suche nach Beratung führen, rein physisch nicht möglich. Darüber hinaus scheitern weite Anreisen oft genug ebenfalls an der schlechten finanziellen Situation, in der sich viele Personen befinden, die durch starke psychosoziale Belastungen nicht oder nur eingeschränkt erwerbsfähig sind.

Es ist also vor diesem Hintergrund von Bedeutung, die logistischen Herausforderungen zu bedenken, die sich bei der Einführung einer Beratungspflicht im Bereich der Selbstbestimmung am Lebensende manifestieren.

Um allen Menschen bundesweit die Wahrnehmung der verpflichtenden Beratung zu ermöglichen, müssen zum einen in allen Landesteilen Beratungsstellen vorhanden sein. Das Angebot kann sich dabei nicht ausschließlich auf ausgewählte Großstädte und Metropolregionen beschränken, sondern muss sich ebenfalls auf Landesteile erstrecken, die ländlich und/oder kleinstädtisch geprägt sind. Wenn Personen zur Wahrnehmung eines Grundrechtes bestimmte Regularien auferlegt werden, so muss ihnen auch die Gelegenheit gegeben werden, diese Regularien, ohne einen unverhältnismäßigen Aufwand erfüllen zu können.

Insbesondere ältere und hochaltrige Menschen beschäftigen sich mit der Möglichkeit eines assistierten Suizids. Dazu kommt, dass viele von ihnen diesen Plan als Konsequenz einer schweren Erkrankung ausbilden. Diese Erkrankungen schwächen sie meist physisch, oftmals in erheblichem Ausmaß. Das wiederum bedeutet, dass sie gar nicht oder nur unter Inkaufnahme von zusätzlichen, ihrem körperlichen Zustand nicht förderlichen Anstrengungen in der Lage wären, weitere Strecken zurückzulegen, um zu einer Beratungsstelle zu gelangen, in der ihr Sterbewunsch besprochen werden kann. Ein nicht unbeträchtlicher Anteil dieser Personen ist kaum noch transportabel, oft genug ans Bett gefesselt. Diese Anstrengungen würden sich maximieren, wenn sie wiederholte Termine wahrzunehmen verpflichtet wären. Es muss zudem fraglich erscheinen, ob sie nach einer anstrengenden Reise die Kraft haben, konzentriert ein solches Beratungsgespräch zu führen.

Nun mag eingewendet werden, dass in derartigen Lebenslagen die Möglichkeit für die Beraterinnen und Berater bestünde, Hausbesuche durchzuführen. Doch die Notwendigkeit einer weiten Anreise bliebe gleichwohl bestehen. Zwar wäre Mitarbeitenden einer Beratungsstelle ein solcher Reiseweg weitaus eher zuzumuten, unbenommen bliebe jedoch der zeitliche Aufwand, um unter Umständen ein einzelnes Beratungsgespräch durchzuführen. Die Zeiträume, in denen die Beratenden anreisen, würden logischerweise für das Angebot weiterer Beratungstermine für andere Klientinnen und Klienten entfallen. Dies muss umso mehr als bedenklich erscheinen, als dass vermutlich viele Antragstellende wie bereits erwähnt schwer krank sein dürften und allzu weit in der Zukunft liegende Termine entweder nur unter Inkaufnahme weiterer intensiver Leidensperioden in Anspruch nehmen oder aber sogar vor einem solchen Termin bereits qualvoll versterben könnten. Das sollte nicht die Intention einer Regulierung der Suizidassistenz sein.

Wird hingegen auf telefonische Beratung oder Videokonferenzen (über Computer usw.) zurückgegriffen, so entfallen verschiedene wichtige Hinweise, die sich Beratenden zeigen können, wenn sie sich im selben Raum mit ihren Beratungsklient*innen befinden. Solcherart gestützte Formen der Beratung haben ihren eigenen Wert und repräsentieren eine gute Alternative, wenn Gespräche vor Ort aus verschiedenen Gründen nicht umsetzbar oder indiziert sind, jedoch gehen z. B. relevante nonverbale Hinweise oft genug verloren oder sind so minimiert, dass die Einschätzung von Seiten der Beratenden deutlich schwieriger zu treffen ist.

Beispielsweise kann ein suizidwilliger Mensch nicht nur mit seinen Worten, sondern auch mit Mimik und Gestik seiner eigenen Entscheidung emphatisch Nachdruck verleihen, was klarerweise in einem „Face-to-face“-Setting eine andere Eindeutigkeit gewinnen kann als in einem Telefongespräch oder über eine Videositzung. Da die Freiverantwortlichkeit, Dauerhaftigkeit und Autonomie der Entscheidung für einen Antrag auf Suizidhilfe ausschlaggebende Kriterien in der Beurteilung darstellen, sollte nach Möglichkeit den Antragstellenden die Möglichkeit gegeben werden, diese Kriterien auch in einem hierfür angemessenen Setting ausdrücken zu können. Zudem verdient die Beurteilung, die die Beratenden treffen müssen, eine Datenbasis, die so umfassend wie in Beratungsgesprächen möglich ist, ausfällt. Im psychosozialen Bereich revolvieren Interaktionen nicht auf dem direkten Austausch von reinen Sachinformationen, sondern speisen sich ebenfalls aus der Beziehungsgestaltung in allen ihren Facetten, verbal wie nonverbal.

Verpflichtende Beratung bedürfte somit ausreichender zeitlicher und räumlicher Ressourcen, die individuell an die Situation der Antragstellenden angepasst werden müsste (siehe die vorangegangenen Ausführungen zu physischen oder psychischen Einschränkungen, denen viele suizidwillige Menschen unterliegen).

Wenn also nicht innerhalb kürzester Zeit die Bundesrepublik mit einer über das gesamte Land dicht gestaffelten Infrastruktur von Beratungsstellen zur Frage der Suizidhilfe überzogen werden könnte, zöge der Mangel an Zugang eine potentiell äußerst chaotische und für große Unzufriedenheit sorgende Lage nach sich, nämlich dahingehend, dass eine große Zahl von Menschen mit oft hohem Leidensdruck dringlich versuchte, Termine für Beratungsgespräche zu erhalten, um die von ihnen gewünschte Suizidhilfe zu befördern, während auf der anderen Seite nicht genügend Beratungsstellen, nicht genügend Beratende, nicht genügend Beratungstermine, nicht genügend Beratungsräume dazu führen, dass sterbewillige Menschen inakzeptable, weil leidvolle Warteperioden zu überstehen hätten und selbst vorhandene Beratungskapazitäten unzumutbaren Aufwand bedeuten würden, weil die

Suizidwilligen in vielen Fällen in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und keine großen Strecken zurücklegen könnten, um Gesprächstermine wahrzunehmen.

b) Akquirierung von geeignetem Fachpersonal für verpflichtende Beratung

Ein weiterer kritischer Punkt zeigt sich in der Anstellung und Organisation von Personal, das über die notwendige Qualifikation verfügt. Fachkräfte aus dem psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Bereich stellen zunächst eine grundsätzlich naheliegende und von der professionellen Ausrichtung her angemessene Wahl dar. Jedoch bedarf es einer spezifischen Haltung für die Beratungstätigkeit eines Suizidwilligen, der einen professionell assistierten Suizid begehrt. Es müssen ausreichend professionelle Berater zur Verfügung stehen, die Suizidalität nicht per se als pathologisch ansehen, sondern zugestehen, dass ein freiverantwortlicher, wohlwogener Suizid mit ärztlicher Unterstützung ein legitimer Weg ist, ein Persönlichkeitsrecht zu nutzen, das verfassungsrechtlich bestätigt wurde.

Es scheint zunächst nicht problematisch zu sein, das Anforderungsprofil für Beratende zu skizzieren und in der Folge für die einzurichtenden Beratungsstellen zu akquirieren. Bei näherer Betrachtung ergeben sich hingegen Schwierigkeiten, die zu adressieren sind. In psychosozialer Arbeit mit Krisen, in großen Teilen der Psychiatrie und bei vielen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten herrscht die Haltung vor, bei einer manifesten Suizidalität rasch zu intervenieren, um die betreffende Person von ihren Plänen abzubringen. Suizidalität wird dementsprechend häufig als Ausdruck einer persönlichen Lebenskrise verstanden, als Phänomen mit psychopathologischer Qualität. Maßnahmen haben in der Regel die Funktion, den suizidwilligen Menschen unter Einsatz verschiedener Methoden von seiner aktuellen Absicht abzubringen. In den äußersten Fällen kann eine Person von professioneller Seite als sich selbst gefährdend eingeschätzt werden, was eine Einweisung in eine geschlossene Einrichtung, v. a. psychiatrische Stationen, nach sich ziehen kann.

Es soll dabei keineswegs in Abrede gestellt werden, dass es viele Akutkrisen von Menschen gibt, in denen sie Gefahr laufen, Verzweiflungstaten zu begehen, zu denen in der extremen Variante Brutalsuizide gehören können. Selbstverständlich bedarf es einer umfassenden und niedrigschwelligen Vielfalt von Angeboten zur Suizidprävention und Krisenintervention. Der entscheidende Punkt besteht allerdings darin, dass in vielen fachlichen Haltungen bisher keine oder zumindest keine ausreichende Differenzierung zwischen suizidalen Lebenskrisen und einer freiverantwortlichen, wohlwogenen und rationalen Suizidabsicht besteht. Diese Differenzierung von fachlichen Haltungen ist indessen nicht durch Besuch einiger Informationsveranstaltungen und/oder Schulungen zu erreichen, sondern erfordert eine

grundlegende Reflexion und auch eine Offenheit zur Veränderung von bestehenden und bisher praktizierten fachlichen Haltungen.

Es hat seinen Grund, warum beraterische, psychotherapeutische und psychiatrisch-fachärztliche Ausbildungen sich über mehrere Jahre erstrecken, denn sie betreffen nicht bloß ein mechanisches Erlernen bestimmter Methoden, sondern eine tiefergehende Integration von Sichtweisen und Methodik in das fachliche Denken und Handeln. Eine veränderte, nämlich erweiterte Haltung zum Themenfeld Suizidalität lässt sich nicht wie eine einzelne fachliche Information aufnehmen. Es geht nicht allein um das Hinnehmen neuer Fakten. Stattdessen besteht die Aufgabe darin, eine Befähigung zur ergebnisoffenen Lebensendberatung zu erreichen, in deren Rahmen auch eine assistierte Selbsttötung eine viable und legitime Alternative darstellt. Das Erlernen einer Art Überredungskunst, um rational und freiverantwortlich suizidwillige Menschen von ihrem Vorhaben abzubringen, wird weder diesen Menschen noch ihrem verfassungsmäßig garantierten Grundrecht gerecht.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit zumindest in vielen Fällen, Fachkräften, die die verpflichtende Beratung anzubieten hätten, eine Form von Fortbildung zu ermöglichen, die ihnen erlaubt, eine erweiterte, integrative Positionierung zu Lebensendthematiken anzunehmen. Hilfe zu einem assistierten Suizid als reale Option für sterbewillige Menschen anzunehmen, geschieht nicht wie durch das Umlegen eines Schalters. Es ist also einiges an fachlicher Arbeit, an weitergehender Qualifikation in diesem Feld zu leisten. Hierzu werden zeitliche und materielle Ressourcen benötigt. Geht man vom Idealfall ihrer zeitigen Bereitstellung aus, so ergibt sich ein gewisser Vorlauf, bis die entsprechend weiterqualifizierten Fachkräfte überhaupt in die verpflichtende Beratung zu Fragen der Suizidassistenz eintreten können. Es erscheint demgemäß als große Herausforderung, die nötigen fachlichen Vorbereitungsprozesse rechtzeitig zu treffen, sodass mit Beginn eines Gesetzes zur Suizidhilfe, das eine solche verpflichtende Beratung beinhaltet, in der Bundesrepublik flächendeckend dieses zum Erfordernis gemachte Angebot zur Verfügung steht. Die Praxiserfahrungen aus anderen Bereichen spezialisierter Beratung (etwa die oben erwähnten Themenfelder Sucht und sexualisierte Gewalt) lassen erhebliche Zweifel und Besorgnis aufkommen, ob die intendierte Beratungspflicht wirklich in dieser Form verlässlich realisiert werden kann.

2. Auswirkungen einer Beratungspflicht auf Beratungsinhalte und -beziehungen

Selbst, wenn vorausgesetzt würde, dass ausreichende Beratungskapazitäten und damit genügend Örtlichkeiten, Termine und fachlich für die Lebensendberatung angemessen qualifiziertes Personal vorhanden wären, bestünden weitere Hürden, eine humane und

hinreichend niedrigschwellige Suizidhilfe umzusetzen, denn: Eine Beratungspflicht hat gleichfalls Auswirkungen auf die Ausgestaltung der Beratungsbeziehung zwischen Beratenden und Beratungsklienten und -klientinnen.

Um diese Auswirkungen zu verstehen, ist zwischen einer freiwillig in Anspruch genommenen Beratung und einem Zwangskontext zu unterscheiden, der die Klientinnen und Klienten dazu verpflichtet, ein bestimmtes Angebot anzunehmen. Eine freiwillig genutzte Beratung beinhaltet zumeist Anliegen der Klientinnen und Klienten, zu denen diese Klärung und/oder Unterstützung für sich erlangen möchten. Sie zeigen eine grundsätzliche Offenheit, die Expertise der Beratenden anzunehmen. Es gibt etwas, das sie aktiv als Thema einbringen möchten.

Die Verpflichtung zu einer Beratung hingegen kann nicht voraussetzen, dass die Klientinnen und Klienten überhaupt offen sind für die genannte Expertise. Zwangskontexte kommen in aller Regel dann zustande, wenn unterstellt wird, dass Personen schwere Versäumnisse unterlaufen sind oder bei ihnen Defizite vorhanden sind, die mutmaßlich eine Intervention von außen rechtfertigen. Oft genug existieren divergierende Sichtweisen – von außen wird an diese Personen herangetragen, dass sie sich einer Beratung unterziehen müssen, während sie selbst diese Beratungsnotwendigkeit nicht oder zumindest nicht in dieser Form sehen. Sie haben kein Anliegen, zu dessen Klärung sie Hilfe von außen annehmen wollen, ausgenommen womöglich das Anliegen, stärkere Sanktionen ihres Handelns durch – nicht selten widerwilliges – Annehmen der ihnen angetragenen Maßnahmen zu vermeiden.

Ein häufiges Beispiel für solche Interventionen von außen sind etwa Angebote und Maßnahmen der Jugendhilfe (wie Familienhilfe oder Einzelfallhilfe), zu denen Erziehungsberechtigte verpflichtet werden, wenn der Verdacht besteht, dass diese in irgendeiner Weise ihrem Erziehungsauftrag nicht gerecht worden sind. Weitere Beispiele bestehen in der Verordnung von Maßnahmen wie Anti-Aggressionstraining, Suchtberatung und -therapie oder anderen Formen von Sensibilisierungstrainings.

Eine verpflichtende Intervention findet also in aller Regel dann statt, wenn die Vermutung oder auch die Gewissheit besteht, dass bestimmte Personen besonderen Aufgaben oder Verantwortlichkeiten nicht oder nicht hinreichend nachgekommen sind oder anderen Personen mit ihren Handlungen geschadet haben. In einer Reihe von Fällen stellen diese verpflichtenden Interventionen Wege dar, strafrechtliche Konsequenzen abzuwenden, bisweilen gar Gefängnisstrafen. Diese verpflichtende Intervention soll sie befähigen, anderen Menschen oder sich selbst schadende Handlungen in ihrer Lebensführung zu unterlassen

und/oder durch andere zu ersetzen. Ferner wird zumeist eine Veränderung der Lebensperspektiven beabsichtigt.

Menschen, die Unterstützung in der Umsetzung ihres assistierten Suizids suchen, haben sich mit dieser persönlichen Entscheidung nichts zu Schulden kommen lassen. Sie haben nicht gegen geltendes Gesetz verstoßen, sie haben auch keiner anderen Person Leid zugefügt. Alles, was sie anstreben, ist, einen oft bereits mit großer Überzeugung getroffenen selbstbestimmten Entschluss zu ihrem Lebensende umsetzen zu können. Mit einer Beratungspflicht würde insinuiert, dass ihrer selbstbestimmten Entscheidung etwas Defizitäres zukommt. Anstatt von der auch in anderen Lebenskontexten vorausgesetzten vorhandenen freien Verantwortung und Entscheidungsfähigkeit auszugehen, würde ihr legitimer zum Plan gereifter Wunsch in die Nähe von Normenverstößen oder pathologischen Erscheinungen gerückt, obwohl er nach verfassungsrechtlichem Entscheid ein persönliches Grundrecht repräsentiert.

Wenn Menschen, die für sich die Entscheidung getroffen haben, ihr Leben durch einen assistierten Suizid zu beenden, auf diese Entscheidung hin befragt werden, so ist es durchaus legitim, sie auf ihre Freiverantwortlichkeit, Wohlerwogenheit, Konstanz und Eigenständigkeit hin zu betrachten. Eine solche Reflexion dient der Absicherung, dass vermieden wird, Suizidhilfe zu leisten in Fällen, in denen dies nicht angezeigt ist, etwa, wenn die Intention der Person sich aus einer Verzweiflung heraus, in Unkenntnis von Alternativen usw. gebildet haben könnte. Eine solche Praxis gehört, wie auch immer die gesetzlichen Rahmenbedingungen, bereits jetzt schon zu einer professionellen Vermittlung und Ausführung von Suizidhilfe. Das bedeutet, dass die Erwägung von Alternativen auch zu diesem Zeitpunkt eine wichtige Rolle spielt.

Wird eine Person hingegen dazu verpflichtet, eine Beratung in Anspruch zu nehmen, obwohl sie selbst die Präferenz hätte, dies nicht zu tun, wird der für die relevante inhaltliche Tiefe der hier betroffenen existentiellen Thematik notwendige Vertrauensaufbau signifikant behindert. Selbst in auf eine größere Zahl von Sitzungen angelegten Beratungs- und Therapiekontexten, mit Menschen, die ein intrinsisches Interesse an einer Veränderung ihrer Lebenssituation besitzen, kann der Aufbau einer solchen Vertrauensbeziehung mitunter äußerst langwierig und vulnerabel sein. In Zwangskontexten fällt dies ohnehin schwerer, da die Klientinnen und Klienten häufig nicht ohne Grund fürchten, zu große Offenheit ihrerseits könnte für sie zu negativen Konsequenzen führen.

Wenn nun eine sterbewillige Person sich Mitarbeitenden einer beratenden Institution gegenüber sieht, die den Auftrag haben, ihren Sterbewunsch kritisch zu hinterfragen, so wäre

es keinesfalls überraschend, sollte sie sich äußerst schwertun, transparent Kunde über ihre psychische Situation mit Blick auf ihre Suizidwünsche zu geben. Beispielsweise kann die Sorge, etwas zu Protokoll zu geben, das ihrer Einschätzung nach – ob dies nun realistisch sein mag oder nicht – die Wahrscheinlichkeit, die gewünschte Unterstützung zu erhalten, verringert, dazu beitragen, dass sie es nicht wagt, eigene Ambivalenzen zu ihrem Sterbewunsch offenzulegen, d. h. ehrlich über ein Hin- und Hergerissensein oder auch nur leise Zweifel an diesem Wunsch zu berichten.

Die Gefahr besteht also, dass weniger die umfassenderen Motive, Überlegungen usw. den Sterbewunsch betreffend geäußert werden, sondern eher diejenigen Dinge, von denen die Klientinnen und Klienten glauben, dass sie ihnen die Möglichkeit, Suizidhilfe in Anspruch nehmen zu können, nicht verbauen werden. Auf beraterischer Seite wiederum kann der Eindruck entstehen, die Klientinnen und Klienten verhielten sich im Gespräch intransparent. Kurz: Der Weg ist nicht weit zu einer Atmosphäre des gegenseitigen Misstrauens.

Ferner steht zu befürchten, dass die Beratenden in der Einschätzung der Lebenslage und des psychischen Zustandes von Antragstellenden unterschwellig im Rahmen ihres Auftrages zu einer defizitorientierten Haltung neigen. Das heißt, ihre Suchhaltung kann von der Ausschau nach Mangelaspekten, nach möglichen Einschränkungen usw. geprägt sein, also all demjenigen, was herangezogen werden könnte, um die Zustimmung zu einer Hilfe bei einem assistierten Suizid zu versagen. Eine defizitorientierte Haltung, bewusst oder nicht, führt schnell zu einer latenten Pathologisierungstendenz, mithin der unausgesprochenen Suche nach etwas, das eine Begründung für eine abschlägige Bescheidung liefern könnte. Dies wäre besonders dann eine Gefahr, wenn die Beratenden vor ihrem Einsatz in einer Institution, die verpflichtende Beratung anbietet, nicht umfassend zu Grundhaltungen und Vorgehensweisen in der Lebensendberatung weitergebildet worden sein sollten.

Zu berücksichtigen ist ebenfalls, dass Personen mit einem Sterbewunsch, die eine Pflichtberatung anzunehmen gezwungen sind, in vielen Fällen keineswegs ausgeglichen oder gar in einer entspannten Haltung in solche Gespräche gehen würden. Im Gegenteil kann der Pflichtaspekt zusammen mit einer erwarteten Notwendigkeit, die eigene Entscheidung rechtfertigen zu müssen, für zusätzliche Stressoren sorgen. Angesichts der oft gesundheitlich stark belasteten Lebenslagen vieler Menschen, die Suizidhilfe suchen, bedeutete eine verpflichtende Beratung noch eine zusätzliche Belastung.

Es fragt sich, ob die Verpflichtung zu einer Beratung wirklich eine Beratung darstellt und nicht viel mehr Belehrung und Überprüfung, im Sinne einer Aufklärung über die Rechte und

die Untersuchung, ob diese Personen für berechtigt erklärt werden können, ihr Recht auch wahrzunehmen. Zumindest darf die Wahrscheinlichkeit nicht für gering erachtet werden, dass Antragstellende die Termine in dieser Form wahrnehmen. Es steht zu befürchten, dass die Erwartungshaltung vieler Menschen, die Unterstützung zu einem assistierten Suizid suchen, im Vorlauf zu diesen Terminen von Skepsis und Unsicherheit dominiert werden könnte.

Viele sterbewillige Menschen, die nach Wegen suchen, Suizidhilfe zu erlangen, dürften schließlich keineswegs eine Beratung wünschen, die eine von ihnen bereits getroffene und intensiv reflektierte Entscheidung nicht als solche respektiert und gelten lässt, sondern sie sozusagen mehrere Schritte zurückwirft und zwingt, die Entscheidung, zu der sie schon gekommen sind, noch einmal zu rechtfertigen.

Ein Hinterfragen einer bereits freiverantwortlich getroffenen Entscheidung, das für die Beratungsklientinnen und -klienten merklich über die Vergewisserung hinsichtlich Freiverantwortlichkeit, Wohlerwogenheit usw. hinausgeht, widerspricht darüber hinaus einer der Maximen, die ansonsten psychotherapeutische, beraterische und andere Interventionen latent oder auch offen durchwirkt: Das Individuum soll für seine eigenen Entscheidungen und Handlungen Verantwortung übernehmen; es soll sein Leben nach eigenen Vorstellungen gestalten, ohne anderen Menschen zu schaden. Das Leitbild der Übernahme von Verantwortung, das Konzept des weitgehend autonom handelnden Individuums, das ansonsten von Politik und Gesellschaft emphatisch befürwortet wird, sollte nicht in der letzten Lebensphase einer paternalistischen Haltung zum Opfer fallen. Es würde ein schlechtes Licht auf das Konzept der freiheitlich-demokratischen Grundordnung werfen, wenn einerseits für alle Phasen der erwachsenen Existenz mündige Bürgerinnen und Bürger eigenständig ihr Leben führen sollen, in der Lebensendphase hingegen das Verständnis der mündigen Bürgerinnen und Bürger abgeschwächt oder gar negiert wird und sie einem Rechtfertigungsdruck unterliegen, der in den meisten anderen Entscheidungen ihrer Lebensführung nicht gegeben ist.

Eine verpflichtende Beratung läuft somit Gefahr, Menschen, die keines Rates bedürfen, in eine Position zu bringen, ihre Lebensgestaltung zu legitimieren, wenn es um die existentiellste Entscheidung geht, die überhaupt zu treffen ist: Die Frage, ob ein Mensch weiterleben oder sein Leben auf eine seinem Selbstverständnis entsprechende Weise beenden will.

Des Weiteren besteht die Gefahr, dass beispielsweise der Fall eintreten könnte, dass ein in Kraft getretenes Suizidhilfegesetz von freitodwilligen Menschen erfordert, eine Bescheinigung über eine erfolgte Beratung beizubringen, um eine Verschreibung des entsprechenden

Medikamentes zu ermöglichen, zugleich aber noch nicht genügend Beratungsstellen vorhanden sind. Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben regt daher an, dass es entweder eine **gesetzliche Übergangsfrist von ein bis zwei Jahren** gibt, bis der Weg über die Beratungsstellen gangbar würde, oder aber **das Gesetz erst nach diesem Zeitraum in Kraft treten zu lassen**, wenn nämlich bis dahin eine angemessene Beratungsinfrastruktur aufgebaut sein wird.

Da somit auch im Hinblick auf die Infrastruktur der geplanten Beratungspflicht Bedenken bestehen, die aufzubauen vermutlich mindestens ein bis zwei Jahre in Anspruch nehmen wird und die genannten verfahrenstechnischen Regelungsoptionen lediglich suboptimal sind, schlagen wir aus den oben dargelegten Gründen vor, **auf eine Beratungspflicht zu Gunsten der Suizidwilligen zu verzichten und an deren Stelle eine Informations- und Aufklärungspflicht auf Seiten der professionellen Suizidhelfer zu implementieren.**

2. Teil der Stellungnahme:

Für die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben ist und bleibt eine Änderung des Betäubungsmittelgesetz zentral. Da wir die in den vorliegenden Gesetzesentwürfen vorgesehenen Änderungen im Betäubungsmittelgesetz nicht für ausreichend erachten, schlagen wir folgende Neuregelungen im Betäubungsmittelgesetz vor:

§ 13 Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung

(1) (...) Die in Anlage I und II bezeichneten Betäubungsmittel dürfen nicht verschrieben, verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch oder nach Absatz 1a Satz 1 überlassen oder **nach § 13a Absatz 1 Satz 1 verschrieben oder überlassen¹** werden.

(...)

§ 13a Verschreibung oder Überlassung zum Zwecke einer freiverantwortlichen Selbsttötung

(1) Ein Arzt darf ein in Anlage III bezeichnetes Betäubungsmittel verschreiben oder im Rahmen einer stationären Behandlung überlassen, wenn es für eine freiverantwortliche Selbsttötung genutzt werden soll, nachdem

- 1. der Sterbewillige dies ausdrücklich und ernstlich verlangt hat,**

¹ Die vorgeschlagenen Ergänzungen bzw. Änderungen sind in roter Schrift markiert.

2. der Arzt die sterbewillige Person umfassend und lebensbejahend beraten hat und
3. seit dem Beratungsgespräch mindestens drei Tage vergangen sind.

(2) In der Beratung hat die sterbewillige Person die Gründe für ihren Sterbewunsch darzulegen. Der Arzt muss daraufhin medizinische Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen. Er hat die Wirkungsweise und konkrete Anwendung des Betäubungsmittels eingehend zu erläutern und auf die möglichen Folgen eines fehlgeschlagenen Selbsttötungsversuchs hinzuweisen. Er hat den Umfang der Beratung schriftlich zu dokumentieren und dies von der sterbewilligen Person unterschreiben zu lassen.

(3) Freiverantwortlich ist eine Selbsttötung, wenn die sterbewillige Person über die nötige Einsichtsfähigkeit verfügt und einen freien Selbsttötungsentschluss von innerer Festigkeit getroffen hat, der nicht auf wesentlichen Willensmängeln beruht.

(4) Aus diesem Gesetz kann kein Anspruch auf ein Betäubungsmittel zum Zwecke der Selbsttötung abgeleitet werden. Insbesondere ist kein Arzt zur Mitwirkung an einer Selbsttötung verpflichtet.

§ 29 Straftaten

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer

(...)

6b. entgegen § 13a Absatz 1 ein Betäubungsmittel für eine Selbsttötung verschreibt oder überlässt,

(...)

(4) Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 5, 6 Buchstabe b, **Nr. 6b**, 10 oder 11 fahrlässig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.

(...)

§ 32 Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

(...)

16. Sich im Falle des § 13a für das Verschreiben oder Überlassen des Betäubungsmittels eine Gegenleistung versprechen lässt.

17. gewerbsmäßig den Kontakt zu einem Arzt vermittelt, damit dieser ein Betäubungsmittel gemäß § 13a verschreibt oder überlässt.

(...)