



Anlagen:

Stellungnahmen der Sachverständigen

Teil I Gesetzentwürfe Sterbebegleitung

Prof. Dr. Helmut Frister	Seite 86
Prof. Dr. Karsten Gaede	Seite 105
Dr. Gina Greeve	Seite 127
Prof. Dr. Winfried Hardinghaus	Seite 185
Prof. Dr. Christoph Knauer	Seite 211
Kerstin Kurzke	Seite 227
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ute Lewitzka	Seite 236
Prof. Dr. med. Barbara Schneider, (EU) M.Sc., MHBA	Seite 245
Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert	Seite 254
Maximilian Schulz	Seite 266
Prof. Dr. Arndt Sinn	Seite 268

Teil II Antrag Suizidprävention

Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl	Seite 281
Heiner Melching	Seite 286
Prof. Dr. med. Barbara Schneider, (EU) M.Sc., MHBA	Seite 297
Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert	Seite 308

An den
Deutschen Bundestag
Rechtsausschuss

per E-Mail: rechtsausschuss@bundestag.de

Juristische Fakultät

Lehrstuhl für Strafrecht und
Strafprozessrecht

Professor Dr. Helmut Frister

Telefon +49 (0)211-8111426

Telefax +49 (0)211-8111457

Helmut.Frister@hhu.de

Sekretariat: Susanne Kerfs

Ls.Frister@hhu.de

Düsseldorf, den 24.11.2022

**Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf**

Universitätsstraße 1

40225 Düsseldorf

Gebäude 24.81

Ebene 02 Raum 50

www.hhu.de

Stellungnahme zu den Gesetzentwürfen

a) der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling und weiterer Abgeordneter

Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung

BT-Drucksache 20/904

b) der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Petra Sitte und weiterer Abgeordneter

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe

BT-Drucksache 20/2332

c) der Abgeordneten Renate Künast, Dr. Nina Scheer und weiterer Abgeordneter

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze

BT-Drucksache 20/2293.

I. Überblick

Zur Beurteilung des Gesetzesvorhabens nehme ich als erstes die vom Bundesverfassungsgericht formulierten verfassungsrechtlichen Vorgaben und die gegenwärtige Rechtslage zur Suizidassistenz in den Blick (II.). Im Anschluss erörtere ich die Gründe für eine neue gesetzliche Regelung und die sich aus diesen Gründen ergebenden Regulationsanforderungen (III.), um auf dieser Grundlage zu den einzelnen Gesetzentwürfen Stellung zu nehmen (IV.) und das Ergebnis meiner Überlegungen zusammenzufassen (V.).

II. Verfassungsrechtliche Vorgaben und gegenwärtige Rechtslage

1. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020

In seinem Urteil vom 26. Februar 2020¹ hat das Bundesverfassungsgericht den im Dezember 2015 geschaffenen² Straftatbestand der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) für nichtig erklärt. Mit diesem Tatbestand wollte der Gesetzgeber insbesondere die Tätigkeit von Suizidhilfeorganisationen unterbinden.³ Weil der Begriff der Geschäftsmäßigkeit kein organisiertes Handeln, sondern lediglich eine auf Wiederholung angelegte Tätigkeit und im Gegensatz zu dem Begriff der Gewerbsmäßigkeit keine Gewinnerzielungsabsicht voraussetzt⁴, war die Regelung aber auch geeignet,

¹ BVerfGE 153, 182.

² Durch das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung v. 3.12.2015, BGBl. I, S. 2177.

³ Vgl. die Ausführungen in der Begründung des Gesetzentwurfs BT-Drucks. 18/5373, S. 9.

⁴ Nach der Vorstellung des Gesetzgebers sollte es für die Geschäftsmäßigkeit ausreichen, dass jemand die Gewährung, Verschaffung oder Vermittlung der Gelegenheit zur Selbsttötung zu einem wiederkehrenden Bestandteil seiner Tätigkeit macht. Eine Gewinnerzielungsabsicht oder ein Zusammenhang mit einer wirtschaftlichen oder beruflichen Tätigkeit sei dafür nicht erforderlich (BT-Drucks. 18/5373, S. 17).

eine durch einzelne Ärzte aus altruistischen Gründen geleistete Suizidassistenz zu erfassen.

Die Verfassungswidrigkeit des Straftatbestandes hat das Bundesverfassungsgericht damit begründet, dass er in nicht zu rechtfertigender Weise in das Recht auf selbstbestimmtes Sterben eingreife. Dieses Recht sei als Ausprägung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts durch Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG grundrechtlich gewährleistet und beinhalte auch die Freiheit, sich selbst zu töten und hierbei die fachkundige Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen.⁵ Zwar sei niemand verpflichtet, Suizidassistenz zu leisten.⁶ Aber weil es Suizidwilligen ohne fachkundige Hilfe vielfach nicht möglich sei, ihren Entschluss in einer für sie zumutbaren Weise umzusetzen, dürfe die Suizidassistenz durch hierzu bereite Dritte nicht generell verboten und unter Strafe gestellt werden.⁷

Hervorzuheben und im internationalen Vergleich weitreichend⁸ ist, dass das Bundesverfassungsgericht das Recht auf Selbsttötung nicht vom Vorliegen besonders belastender Lebensumstände abhängig macht. Das Verfügungsrecht über das eigene Leben könne zwar nur durch eine freiverantwortlich getroffene Willensentscheidung ausgeübt werden,⁹ bestehe aber nicht allein bei schweren oder unheilbaren Krankheiten, sondern in jeder Phase menschlicher Exis-

⁵ BVerfGE 153, 182 (264, 287 f.).

⁶ BVerfGE 153, 182 (183, 310).

⁷ BVerfGE 153, 182, (287 f.).

⁸ Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, der aus Art.8 EMRK ebenfalls ein Recht auf Suizidassistenz abgeleitet hat, hatte bisher nur die Inanspruchnahme von Suizidassistenz zur Beendigung körperlichen oder psychischen Leidens zum Gegenstand (vgl. EGMR, *Pretty v. Großbritannien*, Urteil vom 29. April 2002, Nr. 2346/02, §§ 64 f.; EGMR, *Haas v. Schweiz*, Urteil vom 20. Januar 2011, Nr. 31322/07, Rn 51; EGMR *Koch v. Deutschland*, Urteil vom 19. Juli 2012 - Nr. 497/09 Rn 51 f.; EGMR, *Gross v. Schweiz*, Urteil vom 14. Mai 2013 - Nr. 67810/10 Rn. 58 f.). Selbst nach dem als besonders liberal geltenden niederländischen „Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ ist eine Beihilfe zum Suizid gemäß Art. 2 Nr. 1 b nur zulässig, wenn „der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist“.

⁹ BVerfGE 153, 182 (273 f.).

tenz. Die Entscheidung, dem eigenen Leben entsprechend dem eigenen Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, entziehe sich einer Bewertung anhand allgemeiner Wertvorstellungen. Auch eine objektiv unvernünftig erscheinende Entscheidung für einen Suizid sei deshalb von Staat und Gesellschaft grundsätzlich zu akzeptieren.¹⁰

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat dem Gesetzgeber keinen Regelungsauftrag erteilt, räumt ihm aber ausdrücklich das Recht ein, die Suizidassistenz zur Gewährleistung einer freien Willensentscheidung zu regulieren. Suizid und Beihilfe zum Suizid müssten zwar im Kern straflos bleiben, aber der Gesetzgeber könne zur Sicherung einer freiverantwortlichen Willensentscheidung Verfahrensregeln schaffen, etwa Prüfungs-, Aufklärungs- und Wartepflichten vorschreiben, über Erlaubnisvorbehalte die Zuverlässigkeit organisierter Angebote sichern und gewerbsmäßige Formen der Suizidassistenz auch ganz verbieten.¹¹ Allerdings müsse jede regulatorische Einschränkung der assistierten Selbsttötung dem Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch hinreichenden Raum zur Entfaltung und Umsetzung belassen.¹²

Für eine künftige Regulierung der Suizidassistenz wichtig ist der Umstand, dass das Gericht sein weitreichendes Verständnis des Rechts auf Selbsttötung bei seinen Ausführungen zur Sicherung einer freiverantwortlichen Willensentscheidung praktisch ein wenig relativiert. Es verbiete sich zwar, die Zulässigkeit einer Suizidassistenz materiellen Kriterien zu unterwerfen, sie etwa vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu machen. Dies hindere aber nicht, je nach Lebenssituation unterschiedliche

¹⁰ BVerfGE 153, 182 (263).

¹¹ BVerfGE 153, 182 (308 f.).

¹² BVerfGE 153, 182 (309).

Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens zu stellen. Um dessen Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit zu sichern, könnten damit bei gesunden Menschen im Ergebnis strengere Prüfungsmaßstäbe und Verfahren festgelegt werden als z.B. beim Vorliegen einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit.¹³

2. Die nach dem Urteil bestehende Rechtslage

a. Strafrecht

Im Strafrecht gelten aufgrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts wieder die Regeln, die seit dem Inkrafttreten des Strafgesetzbuches am 1.1.1872 bis zur Einführung des Straftatbestands der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung über mehr als 140 Jahre Bestand hatten. Weil die Beihilfe zum Suizid nicht mit Strafe bedroht ist, sind auch organisierte Formen der Suizidassistenz wieder erlaubt.¹⁴ Diese Rückkehr zur früheren Rechtslage bedeutet allerdings nicht, dass bei der Leistung von Suizidassistenz strafrechtlich keinerlei Sorgfaltsanforderungen zu beachten wären.

Schon vor dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts war anerkannt, dass nur die Hilfe zu einem freiverantwortlichen Suizid straflos ist. Beruht ein Suizid nicht auf einer freiverantwortlichen Willensentscheidung, ist dessen Unterstützung nach der strafgerichtlichen Rechtsprechung¹⁵ nicht als Beihilfe zur Selbsttötung, sondern als eine in mittelbarer Täterschaft begangene Fremdtötung zu bewerten. Dies hat zur Folge, dass sich ein vermeintlicher „Suizidhelfer“ wegen Totschlags (§ 212 StGB) oder sogar wegen Mordes (§ 211 StGB)

¹³ BVerfGE 153, 182 (309).

¹⁴ Dementsprechend konnten auch Suizidhilfeorganisationen ihre Tätigkeit wieder aufnehmen und haben dies auch getan. Nach einer Mitteilung in der Zeitschrift *medstra* (Heft 6/2022, R5), hat z.B. der „Verein Sterbehilfe“ nach eigenen Angaben 2021 bei 129 Suiziden assistiert. Dies sei ein neuer Höchststand.

¹⁵ Vgl. etwa BGH NJW 2019, 3092 (3093 f.) m.w.N.

strafbar macht, wenn er es für möglich hält und in Kauf nimmt, dass die Suizidentscheidung nicht freiverantwortlich ist. Handelt er hinsichtlich der fehlenden Freiverantwortlichkeit ohne Vorsatz, so ist er wegen fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) strafbar, wenn er diese Möglichkeit hätte erkennen können.

Selbst wenn sich im Nachhinein nicht mehr feststellen lässt, ob ein assistierter Suizid freiverantwortlich war, schließt das rechtsstaatliche Gebot, im Zweifel zugunsten des Angeklagten zu entscheiden, lediglich eine Strafbarkeit wegen eines vollendeten Tötungsdelikts aus. Sofern der Suizidhelfer zumindest bedingten Vorsatz hinsichtlich der fehlenden Freiverantwortlichkeit hatte, kann er in einem solchen Fall immer noch wegen eines versuchten Totschlags oder Mordes verurteilt werden. Zumindest professionelle Suizidhelfer, denen die hohe Zahl nicht freiverantwortlicher Suizide bekannt ist, gehen deshalb bereits nach geltendem Recht erhebliche Strafbarkeitsrisiken ein, wenn sie die Freiverantwortlichkeit der Willensentscheidung nicht sorgfältig prüfen und dokumentieren.

Der bereits seit 1872 im Strafgesetzbuch enthaltene Straftatbestand der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) ist von dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts nicht unmittelbar betroffen.¹⁶ Allerdings ist es nach diesem Urteil nicht mehr möglich, Personen, die körperlich nicht dazu imstande sind, sich eigenhändig töten, ihr Grundrecht auf ein selbstbestimmtes Sterben einfach vorzuenthalten.¹⁷ Dementsprechend hat der Bundesgerichtshof in einem Beschluss vom 28. Juni 2022 bereits angedeutet, das Verbot der Tötung auf Verlangen

¹⁶ Das BVerfG leitet aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben explizit nur das Recht ab, das Leben „eigenhändig“ zu beenden (BVerfGE 153, 182 [262]). Ungeachtet dieser sicherlich sehr bewussten Wortwahl wird in der Literatur zum Teil die Auffassung vertreten, dass das Urteil auch die Legitimität des Verbots der Tötung auf Verlangen in Frage stelle (vgl. etwa Rostalski, JR 2021, 477 [480]).

¹⁷ Kunze, medstra 2022, 88, 92 f.; Lindner, NStZ 2020, 505, 508; Leitmeier NStZ 2020, 508 (514).

für diese Fälle von Verfassung wegen einzuschränken.¹⁸ Sofern eine Person körperlich nicht mehr imstande ist, sich eigenhändig zu töten, muss ihrem ausdrücklichen und ernstlichen Verlangen in der Konsequenz des Urteils des Bundesverfassungsgerichts rechtfertigende Wirkung zuerkannt werden.¹⁹

b. Ärztliches Berufsrecht

Der Deutsche Ärztetag hält zwar auch nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts an der Auffassung fest, dass Suizidassistentz keine ärztliche Aufgabe sei. Er hat jedoch aufgrund dieses Urteils das berufsrechtliche Verbot der Suizidassistentz aus der Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte gestrichen.²⁰ Diese Streichung ist inzwischen von allen zehn Landesärztekammern,²¹ die das Verbot der Suizidassistentz aus der rechtlich unverbindlichen Musterberufsordnung in ihre Berufsordnung übernommen hatten, umgesetzt worden.²² Ärztinnen und Ärzten ist es damit im gesamten Bundesgebiet berufsrechtlich nicht mehr untersagt, Hilfe zu einem freiverantwortlichen Suizid zu leisten.

c. Betäubungsmittelrecht

Nach wie vor ungeklärt ist dagegen die Rechtslage im Betäubungsmittelrecht. Zwar wird in einem Kammerbeschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Dezember 2020 angedeutet, Ärzte seien

¹⁸ BGH medstra 2022, 386 (389); vgl. zur Fragwürdigkeit der in diesem Beschluss vorgenommene Abgrenzung zwischen Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen Frister medstra 2022, 390 (391 f.).

¹⁹ So bereits Frister, Strafrecht AT (9. Aufl. 2020) Kap. 13 Rn. 6.

²⁰ Vgl. das Beschlussprotokoll des 124. Deutschen Ärztetages, TOP IVb: Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB - Änderung des §16 MBO-Ä; abzurufen unter <https://www.bundesaerztekammer.de>.

²¹ Zuletzt in Brandenburg durch die achte Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 07. Oktober 2022.

²² Die Ärztekammer Nordrhein hat das Verbot zwar nicht gestrichen, aber – rechtlich gleichbedeutend – für unanwendbar erklärt.

aufgrund des Urteils vom 26. Februar 2020 auch „in betäubungsmittelrechtlicher Hinsicht“ befugt, Betäubungsmittel zum Zwecke der Selbsttötung zu verschreiben.²³ Aber diese Aussage ist aus dem Urteil kaum abzuleiten, weil dessen Hinweis, dass „möglicherweise auch Anpassungen des Betäubungsmittelrechts erforderlich“ seien,²⁴ gerade offen lässt, ob ärztliche Verschreibungen zum Zwecke der Selbsttötung nach dem geltenden Betäubungsmittelrecht zulässig sind. Dementsprechend hält die Kommentarliteratur vorerst an der gegenteiligen Auslegung des § 13 BtMG fest,²⁵ so dass Betäubungsmittel zum Zwecke der Selbsttötung durch ärztliche Verschreibungen gegenwärtig kaum zu erlangen sind.

Auch durch eine behördliche Ausnahmeerlaubnis können Suizidwilige derzeit nicht an Betäubungsmittel zum Zwecke der Selbsttötung gelangen. Das zuständige Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte erteilt nach wie vor keine derartige Erlaubnis. Eine dagegen gerichtete Klage ist sowohl beim VG Köln²⁶ als auch in der Berufungsinstanz beim OVG Münster²⁷ erfolglos geblieben. Beide Gerichte begründen die Klageabweisung damit, dass das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 2. März 2017 zur Erteilung einer solchen Ausnahmeerlaubnis in Fällen einer extremen Notlage rechtlich und tatsächlich überholt sei. Die Inanspruchnahme der durch Sterbehilfeorganisationen oder Ärzte freiwillig bereitgestellten Suizidhilfe ermögliche inzwischen die Verwirklichung des verfassungsrechtlich gewährleisteten Rechts auf Selbsttötung auch ohne eine

²³ BVerfG NJW 2021, 1086, 1087.

²⁴ BVerfGE 153, 182, 309.

²⁵ BeckOK BtMG/Hochstein (16. Ed. 15.9.2022), § 13 Rn. 14 m.w.N.; ebenso VG Köln, Urteil v. 24.11.2020 – 7 K 13803/17, Rn. 43 ff.; das OVG Münster, Urteil vom 2.2.2022 – 9 A 146/21, Rn 26, hat die Frage einer verfassungskonformen Auslegung des § 13 Abs. 1 BtMG dagegen dahinstehen lassen.

²⁶ VG Köln, Urteil v. 24.11.2020 – 7 K 13803/17.

²⁷ OVG Münster, Urteil vom 2.2.2022 – 9 A 146/21, GSZ 2022, 91.

derartige Ausnahmeerlaubnis.²⁸ Die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts über die gegen das Berufungsurteil zugelassene Revision steht allerdings noch aus.

III. Zur Notwendigkeit einer neuen gesetzlichen Regelung der Suizidassistentz

Die beabsichtigte gesetzliche Regulierung der Suizidassistentz soll vor nicht freiverantwortlichen Suizidentscheidungen schützen und zugleich das Recht auf selbstbestimmtes Sterben verwirklichen. Beiden Ziele trägt bereits das geltende Recht in gewissem Maße Rechnung. Die Unterstützung nicht freiverantwortlicher Suizide ist als mittelbare Fremdtötung strafbar und das Recht mit Unterstützung fachkundiger Dritter freiverantwortlich aus dem Leben zu scheiden, lässt sich – selbst wenn der Betreffende keinen Arzt findet, der bereit ist, Suizidhilfe zu leisten – derzeit zumindest durch die Inanspruchnahme organisierter Suizidhilfeangebote verwirklichen.

Deshalb wird mit einem gewissen Recht die Frage gestellt, ob die angestrebte, vom Bundesverfassungsgericht zwar für zulässig erklärte, aber keineswegs geforderte Regulierung der Suizidassistentz notwendig und sinnvoll ist. Im Ergebnis ist diese Frage jedoch für beide genannten Regulierungsziele eindeutig zu bejahen. Sowohl der Schutz vor nicht freiverantwortlichen Suizidentscheidungen als auch die Gewährleistung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben ließe sich durch eine geeignete Regulierung der Suizidassistentz besser gewährleisten als im derzeit geltenden Recht.

²⁸ VG Köln, Urteil v. 24.11.2020 – 7 K 13803/17, Rn. 66 ff.; OVG Münster, Urteil vom 2.2.2022 – 9 A 146/21, Rn 94 ff.

1. Verbesserung des Schutzes vor nicht freiverantwortlichen Suizidentscheidungen

Hinsichtlich des Schutzes vor nicht freiverantwortlichen Suizidentscheidungen ergibt sich dies bereits daraus, dass die strafrechtlichen Regelungen ausschließlich eine nachträgliche Kontrolle ermöglichen. Zwar entfaltet diese Kontrolle durchaus bedeutsame Vorwirkungen, weil sie die Beteiligten zur Vermeidung erheblicher Strafbarkeitsrisiken zu einer sorgfältigen Prüfung der Freiverantwortlichkeit motivieren. Aber gleichwohl erscheint es zur Verbesserung des Schutzes sinnvoll, die nachträgliche strafrechtliche Kontrolle in praktisch besonders relevanten Bereichen durch die Verpflichtung zur Einhaltung eines Verfahrens zur Feststellung der Freiverantwortlichkeit zu ergänzen.

Bei der Ausgestaltung dieses Verfahrens ist allerdings in mehrfacher Hinsicht Vorsicht geboten. Selbstverständlich sollte sein, dass für die Feststellung der Freiverantwortlichkeit keine verfahrensmäßigen Hürden aufgebaut werden dürfen, die in der Praxis kaum zu überwinden sind. Solche Hürden würden das Recht, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung hierzu bereiter Dritter aus dem Leben zu scheiden, weitgehend entleeren²⁹ und wären mit der im Urteil des Bundesverfassungsgerichts betonten Verpflichtung des Gesetzgebers, diesem Recht „auch faktisch hinreichenden Raum zur Entfaltung und Umsetzung zu belassen“,³⁰ nicht zu vereinbaren.

Darüber hinaus ist bei der Ausgestaltung eines Verfahrens zur Feststellung der Freiverantwortlichkeit im Blick zu behalten, dass das Verfahren aufgrund der Volatilität der die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung möglicherweise beeinträchtigender Zustände nicht zeitaufwendig sein darf. Insbesondere behördliche Verfahren

²⁹ Vgl. dazu die Stellung des Deutschen Ethikrats, Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, 2022, S. 75.

³⁰ BVerfGE 153, 182 (309).

sind schon aufgrund der nach Art. 19 Abs. 4 GG zu gewährenden Rechtsschutzmöglichkeiten kaum geeignet, die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung im Zeitpunkt der Suizidhilfe zu beurteilen. Entsprechendes gilt für Verfahrensregelungen, bei denen die Suizidhilfe aufgrund vorgesehener längerer Wartefristen erst viele Monate nach der Überprüfung der Freiverantwortlichkeit geleistet werden darf.³¹

Schließlich ist darauf zu achten, dass die Feststellung der Freiverantwortlichkeit durch das vorzusehende Verfahren nicht zu sehr bürokratisiert wird. Die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung lässt nicht durch das bloße Abhaken einer Checkliste überprüfen, sondern muss ganzheitlich und persönlich beurteilt werden. Die Qualität einer derartigen Beurteilung hängt ganz maßgeblich davon ab, dass sich die Beurteilenden für die Beurteilung persönlich interessieren und verantwortlich fühlen. Als bürokratisch wahrgenommene Verfahrensanforderungen schwächen dieses Verantwortungsgefühl und sind daher einer zuverlässigen Beurteilung der Freiverantwortlichkeit eher hinderlich.

Die genannten Gesichtspunkte führen im Ergebnis dazu, dass das Verfahren zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit notgedrungen schlank auszugestaltet ist. Es kann die zur Sorgfalt anhaltende Möglichkeit einer nachträglichen Überprüfung der Freiverantwortlichkeit durch die Strafgerichtsbarkeit nicht ersetzen, sondern sollte lediglich als zusätzliche Absicherung der Freiverantwortlichkeit verstanden und ausgestaltet werden. Bestandteil dieser zusätzlichen Absicherung muss aber in jedem Fall ein Vieraugenprinzip und eine umfassende Aufklärung und Beratung des Betroffenen sein. Außerdem sind Melde- und Dokumentationspflichten vorzusehen, um die

³¹ Ein solche Verfahrensregelung enthielt insbesondere der im Mai 2021 vorgelegte Arbeitsentwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium, der erst im Anschluss an die psychiatrische Feststellung der Freiverantwortlichkeit eine psychosoziale Beratung und nach deren Abschluss noch eine sechsmonatige Wartefrist vorsah.

zur Sorgfalt anhaltende nachträgliche Überprüfung der Beurteilung zu erleichtern.

2. Bessere Gewährleistung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben

Zur faktischen Gewährleistung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben ist die derzeitige Rechtslage insofern defizitär, als die Verschreibung und Anwendung von geeigneten Betäubungsmitteln zum Zwecke der Selbsttötung klärungsbedürftig ist. Zur Lösung der Problematik sehen alle vorliegenden Gesetzentwürfe zu Recht eine Ergänzung des § 13 BtMG vor, die die Verschreibung bzw. Anwendung von geeigneten Suizidmitteln erlaubt, wenn die in dem jeweiligen Entwurf vorgesehenen Zulässigkeitsvoraussetzungen erfüllt sind. In den Entwürfen nicht erwähnt und deshalb hervorzuheben ist, dass eine solche Ergänzung zugleich die Einhaltung des vorgesehenen Verfahrens strafrechtlich absichert, weil eine entgegen § 13 BtMG erfolgende Verschreibung oder Anwendung von Betäubungsmitteln gemäß § 29 Abs. 1 Nr. 6 BtMG strafbar ist.

Die Klärung der Rechtslage im Betäubungsmittelrecht ist aber keineswegs der einzige Punkt, in dem hinsichtlich des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben Verbesserungsbedarf besteht. Noch bedeutsamer ist, dass eine Gewährleistung dieses Rechts auch dafür Sorge zu tragen hat, dass die Betroffenen eine etwaige Suizidentcheidung tatsächlich auf der Grundlage einer realitätsbezogenen, an dem eigenen Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ausgerichteten Abwägung des Für und Wider treffen können. Der bloße Verweis auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme nicht regulierter organisierter Suizidhilfeangebote wird dieser Anforderung nicht gerecht.

Er ist vor allem deshalb unzureichend, weil auch freiverantwortliche Suizidentscheidungen zumeist aus „Notlagen“, d.h. aus einschränkenden Lebenslagen resultieren, in denen die Verwirklichung grundlegender Bedürfnisse, zu denen auch Teilhabebedürfnisse gehören, erheblich erschwert ist.³² In derartigen Situationen darf sich die Gewährleistung von Selbstbestimmung nicht darin erschöpfen, dem Betroffenen die Möglichkeit zu geben, die Notlage durch einen assistierten Suizid zu beenden. Sie muss vielmehr in erster Linie darauf gerichtet sein, die vorhandene oder oft auch nur befürchtete Not nach Möglichkeit zu beseitigen oder zumindest abzumildern und so den Entscheidungsspielraum des Betroffenen zu erweitern bzw. wiederherzustellen.

Rechtlich und ethisch besteht die bei der Verwirklichung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben zu erfüllende Aufgabe letztlich darin, durch die Beseitigung oder Abmilderung von besonderen Belastungen den Spielraum für selbstbestimmte Entscheidungen zu erweitern, die Menschen vor allem durch persönliche Anteilnahme zum Weiterleben zu ermutigen, zugleich aber dafür Sorge tragen, dass sie nach Maßgabe ihres Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz selbst entscheiden können, ob sie mit nicht zu beseitigenden Belastungen weiterleben oder gegebenenfalls Suizidassistenz in Anspruch nehmen.

Zur Erfüllung dieser Aufgabe bedarf es sowohl einer umfassenden, die Letztentscheidungsbefugnis der Betroffenen respektierenden Suizidprävention als auch der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Suizidassistenz. Beide sollten nicht gegeneinander ausgespielt, sondern als auf einander zu beziehende notwendige Bestandteile der Verwirklichung des Rechts auf Selbstbestimmung über das eigene Leben begriffen und gesetzlich geregelt werden.

³² Vgl. dazu eingehend die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats, Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, S. 105 ff. m.w.N.

IV. Zu den vorliegenden Gesetzentwürfen

1. Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (BT-Drucksache 20/904)

Der Entwurf der Abgeordneten Dr. Castelluci, Heveling u.a. will den für nichtig erklärten Straftatbestand der Förderung der Selbsttötung in unveränderter Form wieder einführen (§ 217 Abs. 1 StGB-E) und dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts lediglich durch einen neuen Rechtfertigungsgrund für die Beteiligung an einer freiverantwortlichen Selbsttötung (§ 217 Abs. 2 StGB-E) Rechnung getragen werden. Die Beschreibung des strafbaren Verhaltens soll also erneut mit dem Begriff der Geschäftsmäßigkeit der Suizidhilfe erfolgen, obwohl die rechtswissenschaftliche Diskussion nach der Einführung des vom Bundesverfassungsgericht für nichtig erklärten § 217 StGB zur Genüge gezeigt hat,³³ dass dieses Merkmal – weil ihm auch eine durch einzelne Ärzte aus altruistischen Gründen geleistete Suizidassistenz unterfallen kann – zur Abgrenzung der Strafbarkeit ungeeignet ist.

Davon abgesehen ist der strafrechtlichen Grundkonzeption des Entwurfs aber vor allem entgegen zu halten, dass die Hilfe bei der Ausübung eines Freiheitsrechts kein im Regelfall strafwürdiges Unrecht ist. Wenn die Menschen sogar ein verfassungsrechtlich gewährleitetes Recht haben, selbst über die Beendigung des Lebens zu entscheiden, erscheint es nicht sachgerecht, eine bei der Ausübung dieses Rechts geleistete Hilfe grundsätzlich mit Strafe zu bedrohen. Den vom Entwurf befürchteten Gefahren kann auch ohne einen solchen Straftatbestand dadurch begegnet werden, dass der Zugang

³³ Vgl. zu den vergeblichen Versuchen des strafrechtlichen Schrifttums, das Merkmal der Geschäftsfähigkeit der Suizidhilfe überzeugend zu konturieren, etwa NK-StGB/Saliger (5. Aufl. 2017) § 217 Rn. 19 ff. m.w.N.

zu den für eine Suizidassistenz geeigneten Substanzen reguliert und in diesem Rahmen ein Verfahren zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung vorgesehen wird, dessen Beachtung über das Betäubungsmittelstrafrecht abgesichert ist.

Praktisch noch gravierender als die nicht überzeugende strafrechtliche Grundkonzeption des Entwurfs sind die teilweise überzogenen Verfahrensanforderungen, von deren Einhaltung die Rechtfertigung der Suizidassistenz abhängig gemacht werden soll. Problematisch ist insbesondere, dass die Feststellung der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung ausschließlich durch eine fachärztliche psychiatrische Begutachtung soll erfolgen können, die sich zudem noch regelmäßig über mindestens drei Monate erstrecken muss. Die zwingende Notwendigkeit einer psychiatrischen Begutachtung mutet schwer kranken, sich im palliativer Behandlung befindlichen Personen eine psychiatrische Untersuchung zu, selbst wenn die Freiverantwortlichkeit ihrer Entscheidung den behandelnden Ärzten in keiner Weise zweifelhaft erscheint.

Zwar ist es richtig, dass sich nur durch eine fachärztliche psychiatrische Begutachtung abschließend beurteilen lässt, ob die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung durch eine psychische Erkrankung ausgeschlossen ist. Aber dem kann auch dadurch Rechnung getragen werden, dass in Zweifelsfällen die Feststellung der Freiverantwortlichkeit nicht ohne eine psychiatrische Begutachtung erfolgen darf. Zumindest mit einer darauf gerichteten Fortbildung, die für die Ausübung von Suizidassistenz zu fordern wäre, sollten Ärzte durchaus beurteilen können, in welchen Fällen die Hinzuziehung psychiatrischer Expertise zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung erforderlich ist.

Die im Entwurf vorgesehene ausnahmslose psychiatrische Begutachtung ist für Personen, die erkennbar an keiner psychischer Störung leiden, eine unnötige Zumutung, die dadurch besonders schwer

wiegt, dass in Anbetracht der ohnehin vorhandenen Engpässe in der psychiatrischen Versorgung eine solche fachärztliche Begutachtung in der Praxis ohne die Inanspruchnahme organisierter Suizidhilfeangebote nur schwer zu erlangen sein dürfte. Die Notwendigkeit einer ausnahmslosen psychiatrischen Begutachtung würde deshalb dazu führen, dass die Betroffenen für die Inanspruchnahme von Suizidhilfe auch in Zukunft auf Suizidhilfeorganisationen angewiesen sind, die durch die Einstellung von Psychiatern³⁴ für eine entsprechende Begutachtung Sorge tragen können.

2. Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe (BT-Drucksache 20/2332)

Der Entwurf der Abgeordneten Helling-Plahr, Dr. Sitte u.a. entspricht in seiner Grundkonzeption dem Gedanken, Suizidprävention und die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Suizidassistenten nicht gegeneinander auszuspielen, sondern als auf einander zu beziehende notwendige Bestandteile der Verwirklichung des Rechts auf Selbstbestimmung über das eigene Leben zu begreifen und zu regeln. Das in den §§ 4, 5 des Entwurfs vorgeschriebene wohnortnahe Beratungsangebot „zu Fragen der Suizidhilfe“ ist ausweislich des vorgesehenen Beratungskatalogs in erster Linie darauf gerichtet, Menschen mit Suizidgedanken andere Auswege aufzuzeigen. Er dient damit – entgegen seiner missverständlichen Bezeichnung³⁵ – vor allem der Suizidprävention.

Der Entwurf verzichtet zu Recht auf einen Nachfolgetatbestand zu dem für nichtig erklärten § 217 StGB und wählt stattdessen den Weg, die ärztliche Verschreibung von Arzneimitteln einschließlich geeigneter Betäubungsmittel für die Begehung eines Suizids zu regulieren

³⁴ Nach einer Mitteilung in der Zeitschrift *medstra* (Heft 6/2022, R4 f.), hat der „Ver-ein Sterbehilfe“ bereits eine entsprechende Stellenanzeige geschaltet.

³⁵ In § 4 Abs. 1 des Entwurfs sollte besser umfassender von einer Beratung bei auftretenden Suizidgedanken gesprochen werden.

und in diesem Rahmen ein Verfahren zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung vorzusehen. Das Verfahren beinhaltet insbesondere eine Pflichtberatung durch eine staatliche anerkannte Beratungsstelle, die „begründete Zweifel“ an der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung in einer dem Arzt vorzulegenden Bescheinigung zu dokumentieren hat. Die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit selbst hat aber durch den verschreibenden Arzt zu erfolgen, der sämtliche für diese Beurteilung maßgeblichen Umstände zu dokumentieren hat.

Das ist im Grundsatz ein hinreichend schlankes und praktikables Verfahren, dass die persönliche Verantwortung des Arztes betont, durch die Beteiligung der Beratungsstelle dem Vieraugenprinzip Rechnung trägt, für eine umfassende Aufklärung und Beratung des Betroffenen Sorge trägt und die zur Sorgfalt anhaltende nachträgliche Überprüfung der Beurteilung erleichtert. Nicht recht passend erscheint mir dieses Verfahren allerdings für schwer kranke, sich im palliativen Behandlung befindende Personen. Hier sollte man überlegen, die vorgesehene Pflichtberatung ausnahmsweise durch eine staatlich anerkannte Beratungsstelle durch die Beurteilung eines unabhängigen zweiten Arztes zu ersetzen.

Der Entwurf enthält eine Verordnungsermächtigung, nach der die Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte ebenso wie Meldepflichten und die Vergütung der Suizidassistenz durch Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums zu regeln sind. Die Verordnung soll außerdem Regelungen zur „Prävention gegen die Etablierung rein auf Gewinnstreben ausgerichteter, insbesondere institutionalisierter, Angebote“ enthalten. Diese etwas unklare Regelung sollte dahingehend präzisiert werden, dass die Zulassung organisierter Angebote von Suizidassistenz von einer Zuverlässigkeitsprüfung abhängig gemacht werden kann.

3. Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze (BT-Drucksache 20/2293)

Auch der Entwurf der Abgeordneten Künast, Dr. Scheer u. a. verzichtet auf einen Nachfolgetatbestand zu dem für nichtig erklärten § 217 StGB und reguliert stattdessen den Zugang zu für die Suizidhilfe geeigneten Substanzen, um in diesem Rahmen die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung zu überprüfen. Er will jedoch bei dieser Regulierung danach differenzieren, ob sich die Sterbewilligen in einer „mit schweren Leiden, insbesondere starken Schmerzen“ verbundenen „gegenwärtigen medizinischen Notlage“ befinden (so die Formulierung in § 3 Abs. 1 des Entwurfs). Nur bei Vorliegen einer solchen Notlage können Sterbewillige durch eine Verschreibung des behandelnden Arztes den Zugang zu für eine Selbsttötung geeigneten Betäubungsmitteln erhalten, ohne medizinische Notlage soll es dafür einer behördlichen Entscheidung bedürfen.

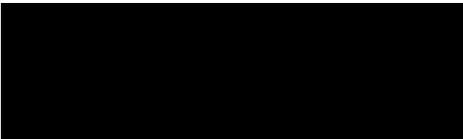
Diese Differenzierung ist mit der Verfassung insofern vereinbar, als nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts „je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens“³⁶ gestellt werden dürfen. Gleichwohl vermag der Entwurf in der vorgesehenen Form nicht zu überzeugen, weil behördliche Verfahren schon aufgrund der nach Art. 19 Abs. 4 GG zu gewährenden Rechtsschutzmöglichkeiten nicht geeignet erscheinen, die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung im Zeitpunkt der Suizidhilfe zu beurteilen und zudem mit der Gefahr verbunden sind, das für eine zuverlässige Beurteilung der Freiverantwortlichkeit unerlässliche Gefühl persönlicher Verantwortung abzuschwächen.³⁷

³⁶ BVerfGE 153, 182, 309.

³⁷ Vgl. dazu bereits unter III. 1.

IV. Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Entwurf der Abgeordneten Dr. Castellucci, Heveling u.a. weder in seiner strafrechtlichen Grundkonzeption noch hinsichtlich des Verfahrens zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung zu überzeugen vermag und der Entwurf der Abgeordneten Künast, Dr. Scheer u.a. insbesondere aufgrund des beim Fehlen einer medizinischen Notlage vorgesehenen behördlichen Verfahrens nicht zu empfehlen ist. Der Entwurf der Abgeordneten Helling-Plahr, Dr. Sitte u.a. ist dagegen in seinen Grundentscheidungen überzeugend. Jedoch sollte überlegt werden, den im Entwurf der Abgeordneten Künast, Dr. Scheer u.a. enthaltenen Gedanken eines besonderen Verfahrens bei Vorliegen einer medizinischen Notlage aufzugreifen und in derartigen Fällen die Beratung durch eine staatlich anerkannte Beratungsstelle durch die Beurteilung eines zweiten unabhängigen Arztes zu ersetzen.



(Prof. Dr. Helmut Frister)

Professor Dr. Karsten Gaede
Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinrecht

Lehrstuhl für deutsches, europäisches und internationales
Strafrecht und Strafverfahrensrecht, einschließlich Medizin-,
Wirtschafts- und Steuerstrafrecht



BUCERIUS LAW SCHOOL
HOCHSCHULE FÜR RECHTSWISSENSCHAFT

Jungiusstraße 6
20355 Hamburg
Telefon 040/30706240
E-Mail karsten.gaede@law-school.de

Hamburg, den 24. November 2022

Stellungnahme zur öffentlichen Sachverständigenanhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages zum Thema Sterbebegleitung am 28. November 2022

- **Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (BT-Drucksache 20/904)**
- **Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe (BT-Drucksache 20/2332)**
- **Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze (BT-Drucksache 20/2293).**

Gliederung

A. Gesamteinschätzung und Überblick	1
I. Kernthesen zu den Regelungsvorschlägen zur Sterbebegleitung.....	1
II. Ausgeklammerte Themen	3
B. Regelungskreise und Regelungsansätze der drei Gesetzentwürfe.....	5
I. Einschränkung des Betäubungsmittelgesetzes.....	5
II. Rückgriff auf das Strafrecht.....	6
1. Strafrechtlicher Ausgangspunkt	6
2. Entwurf Castellucci/Heveling	7
3. Entwurf Künast/Scheer und frühere Alternative	10
4. Entwurf Helling-Plahr/Sitte	11
III. Hinreichende und realistische Beratungs- und Untersuchungsanforderungen	12
1. Entwurf Castellucci/Heveling	12
2. Entwurf Helling-Plahr/Sitte	15
3. Entwurf Künast/Scheer	15
IV. Suizidassistentenorganisationen – Gewährenlassen oder Kontrollieren.....	16
V. (Un-)Gebremster Rückgriff auf die Ärzteschaft	18

A. Gesamteinschätzung und Überblick

Alle drei Gesetzentwürfe nehmen sich engagiert der Regelung eines Lebensbereiches an, der juristisch und (medizin-)ethisch in einem existenziellen Spannungsfeld angesiedelt ist. Es gilt zum einen die (Patienten-)Autonomie des Einzelnen¹ zu achten und zum anderen die Integrität menschlichen Lebens nicht vorschnell unfreien Entscheidungen auszuliefern, um damit dem Wohl der Person (des Patienten) zu dienen. Den primären Bewertungsmaßstab für die von mir erbetene rechtswissenschaftliche Stellungnahme muss insoweit die Überzeugungskraft der unterbreiteten Vorschläge in verfassungs-, straf- und medizinrechtlicher Hinsicht ausmachen. In besonderer Weise ist die Leitentscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu beachten, mit der es das Recht auf einen ggf. von Dritten freiwillig unterstützten selbstbestimmten eigenen Tod anerkannt hat.² Ergänzend ist zu bewerten, ob die Vorschläge geeignet erscheinen, die selbst gesetzten Regelungsziele zu erreichen.

Eingangs werden die Kernthesen der Stellungnahme formuliert (I.). Ausgeklammerte Themen werden benannt (II.). Im Anschluss werden die Kernthesen näher begründet und ausgeführt (B.).

I. Kernthesen zu den Regelungsvorschlägen zur Sterbebegleitung

1. Allen Gesetzentwürfen ist in dem Vorhaben zuzustimmen, die strafbewehrten Verbotsvorschriften des Betäubungsmittelrechts einzuschränken, indem auch eine Freigabe insbesondere von Natriumpentobarbital zur Unterstützung eines freiverantwortlichen Suizides für rechtmäßig erklärt wird. Schon hiermit hält der Staat zwar einen gegenständlichen Beitrag zur Selbsttötung vor. Die Freigabe ist jedoch letztlich eine sich aufdrängende Konsequenz aus der verfassungsrechtlichen Anerkennung eines Rechts auf einen selbstbestimmten und zumutbaren Suizid.

2. Der Rückgriff auf Strafnormen sollte nicht in der übermäßigen und nur punktuell begrenzten Wiedereinführung des nichtigen § 217 StGB a.F. nach dem Entwurf Castellucci/Heveling bestehen. Bereits nach geltendem Recht ist die vorsätzliche oder fahrlässige Mitwirkung an unfreien Suiziden regelmäßig strafbar. Im Verdachtsfall drohen reputationsschädigende Ermittlungsverfahren. Es gibt *keine* verfassungsrechtliche Pflicht, zum Schutz von Leben und Autonomie erneut eine allumfassende Strafnorm einzuführen. Der vorgeschlagene § 217 StGB n.F. läuft vielmehr Gefahr, die verfassungsrechtlich notwendige effektive Verfügbarkeit freiwillig gewährter sicherer Unterstützung bei der Selbsttötung zu verfehlen, weil er Betroffene und hilfsbereite Personen mit maximalen und kaum konkretisierten Anforderungen zu überfordern droht. Erst recht übersieht der repressive Entwurf, dass der verfassungsrechtliche Pönalisierungsmaßstab in einer strikten Verhältnismäßigkeitsprüfung

¹ Die Stellungnahme zieht in nicht der Diskriminierung dienender Absicht oft allein das Maskulinum heran.

² BVerfGE 153, 182. Dabei wird nicht verkannt, dass das Gericht ein recht breites Regelungsfeld des Parlaments achtet, das bis zum Strafrecht reicht.

liegt – es genügt nicht, lediglich ein Totalverbot der Suizidassistenten zu vermeiden. Überdies würde die vorgeschlagene Neuauflage des § 217 StGB an kaum erklärlichen Durchführungsmängeln leiden. Nach wie vor gefährdet die Regelung über das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit zum Beispiel auch Palliativangebote.

Zu guter Letzt sind die Vorschläge der Abgeordnetengruppe um Castellucci/Heveling inkonsequent: Während die Abgeordneten im Präventionsantrag zu Recht verlangen, die Suizidprävention durch die Enttabuisierung und Entstigmatisierung von Suizidgedanken zu fördern, erweisen sie diesem Anliegen mit dem bewusst auf Abschreckung angelegten umfassenden Strafbarkeitsrisiko einen Bärendienst. Personen, die einen Suizidwunsch hegen und um die es im Kern gehen muss, dürften sich bei einer kriminalstrafrechtlichen Regelung kaum für möglicherweise lebensbewahrende Beratungen öffnen. Brutalsuizide dürften die Abgeordneten so kaum eindämmen. Noch hinzu kommt der Umstand, dass der Entwurf Castellucci/Heveling mit der Obliegenheit, sich nach dem durchlaufenen langen Verfahren innerhalb von nur rund sechs Wochen töten zu müssen, tatsächlich eher einen Suiziddruck auslösen dürfte.

Sollte das Parlament den flankierenden Einsatz des Strafrechts *als solchen* für unverzichtbar erachten, stehen ihm mit den Regelungen des Entwurfs Künast/Scheer oder mit einem Verbot der kommerziellen Ausnutzung von Suizidwünschen differenziertere Alternativen zur Verfügung.

3. Eine weithin vorentscheidende Fragestellung liegt in den Anforderungen, welche die Gesetzentwürfe für die Anerkennung eines freiverantwortlichen Suizides aufstellen. Insoweit sind die von den Entwürfen Helling-Plahr/Sitte sowie Künast/Scheer vorgesehenen Beratungsansätze und vor allem die weitgehende Errichtung eines Vier-Augen-Prinzips als Basis einer Betäubungsmittelfreigabe zu legitimieren. Sie sind Ausdruck einer verfassungsrechtlich und ethisch herzuleitenden Darlegungs- und Überprüfungspflicht. Anzumerken ist jedoch, dass auch bei der prinzipiell staatlichen Prüfung nach dem Entwurf Künast/Scheer der Rückgriff auf eine psychiatrische Untersuchung oft unverzichtbar sein dürfte. Hier ließe sich über eine gesetzliche Präzisierung der Prüfungsabläufe nachdenken.

Prinzipiellen Bedenken begegnet wiederum die zu einer Verabsolutierung neigende Regelung des § 217 Abs. 2 StGB n.F. nach dem Entwurf Castellucci/Heveling. Vor allem mit dem Gebot zu mehrfachen psychiatrischen Untersuchungen und mit der faktischen Pflicht zu einer mehrfachen und idealen Beratung, die ein Facharzt für Psychiatrie ohne jede Anleitung verantworten soll, tendiert der Entwurf zur exzessiven Behinderung freiverantwortlicher Suizide. Alle beteiligten Berufsgruppen werden hier allein gelassen. Es bedürfte eines strafrechtlich gefährlichen Kraftaktes vieler Beteiligter und einer deutlich einschränkenden Auslegung.

4. Das Parlament sollte die verfassungsrechtlich teilweise zugelassene organisierte Suizidassistenten näher regeln und von der Exekutive kontrollieren lassen. Selbst gemäß § 217 Abs. 2 StGB der Entwurfsfassung bliebe eine begrenzte organisierte Tätigkeit von Strafe frei – Suizidhilfeorganisationen

könnten sich bilden und mit einem aufgebauten Netzwerk große Teile der suizidgelegten Menschen auf sich ziehen. Die Verfolgung kommerzieller Zwecke schließt der Entwurf Castellucci/Heveling insofern gar nicht aus. Die angestrebte kategorische Vermeidung eines staatlichen Suizidbeitrages würde das Recht mit dem Preis bezahlen, die Organisationen prinzipiell gewähren zu lassen. Staatliche Kontrollen wären an Tatverdachtslagen gebunden, die nicht kurzerhand zu unterstellen sind. Tatsächlich sollte das Parlament keine vermeidbare offene Flanke entstehen lassen. Die Entwürfe, die staatliche Regelungen einschließlich des Verbots des gewerbsmäßigen Handelns vorsehen, sind vorzugswürdig.

5. Das Parlament sollte die Bewältigung der gesellschaftlichen Herausforderung der Suizidwünsche nicht allein auf dem Rücken der Ärzteschaft austragen. Ärztinnen und Ärzten kommt bei der Sterbegleitung, soweit sie freiwillig zur Verfügung stehen, angesichts der zu sichernden Freiverantwortlichkeit insbesondere zur Einordnung und Prüfung psychischer Erkrankungen eine zentrale Funktion zu. Es ist jedoch bedenklich, die Verantwortung für die Suizidassistenz auch jenseits von Fällen eines primär medizinisch begründeten Suizidwunsches strukturell der Ärzteschaft zuzuweisen. Zum einen ist der Arztberuf primär der Bewahrung menschlichen Lebens verpflichtet. Zum anderen folgt das Problem der Suizidassistenz zu einem Großteil gerade aus dem *staatlichen* Verbot des Betäubungsmittelerwerbs, das Freigaben durch Dritte erst nötig werden lässt. Jenseits behandlungsbedürftiger Erkrankungen gibt es keinen inneren Grund, eine *abschließende und alleinige Entscheidung durch die Ärzteschaft* vorzusehen. Demzufolge sind die Entwürfe Helling-Plahr/Sitte und Castellucci/Heveling kritisch zu beurteilen, weil sie sich allein von der individuell nicht zur Hilfe verpflichteten Ärzteschaft die Auflösung des staatlich geschaffenen Grundrechtskonflikts erhoffen. Der differenzierende Ansatz des Entwurfs Künast/Scheer verdeutlicht hingegen, dass es grundsätzlich nicht um eine allein den Ärzten zuzuschreibende Problematik geht. Das typisierend herangezogene Differenzierungskriterium der gegenwärtigen medizinischen Notlage dürfte zwar recht eng, angesichts der Anerkennung von Beurteilungsspielräumen aber hinreichend praktikabel sein. Überdies vermeidet der Entwurf besser als andere, dass freiverantwortliche Personen ggf. erfolglos von Praxis zu Praxis laufen, um ein geeignetes und sicheres Betäubungsmittel zur Durchführung eines zumutbaren Suizides zu erlangen.

II. Ausgeklammerte Themen

Die vorgelegte Stellungnahme musste sich vor dem Hintergrund der drei verschiedenen und zum Teil zahlreiche Regelungen umfassenden Entwürfe auf ausgewählte Inhalte beschränken. Auch weitere bedeutsame Regelungsgegenstände³ wie zum Beispiel ein Werbeverbot⁴ oder die Sicherung einmal ausgegebener Betäubungsmittel⁵ bleiben außen vor. Erst recht können an dieser Stelle nicht Folge-

³ Zu nennen wäre ferner der Sonderkontext der Minderjährigen, der umfangsbedingt außen vor bleiben soll. Dazu etwa *Frister*, in: Aktuelle Entwicklungen im Medizinstrafrecht, 2022, S. 77, 91 f. und 97.

⁴ Siehe allerdings zum Entwurf Castellucci/Heveling bereits *Gaede ZRP* 2022, 73, 74, 75.

⁵ Dazu etwa *Scholz medstra* 2021, 157, 162 und *Frister* (Fn. 3), S. 99.

fragen wie diejenige behandelt werden, ob und inwiefern die Regelung eines § 217 Abs. 2 StGB-E auf die Zurechnungsmaßstäbe der §§ 211-213 und 222 StGB zurückwirken würde.⁶ Schließlich kann die Stellungnahme nicht auf das Bedürfnis eingehen, den Fragenkreis der Sterbehilfe insgesamt konsistent gesetzlich zu regeln.⁷ Vor allem die Abstimmung mit dem Tatbestand der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), der jedenfalls bei einem physisch ausgeschlossenen Suizid novellierungsbedürftig sein dürfte, muss die Gesetzgebung leisten. Dies dürfte angesichts des den § 216 StGB weiter einschränkenden „Insulin-Beschlusses“ des 6. Strafsenats des BGH im Besonderen erforderlich sein.⁸

⁶ Siehe schon für den nichtigen § 217 StGB beispielgebend *Duttge* NJW 2016, 120, 124 f.; ferner *Gaede* JuS 2016, 385, 391.

⁷ Siehe im Sinne dieses Bedürfnisses den Augsburg-Münchener-Halleschen Entwurf eines Sterbehilfegesetzes, *Dorneck* u.a., 2021, und seine Evaluation bei *Scholz medstra* 2021, 157.

⁸ Den § 216 StGB weiter ohne prozedurale Sicherungsmechanismen einschränkend: BGH NJW 2022, 3021.

B. Regelungskreise und Regelungsansätze der drei Gesetzentwürfe

Die Stellungnahme widmet sich zunächst der zentralen und in allen drei Gesetzentwürfen vorgesehenen Einschränkung des Betäubungsmittelrechts (I.). Sie geht danach zu der Frage über, ob der zum Teil umfassend vorgesehene Einsatz des Strafrechts dem Thema gerecht wird (II.). In der Folge ist zu erwägen, ob die vorgesehenen Beratungs- und Untersuchungsansätze einerseits realistisch und andererseits hinreichend sind (III.). Anschließend wird erörtert, ob Sterbehilfeorganisationen staatlicherseits näher geregelt und kontrolliert werden sollten (IV.). Zum Abschluss wird betrachtet, ob ein assistierter Suizid allein durch die ärztliche Betäubungsmittelverschreibung eröffnet oder auch durch eine staatliche Freigabeentscheidung organisiert werden sollte (V.).

I. Einschränkung des Betäubungsmittelgesetzes

Eine wesentliche Hürde, die der Verwirklichung des Rechts auf einen von Dritten freiwillig unterstützten selbstbestimmten Tod entgegensteht, ist derzeit die mangelnde Verfügbarkeit von Betäubungsmitteln, die zur sicheren Selbsttötung geeignet sind.⁹ Die Strafbarkeit der Abgabe insbesondere von Natrium-Pentobarbital gemäß §§ 29 Abs. 1 Nr. 1 und 6 und ggf. 30 Abs. 1 Nr. 3 BtMG entzieht auch den Teilen der Ärzteschaft, die zur Suizidassistenz bereit sind, ein entscheidendes Mittel.

Hier sind alle Gesetzentwürfe positiv zu bewerten:¹⁰ Mit im Einzelnen verschiedenen Formulierungen klären alle Vorschläge, dass die Verschreibung bzw. die behördliche Freigabe insbesondere von Natrium-Pentobarbital zur Verwirklichung eines Todeswunsches zulässig sein kann.

Zu erkennen ist gleichwohl, dass der Staat schon hiermit – in einem unterschiedlichen Ausmaß – den selbstbestimmten assistierten *Suizid fördert*. Der Staat hält mit der Änderung seines Rechts einen Beitrag vor, der die Selbsttötung zum Beispiel über die ärztliche Verschreibung ermöglicht. Mangels durchgreifender Gründe für eine totale Einschränkung des Rechts auf ein selbstbestimmtes Sterben werden die Umgangsverbote hinsichtlich gefährlicher Betäubungsmittel *zweckgerichtet* zurückgezogen. Über die Hinnahme privater ärztlicher Tätigkeiten hinaus wird staatlicherseits ein sachliches Mittel *zielgerichtet* freigegeben, dessen Verfügbarkeit und sichere Wirkung den Suizidwunsch bestärken kann und oft bestärken dürfte. In diesem Lichte betrachtet ist schon die Zurücknahme des prinzipiellen Abgabe- bzw. Verschreibungsverbotes ein sehr bedeutsamer Schritt, der eine Implikation des Staates in den Suizid mittels seines Rechts bedeutet.

⁹ Siehe insoweit auch den Entwurf Castellucci/Heveling BT/Drs. 20/904, S. 10 und 17.

¹⁰ Allerdings gestattet der § 13 Abs. 1 S. 3 und 4 BtMG-E des Entwurfs Castellucci/Heveling mit einer überschießenden Formulierung auch die *Verabreichung* der BtM und damit dem Wortlaut nach die aktive Tötung durch den Arzt, siehe zur Begriffsbedeutung etwa MüKo-StGB/Oglakcioglu, 4. Aufl., 2022, § 29a BtMG, Rn. 18, siehe auch BT/Drs. 20/2293 S. 14. Eine entsprechende, gemäß Art. 103 Abs. 2 GG nicht ohne weiteres unbeachtliche versehentliche Zurücknahme des § 216 StGB sollte vermieden werden.

Dieser Schritt ist gleichwohl mit der vom Bundesverfassungsgericht anerkannten effektiven Achtung des Rechts auf einen selbstbestimmten unterstützten Suizid letztlich geboten, weil das Recht eine sichere und schmerzfreie Realisierung der Selbsttötung schützt.¹¹ Obschon die hinreichende Verfügbarkeit freiwilliger Suizidassistenten prinzipiell auf verschiedenen Wegen realisiert werden könnte,¹² erweist sich der Zugang zu medizinisch naheliegenden sicheren Mitteln der Umsetzung als unverzichtbarer Kern der verfassungsrechtlich freizustellenden Suizidassistenten.¹³

II. Rückgriff auf das Strafrecht

Die drei Gesetzentwürfe stellen dem Parlament insbesondere die Grundfrage, ob und in welchem Ausmaß das Strafrecht zur Vermeidung unfreier Suizide und zum Schutz der Integrität des Lebens bemüht werden sollte. Eingangs ist zu betonen, dass das Strafrecht diesen Zwecken bereits dient (1.). Sodann ist der repressiv ausgerichtete Entwurf Castellucci/Heveling zu erörtern (2). Es folgt eine Betrachtung der Sanktionsnormen der anderen Gesetzentwürfe und eines früheren Vorschlages (3.).

1. Strafrechtlicher Ausgangspunkt

In der Debatte um eine erneute Pönalisierung ist zunächst zur Kenntnis zu nehmen, dass die gefahrensteigernde Mitwirkung an einem unfreien Suizid längst Strafbarkeiten unterliegt: Bereits nach geltendem Recht ist die vorsätzliche oder fahrlässige Mitwirkung an unfreien Suiziden regelmäßig strafbar. Erkennt der Mitwirkende die mangelnde Freiverantwortlichkeit und steuert er faktisch das Geschehen, liegt die § 217 StGB a.F. weit übertreffende Strafbarkeit des Totschlages gemäß § 212 StGB in mittelbarer Täterschaft nahe¹⁴ – selbst § 211 StGB kann einschlägig sein. Wird die faktisch steuernde Wirkung des eigenen Beitrages und damit die Unfreiheit des Suizides fahrlässig verkannt, droht in der Regel die Bestrafung wegen fahrlässiger Tötung gemäß § 222 StGB. Auch sie wird mit Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Dieser Strafraum übertrifft denjenigen des alten und des nun vorgeschlagenen § 217 StGB beträchtlich.¹⁵ Bei alledem ist davon auszugehen, dass sich die strafrechtliche Prüfung der Freiverantwortlichkeit bereits jetzt an den Kriterien orientiert, welche das Bundesverfassungsgericht in seiner Leitentscheidung formuliert hat.¹⁶ Zumal die nun vorgelegten Entwürfe sich zu den schwierigen Detailfragen der Abgrenzung des unfreien und des freiverantwortlichen Suizides etwa bei der Demenz gar nicht äußern, ist auch von einer Kodifika-

¹¹ BVerfGE 153, 182 – Rn. 213, 218, 280 ff. („verlässlichen realen Möglichkeiten“) und 341 f.

¹² Hierzu wieder BVerfGE 153, 182 – Rn. 339 ff.

¹³ In diese Richtung bereits BVerfG NJW 2021, 1086, 1087: Ärzte seien schon jetzt zur Verschreibung befugt.

¹⁴ Lackner/Kühl, 29. Aufl., 2018, Vor § 211 Rn. 13; MüKo-StGB/Brunhöber, 4. Aufl., 2021, § 217 Rn. 7; Schönlke/Schröder/Eser/Sternberg-Lieben, 20. Aufl., 2019, Vor §§ 211 ff. Rn. 37; Frister ZfME 2021, 537, 545.

¹⁵ Die vorgeschlagene wortgleiche Wiedereinführung des § 217 Abs. 1 StGB a.F. führte zu einer Strafbewehrung mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe.

¹⁶ Siehe BGH medstra 2019, 363, 365 f. und BVerfGE 153, 182 – Rn. 240 ff.; für die folgende Übernahme der Kriterien des BVerfG z.B. Cording/Saß NJW 2020, 2695; Frister ZfME 2021, 537, 540; Schnorr JuS 2021, 732, 733.

tion der vom Bundesverfassungsgericht ausgesprochenen Kriterien nicht zu erwarten, dass sie den Wirkungsgrad des Strafrechts erhöhen würde.

Zum strafrechtlichen Istzustand gehört insoweit, dass die Feststellung eines unfreien Suizides unter Umständen trotz entsprechender Indizien scheitern kann – der Zweifelsgrundsatz des Strafprozessrechts kann die Bestrafung im Ergebnis verhindern, lässt sich ein unfreier Suizid im Ergebnis nicht nachweisen. Die Anwendbarkeit des Zweifelsgrundsatzes ist aber nicht nur eine rechtsstaatliche Selbstverständlichkeit, die stets und so auch in Fragen der Suizidassistenz zu beachten ist. Zu bedenken ist zusätzlich, dass der Schluss auf eine Entscheidung in dubio pro reo im Rahmen des geltenden Legalitätsprinzips nicht am Beginn des Verfahrens steht. Vielmehr sind bei nennenswerten Verdachtslagen, es könnte eine Mitwirkung an einem unfreien Suizid bzw. eine fremdgesteuerte Tötung vorliegen, Ermittlungsverfahren geboten (§§ 152, 160 StPO).¹⁷ Diese oft langwierigen Verfahren, die eine Vielzahl gezielt und faktisch eintretender Eingriffe und Reputationsschäden mit sich führen,¹⁸ haben an der staatlichen Hinwirkung auf die tatsächliche Achtung des Lebensschutzes teil. Überdies bleibt im Einzelfall eine Versuchsstrafbarkeit auch ohne den Beleg des unfreien Suizides denkbar.

2. Entwurf Castellucci/Heveling

Mit dem Entwurf Castellucci/Heveling soll das Strafrecht deutlich ausgebaut werden. Der Entwurf setzt explizit auf strafrechtliche Abschreckung, also auf eine für unverzichtbar erklärte Generalprävention.¹⁹ Den Verfassern geht es um eine beträchtliche Erweiterung des strafbaren Verhaltens. Trotz der grundlegend neuen Sichtweise des Verfassungsrechts auf den autonomen Suizid wollen sie auch diesen unter Androhung von Strafen weiter vermeiden und dem Normalzustand der gesellschaftlichen Akzeptanz einer rechtlich gewährten Grundrechtsausübung entgegentreten²⁰: Nach dem Entwurf soll der Nachweis, dass der Suizid unfrei war, für die Bestrafung nicht mehr notwendig sein. Vielmehr wird mit § 217 StGB-E schon das Versäumen bestimmter Prüfungsschritte im Vorfeld einer Suizidassistenz eigenständig unter Strafe gestellt, soweit eine geschäftsmäßige Suizidassistenz vorliegt. Nach dem Entwurf stünde eine (Beihilfe-)Strafbarkeit zum Beispiel schon im Raum, wenn eine an der Suizidunterstützung beteiligte Person den – kaum klaren – Aufklärungskatalog der Ausnahmenvorschrift des § 217 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 StGB-E eventualvorsätzlich nicht vollständig erfüllt hat. Gleiches würde etwa gelten, wenn ein Facharzt für Psychiatrie eventualvorsätzlich keine – vom Gesetz überhaupt nicht erläuterte – zureichende Maßgabe für die von Dritten zu leistenden Beratungsgespräche aufgestellt hat und dies zur Förderung des Suizides beiträgt. Bestehen insoweit auch nur tatsächliche Anhaltspunkte, droht allen Beteiligten Ermittlungsverfahren.

¹⁷ Zu einem Anwendungsfall, in dem es letztlich aber um die sog. Wittig-Rechtsprechung ging, OLG Hamburg medstra 2017, 45.

¹⁸ Dazu statt vieler m.w.N. Gaede ZStW 129 (2017), 911 ff.

¹⁹ Zur Behauptung der Unverzichtbarkeit BT/Drs. 20/904, S. 2 f. und 11.

²⁰ Zum Ziel, die Normalisierung des Suizides per se zu verhindern, BT/Drs. 20/904, S. 2, 3, 10, konkreter S. 17 ff.

a) Dieser Ansatz sieht das Strafrecht – wie im Jahre 2015 – weitgehend als Heilsbringer. Die vorschlagenden Abgeordneten übersehen jedoch, dass der **verfassungsrechtliche Maßstab für eine Neuaufgabe des § 217 StGB** nicht nur darin liegt, ob er eine faktisch nahezu unmögliche Suizidassistenz vermeidet.²¹ Das BVerfG hat zwar anerkannt, dass der Gesetzgeber die Sicherung des freiverantwortlichen Suizides mit dem Strafrecht anstreben darf.²² Die faktische Unmöglichkeit ist aber nur die unzweifelhaft letzte Grenze der Strafgesetzgebung. Nach der Anerkennung des Grundrechts auf einen assistierten freiverantwortlichen Suizid muss sich die Politik vielmehr um einen verhältnismäßigen Ausgleich der konfligierenden Aspekte bemühen. Explizit führt das Bundesverfassungsgericht aus: „Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung ist am Maßstab strikter Verhältnismäßigkeit zu messen.“²³ Zudem hat das Gericht, was die Abgeordneten um Castellucci/Heveling verzeichnen,²⁴ *keine* verfassungsrechtliche Pflicht des Inhalts aufgestellt, zum Schutz von Leben und Autonomie gerade eine allumfassende Strafnorm in Gestalt des Verbots der geschäftsmäßigen Suizidassistenz einzuführen. In einer solchen Norm käme vielmehr eine konstitutive politische Neigung der unterstützenden Abgeordneten zur Kriminalisierung zum Ausdruck.²⁵

b) Misst man den Entwurf am Maßstab strikter Verhältnismäßigkeit, läuft die Regelung trotz der geschaffenen Ausnahme in § 217 Abs. 2 StGB-E Gefahr, die verfassungsrechtlich notwendige effektive Verfügbarkeit freiwillig gewährter sicherer Unterstützung bei der Selbsttötung zu verfehlen. Der Entwurf stellt, wie der Verfasser bereits an anderer Stelle näher ausgeführt hat (siehe auch ergänzend B. III. 1.),²⁶ an die Überprüfung der Freiverantwortlichkeit Anforderungen, mit denen er den Betroffenen und die hilfsbereiten Personen infolge von **maximalen und kaum konkretisierten Vorgaben** zu überfordern droht. Man wird den Entwurf Castellucci/Heveling nur verfassungskonform nennen können, wenn eine weitere Präzisierung die Erwartung begründet, dass sich tatsächlich eine hinreichende Anzahl an Fachleuten finden wird, welche die ambitionierten Untersuchungen und Beratungen leisten. Zudem bräuchten die Fachleute eine konkretere Vorstellung davon, wann sie das Verfahren gemäß § 217 Abs. 2 S. 2 StGB-E abkürzen dürfen. Überdies ist – auch über die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts hinaus – die in der Strafrechtswissenschaft nahezu einhellige Kritik zu wiederholen, dass die für § 217 Abs. 1 StGB-E bemühte Annahme, schon *aus der geschäftsmäßigen*, also wiederholten Suizidassistenz selbst folge eine ernsthaft gesteigerte Gefahrenlage für

²¹ So aber nur nachtragend BT/Drs. 20/904, S. 7 und 10.

²² Siehe betonend BT/Drs. 20/904, S. 2 und 9 f.

²³ Siehe den LS 3a in BVerfGE 153, 182 und die Rn. 223 und 338; ferner nun auch *Schlink* ZRP 2022, 126.

²⁴ BT/Drs. 20/904, S. 8: Handlungsauftrag an den Gesetzgeber infolge verfassungsrechtlicher Schutzpflichten.

²⁵ Dass es primär um Repression geht, verdeutlicht auch die Formulierung, dass der Antrag zur Suizidprävention die „generalpräventive Wirkung der strafrechtlichen Sanktion unterstützen“ soll, BT/Drs. 20/904, S. 10. Der strafrechtliche Aspekt und nicht die ursprüngliche Suizidprävention steht hier im Zentrum.

²⁶ Dazu *Gaede* ZRP 2022, 73, 74 f.

eine freie Entscheidung, eine nicht gerechtfertigte Behauptung darstellt.²⁷ Auch das Bundesverfassungsgericht verweist darauf, dass den Bürgern eine organisierte und damit geschäftsmäßige Suizidassistenz zum Beispiel durch die Ärzteschaft verfügbar sein müsse; es dementiert damit selbst die Annahme, eben diese organisierte Suizidassistenz sei per se ein strafrechtlich fassbares Unrecht.²⁸

c) Überdies leidet die Neuauflage des § 217 StGB an **Durchführungsmängeln**. So soll das inkriminierende geschäftsmäßige Handeln weiter jede „auf wiederholte Hilfe zur Selbsttötung angelegte Tätigkeit von Organisationen, Vereinen und Einzelpersonen“²⁹ ausmachen. Die vorherige, fast einmütig kritische strafrechtswissenschaftliche Debatte³⁰ wird kurzerhand ignoriert. Mit einem nahezu krassen Desinteresse an den absehbaren Praxisproblemen selbst für das Sterbefasten und andere schmerzlindernde Palliativangebote machen die Abgeordneten die Straffreistellung von hoch komplexen Prüfungsmaßstäben abhängig. Es kommt beispielhaft hinzu, dass die Strafbarkeit der Suizidunterstützung nach dem Gesetzeswortlaut objektiv sogar von dem – vom Unterstützenden kaum noch zu beeinflussenden – Umstand abhängen soll, ob der Suizident die Selbsttötung innerhalb der Zweimonatsfrist nach § 217 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 StGB vollzogen hat. Bei einem späteren Vollzug wäre der Unterstützende auf das Vabanquespiel der Vorsatzfeststellung verwiesen.

d) Zu guter Letzt steht die innere Konsequenz der Vorschläge der Abgeordnetengruppe um Castellucci/Heveling ernsthaft in Frage:

aa) In ihrem Präventionsantrag verlangen die Abgeordneten zu Recht, die Suizidprävention durch die **Enttabuisierung und Entstigmatisierung von Suizidgedanken** zu fördern.³¹ Es sollen gar – entgegen manchen Bedenken hinsichtlich einer möglichen Vorbild- und Anstoßwirkung – zielgruppenspezifische Aufklärungs- und Informationskampagnen ins Werk gesetzt werden, um der Tabuisierung und Stigmatisierung von Suizidwünschen vorzubeugen.³² Gerade der „Zugang zu Hilfsangeboten“ sei, so schreiben die Abgeordneten, in der belastenden Situation von Suizidgedanken „entscheidend“³³. Das offene Reden über Suizidalität entlaste und reduziere den Handlungsdruck.³⁴

Diesem wichtigen und zustimmungswürdigen Anliegen dürften die Abgeordneten mit dem bewusst zur Abschreckung großflächig bemessenen Strafbarkeitsrisiko des § 217 StGB n.F. aber einen Bärendienst erweisen. Personen, die einen Suizidwunsch faktisch hegen und die man zunächst von diesem

²⁷ Dazu schon jeweils m.w.N. NK/Saliger, 5. Aufl., 2017, § 217 StGB Rn. 3 und 6; Gaede JuS 2016, 385, 387; anders BVerfGE 153, 182 – Rn. 236 ff., dort wird nur die *Regelungsbedürftigkeit*, nicht aber der Unrechtsgehalt der Geschäftsmäßigkeit dargetan.

²⁸ Dazu BVerfGE 153, 182 – Rn. 273 ff.

²⁹ BT/Drs. 20/904, S. 1 und 13.

³⁰ Dazu etwa NK/Saliger, § 217 StGB Rn. 21 ff.; Duttge/Simon NStZ 2017, 512; Gaede medstra 2016, 65 f.

³¹ BT/Drs. 20/1121, S. 3.

³² BT/Drs. 20/1121, S. 4.

³³ Zu beidem BT/Drs. 20/1121, S. 3.

³⁴ BT/Drs. 20/1121, S. 3. Siehe auch und gerade gegenüber dem früheren Strafrechtseinsatz über § 217 StGB a.F. schon krit. Duttge NJW 2016, 120, 122, 124 f.

Punkt abholen muss, dürften sich bei einer kriminalstrafrechtlichen Einrahmung kaum potentiell lebensbewahrenden Beratungen öffnen. Wenn die Beratenden und damit Unterstützenden bereits mit einem Bein in der Kriminalität stehen, dürften die Zielpersonen die vorgeschlagene Neuregelung eher als Zementierung des Tabus wahrnehmen. Mindestens Brutalsuizide, die oft Vorbilder abgeben, dürften die Abgeordneten derart kaum eindämmen.

bb) Noch hinzu kommt der Umstand, dass der Entwurf Castellucci/Heveling mit der Obliegenheit, ein durchlaufenes Verfahren nach § 217 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 StGB-E sodann innerhalb von rund sechs Wochen zur Selbsttötung zu nutzen, tatsächlich einen **Suiziddruck** fördern dürfte.³⁵ Diejenigen, die das Verfahren in Anspruch nehmen, dürften ohnedies oft eher an der Option der Suizidhilfe zur Bestätigung ihrer Selbstbestimmung interessiert sein. Sie könnten sich hier unter Zugzwang gesetzt sehen. Während sie selbst zuvor ein regelmäßig Monate währendes und forderndes Verfahren bewältigen mussten, würden sie die ihnen kostbare Option alsbald wieder verlieren.

e) Der Rückgriff auf das Strafrecht sollte nach alledem nicht in der übermäßigen und nur punktuell begrenzten Wiedereinführung des nichtigen § 217 StGB a.F. bestehen.

3. Entwurf Künast/Scheer und frühere Alternative

Bereits der vorliegende Entwurf Künast/Scheer zeigt demgegenüber, dass es maßvollere Alternativen zum großflächigen Einsatz des Strafrechts gibt. Im Gegensatz zur alles umspannenden Norm des § 217 StGB-E greift der Entwurf lediglich einzelne konkrete Verhaltensweisen auf, wobei er – allerdings nicht in verschiedenen Normen³⁶ – nicht stets auf das Strafrecht, sondern zum großen Teil auf das Ordnungswidrigkeitenrecht setzt. Eine Strafnorm wird – mit einer bemerkenswerten Festlegung auf die Freiheitsstrafe³⁷ – für denjenigen vorgesehen, der „unrichtige oder unvollständige Angaben macht, um für einen anderen oder zum Missbrauch für Straftaten eine Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 Satz 2 [Bescheinigung über den Recht auf Zugang zu einem tötungstauglichen Betäubungsmittel] zu erlangen“. Hiermit werden Manipulation des allgemeinen Prüfungsverfahrens unter Strafe gestellt, wodurch insbesondere die Umgehung der Anforderungen an die Freiverantwortlichkeit und die Verbreitung gefährlicher Betäubungsmittel eingedämmt werden soll.³⁸ Hinzu kommen Ordnungswidrigkeiten, die eine mangelnde Anzeige suizidfördernder Verschreibungen, das Betreiben

³⁵ Krit. schon *Gaede ZRP 2022*, 73 Fn. 8.

³⁶ Eine Aufgliederung des § 8 des Entwurfs in eine Strafnorm und eine Norm, die Ordnungswidrigkeiten enthält, dürfte sich zur deutlichen Aufrechterhaltung der Unterschiede beider Sanktionsregime empfehlen.

³⁷ Bei einem Strafrahmen von bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe ist die Ausklammerung der Geldstrafe eher ungewöhnlich. Dies könnte im Vergleich zum Strafrahmen des § 222 StGB überdacht werden, zumal es durchaus unterschiedlich gewichtige Anwendungsfälle geben dürfte und kurze Freiheitsstrafen zu vermeiden sind (§ 47 StGB). Allerdings wollen die Abgeordneten erklärtermaßen und vertretbar das im Vergleich zu § 222 StGB immerhin vorsätzlich begangene Unrecht im Sinne des Lebensschutzes hervorheben, BT/Drs. 20/2293, S. 15. Ohne Vorbild ist ein solcher Strafrahmen nicht, siehe etwa § 153 StGB.

³⁸ Hierzu auch BT/Drs. 20/2293, S. 15.

eines Geschäftsbetriebs der Suizidberatung ohne Zulassung, die unangemessene Aufbewahrung förderungsgerechter Betäubungsmittel und die nicht rechtzeitige Rückgabe nicht verwendeter Betäubungsmittel sowie die grob anstößige Werbung umfassen.

Diese Regelungen dürften nicht alle Aspekte erfassen, zu denen man in den Grenzen der verfassungsrechtlichen Kriminalisierungsschranken das Verfahren der Suizidunterstützung über Sanktionen abstützen könnte. In jedem Falle sind die vorgesehenen Regelungen aber vertretbare und durch die gezielte Formulierung verhältnismäßig bleibende Flankierungen der aufgestellten Zugangsvoraussetzungen. Sie würden in einer fassbaren und noch nicht wieder zur Tabuisierung führenden Form die Ernsthaftigkeit der Prüfungsschritte insbesondere des allgemeinen Zugangsweges unterstreichen. Zu Recht weisen die Abgeordneten auf weitere Strafbarkeiten nach dem BtMG hin.³⁹

Ergänzend ist zu erwähnen, dass auch ein in früheren Entwürfen bereits erwogenes⁴⁰ Verbot der *gewerbsmäßigen* Suizidförderung als strafrechtliche Flankierung jedenfalls im verfassungsgerichtlich gezogenen Rahmen läge.⁴¹ Sie wäre immerhin der allumfassenden Pönalisierung nach dem § 217 StGB-E vorzuziehen, soweit die dargelegte Eigenverantwortlichkeit des konkreten Suizidenten auch hier strafbefreiende Wirkung erlangen würde. Obschon auch hinsichtlich der Gewerbsmäßigkeit keine Pönalisierungspflicht bestünde und nach wie vor ernste Bedenken gegen eine solche Strafnorm formuliert werden könnten⁴², ließe sich für die gewerbsmäßige Suizidhilfe immerhin nennenswert an die abstrakt plausible Gefahr anschließen, dass das mit der Kommerzialisierung erkennbare Eigeninteresse strukturell betrachtet ein autonomiekritisches Verhalten begünstigen könnte.

4. Entwurf Helling-Plahr/Sitte

Ganz auf eine zusätzliche Strafbarkeit verzichtet – von der Einreihung der Tätigen der Beratungsstellen in § 203 StGB abgesehen⁴³ – der Entwurf Helling-Plahr/Sitte. Hieran ist aus verfassungs- und medizinstrafrechtlicher Sicht nichts zu erinnern. Eine über die längst geltenden §§ 211-222 StGB hinausgehende Pönalisierungspflicht ist weder verfassungsgerichtlich anerkannt noch straf- und verfassungsrechtswissenschaftlich überzeugend hergeleitet worden.

³⁹ BT/Drs. 20/2293, S. 15.

⁴⁰ BT/Drs. 18/5375, S. 4 f., 8 und 11. Siehe aber abl. auf Grund von Nachweisschwierigkeit und dem erkennbaren Willen, den Strafeinsatz – mit der Folge der Entscheidung BVerfGE 153, 182 – auszubauen BT/Drs. 18/5373, S. 13 f.; ebenso wieder BT/Drs. 20/904, S. 13.

⁴¹ Vgl. hierfür neben BVerfGE 153, 182, etwa Rn. 268 ff., 339 ff., zu den vom Autor zugrunde gelegten Maßstäben m.w.N. Gaede, Der Steuerbetrug, 2016, S. 316 ff.

⁴² Siehe für eine Verfassungswidrigkeit etwa m.w.N. Saliger, Selbstbestimmung bis zuletzt, 2015, S. 168 ff., 178 ff. Tatsächlich wäre näher zu regeln, wie eine Unkostenerstattung ohne ein übermäßiges strafrechtliches Risiko organisiert werden könnte.

⁴³ Art. 3 des Gesetzes zu § 203 Abs. 1 Nr. 5 StGB-E, siehe BT/Drs. BT/Drs. 2332, S. 17.

III. Hinreichende und realistische Beratungs- und Untersuchungsanforderungen

Insbesondere der Entwurf Castellucci/Heveling macht völlig zu Recht geltend, dass das Recht im Kontext der Suizidassistenz die Vermeidung unfreier Suizide und damit den Schutz der Freiverantwortlichkeit des Suizidenten anstreben sollte.⁴⁴ Tatsächlich sollten im Einklang mit dem Bundesverfassungsgericht Suizide verhindert werden, die nur auf einer vorübergehenden Lebenskrise, einer psychischen Erkrankung oder einer mangelnden Aufklärung und Beratung und damit auf Irrtümern beruhen.⁴⁵ Überdies werden etwaige unterstützungsbereite Dritte für sich beanspruchen müssen und dürfen, dass ihnen der Kontext und die Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches als Basis ihres eigenen rechtlich und moralisch bewerteten Handelns dargelegt wird. All dies gestattet dem Parlament sog. weich-paternalistische Beschränkungen, die einer Suizidassistenz bzw. der Freigabe tötungsgerechter Betäubungsmittel vorangestellt werden dürfen.

Gleichwohl müssen die zur Erreichung all dieser Ziele und Bedürfnisse eingesetzten prozeduralen und materiellen Anforderungen von Rechts wegen zumutbar und realistisch ausgestaltet bleiben. Ein infolge übermäßiger Anforderungen nur noch auf dem Papier verbleibendes Recht auf einen selbstbestimmten und durch Dritte unterstützten Suizid, das zudem Brutalsuizide nähren kann, darf ebenfalls nicht das Ziel der deutschen Gesetzgebung sein.

1. Entwurf Castellucci/Heveling

Wie an anderer Stelle bereits dargelegt wurde, ist der Entwurf Castellucci/Heveling in dieser Hinsicht kritikwürdig.⁴⁶ Dass er gemäß § 217 Abs. 2 StGB-E eine kumulative und belastende Prüfung vorsieht, ist zwar angesichts der Irreversibilität des Suizides grundsätzlich diskutabel, zumal der Entwurf auf eine Kommissionslösung verzichtet. Der Entwurf richtet sich auch, wie alle anderen Entwürfe, zu Recht an einem als dauerhaft zu erachtenden Suizidwunsch und an einer Vielzahl von Beratungsinhalten aus.⁴⁷ Mindestens dann, wenn die kumulativen Anforderungen unmittelbar in eine Strafnorm eingefasst sind, sind dieselben aber als übermäßig und einschränkungsbedürftig zu betrachten:

Zunächst verlangt der Entwurf, es müsse als Bedingung einer Suizidassistenz jede die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigende psychische Erkrankung ausgeschlossen werden können (siehe § 217 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 StGB-E). Dies dürfte über den Maßstab des Bundesverfassungsgerichts aber hinausgehen, da dieses hinsichtlich der Suizidentscheidung lediglich den Ausschluss einer beeinflussenden „akuten psychischen Störung“ verlangt.⁴⁸ Eine gewisse beeinträchtigende Wirkung psychi-

⁴⁴ BT/Drs. 20/904, S. 1 f. und 9 f.

⁴⁵ BT/Drs. 20/904, S. 2 f. und 11, zusätzlich unter Nennung einer psychosozialen Einflussnahme, was indes sehr weit ist, zumal eine Einflussnahme an sich noch nicht durchgreifend autonomiefeindlich sein muss.

⁴⁶ Siehe bereits in Teilen identisch *Gaede* ZRP 2022, 73, 74 f.; gleichsinnig *Rostalski* GA 2022, 209, 218 ff.

⁴⁷ Zu beidem BVerfGE 153, 182 – Rn. 240 ff.

⁴⁸ BVerfGE 153, 182 – Rn. 241. Wie hier krit. jetzt auch *Schlink* ZRP 2022, 126, 127.

scher Erkrankungen dürften Fachärzte nicht selten bejahen. Eine weitgehende und in freiheitlich-rechtlicher Hinsicht nicht ohne weiteres überzeugende Pathologisierung könnte hier die Folge sein. Ferner dürfte eine über mindestens drei Monate zu erstreckende Untersuchung (siehe erneut § 217 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 StGB-E) auf eine allumfassende Erhebung hinauslaufen. Es wird kaum bei zwei Terminen bleiben, wenn der Untersuchende in der Lage sein muss, jedwede beeinträchtigende psychische Erkrankung auszuschließen. Ohne nähere begrenzende Vorgaben des Rechts könnte die Untersuchungsobliegenheit in der Praxis auf einen aufgezwungenen Therapieversuch hinauslaufen.

Bei alledem kommt hinzu, dass in der Facharztversorgung bereits heute eine beträchtliche Wartezeit vorzuherrschen scheint. Solange hier nicht parallel und ad hoc eine effektive Verbesserung der Lage herbeigeführt wird, vertieft dies die Eingriffswirkung der unterbreiteten Regelungsvorschläge.

Des Weiteren ähnelt die ambitioniert verlangte individualisierte, umfassende sowie multiprofessionelle und interdisziplinäre Beratung (§ 217 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 StGB-E) bislang entgegen einer anderslautenden Behauptung im Entwurf⁴⁹ einer Chimäre. Zu ihr dürften sich – unter dem Druck einer Strafdrohung (§§ 217 Abs. 1 [, 27] StGB-E) – nicht viele Berufsträger nach rechtssicheren Maßstäben in der Lage sehen. Gerade vor dem Hintergrund der bestehenden Strafbarkeitsrisiken (siehe B. II. 1.), die früher durch § 217 StGB a.F. verschärft worden waren, gibt es gar keine verbreiteten und allgemein anerkannten Konzepte. Vielmehr beginnt in Deutschland erst die Forschung, wie stimmige Prozesse und Maßstäbe einer Suizidassistenz aussehen können.⁵⁰ Hier ist es nicht nur unverhältnismäßig, sondern bereits unrealistisch, maximale und kaum zu erfüllende Anforderungen zu formulieren. Dies gilt nicht zuletzt deshalb, weil das gesetzliche Konzept gar nicht von einer Mitwirkungspflicht der betroffenen Berufe ausgehen kann. Überdies läuft die Formulierung des § 217 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 StGB-E auf eine ganze Reihe notwendiger Beratungen hinaus. Regelmäßig werden nur mehrere Personen die notwendigen multiplen Professionen repräsentieren können, deren Beachtung der Entwurf verlangt.

Es kommt hinzu, dass es die nach § 217 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 StGB-E untersuchenden Fachärzte überfordern dürfte, wenn sie selbst – wie es der Entwurf kurzerhand vorsieht – einzelfallbezogen für die richtig individualisierte und kompetente Beratung strafrechtlich verantwortlich sein sollen. Die Entwurfsverfasser müssten Wege aufzeigen, um die Maßstäbe von Untersuchung und Beratung belastbar zu klären. Sonst nähme der Entwurf doch wieder den regelmäßigen Leerlauf der professionellen Unterstützung hin; der nichtige § 217 StGB a.F. würde auferstehen. Der Staat würde erneut Men-

⁴⁹ Der Entwurf geht davon, dass es zur Umsetzung des ambitionierten § 217 Abs. 2 StGB-E „die bestehenden vielseitigen Beratungsangebote“ gebe, BT/Drs. 20/904, S. 15.

⁵⁰ So wird etwa am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf von einer Forschungsgruppe unter Leitung von Dr. *Pola Hahlweg* nach „Entscheidungsprozesse[n] zum assistierten Suizid“ geforscht. Es soll überhaupt erst ein erstes Rahmenmodell aus einem multidisziplinären Blickwinkel erarbeitet werden, weil es schon hieran fehlt.

schen mithilfe des Strafrechts in Lebensformen drängen, die in unauflösbarem Widerspruch zu ihrem eigenen Selbstbild und Selbstverständnis stehen⁵¹.

Bei alledem dürfte die Ausnahmeklausel des § 217 Abs. 2 S. 2 StGB-E wenig Abhilfe schaffen. Was die für Härtefälle geschaffene Regelung gestattet, liegt mit dem Verweis auf die *grundsätzlich nicht bestehende* Unzumutbarkeit weithin im Auge des insbesondere staatsanwaltlichen und richterlichen Betrachters. Noch immer müsste der Untersuchende in einem Termin (!) jedwede psychische Beeinträchtigung ausschließen können; das Beratungserfordernis wird in keiner Weise eingeschränkt. Überdies setzt sich derjenige, der die Schritte nach § 217 Abs. 2 S. 2 StGB verkürzt, bei einer streitbaren, nicht einzig vertretbaren Beurteilung einem Ermittlungsverfahren aus. Es ist in diesem Licht mit einer sehr engen Subsumtion der Unzumutbarkeit zu rechnen. Hierfür streitet auch das Regelbeispiel, das nur die *weit fortgeschrittene* unheilbare Erkrankung aufgreift.

Insgesamt verlangt § 217 Abs. 2 StGB-E den Untersuchenden und Beratenden eine Art Herkulesaufgabe ab, weil ihnen die letztlich einzig auf Suizidvermeidung bedachten Abgeordneten ausweislich der Entwurfsbegründung offenbar keine die Norm praktikabel machenden Hilfestellungen an die Hand geben wollen. Auch Ministerien werden nicht zu Konkretisierungen ermächtigt. Alle beteiligten Berufsgruppen werden hier allein gelassen. So dürfte die Suizidassistenz zwar vereinzelt möglich sein, wenn das Engagement mehrerer mutiger Fachleute zusammenkommt. Dies könnte vor allem bei Sterbehilfeorganisation der Fall sein, die bereits jetzt mit Anzeigen⁵² die Bündelung interessierter und bereiter Fachpersonen betreiben. Eine eher zufällige und bei Einzelgruppen verbleibende Anwendbarkeit des Rechts sollte dem Parlament indes nicht genügen, wenn zugleich wieder absehbar viele Hilfesuchende an Unklarheit, fehlender Bereitschaft und langen sowie individuell festgelegten Untersuchungen und Beratungen scheitern. Der Staat muss zwar in der Tat keine Suizidhilfe leisten; die von ihm aufgestellten Hürden für den Zugang zu privaten Angeboten muss er aber so ausgestalten, dass sie sich regelhaft bewältigen lassen. In diesem Sinne müssten die Abgeordneten um Castellucci/Heveling – sollten sie tatsächlich auf eine real zulässige Suizidassistenz abzielen – die Praktikabilität ihrer Anforderungen durch eine beträchtliche Überarbeitung ihres Entwurfs fördern. Zum Beispiel sollte die Abgeordnetengruppe explizit anerkennen, dass der ärztliche Beurteilungsspielraum in medizinischen Fragen, der bei der ärztlichen therapeutischen Behandlung anwendbar ist,⁵³ auch bei den Feststellungen nach § 217 Abs. 2 StGB-E zur Anwendung gelangen würde. Der bisherige Entwurf läuft hingegen auf eine exzessive Behinderung des eigenverantwortlichen assistierten Suizides hinaus.

⁵¹ Zu diesem verfassungsrechtlich auszuschließenden Zustand BVerfGE 153, 182 – Rn. 207 und 277.

⁵² Siehe zur krit. Aufnahme dieser Suche etwa <https://www.medstra-online.de/77566.htm>.

⁵³ Zum Vertretbarkeitsmaßstab etwa bei der Therapiewahl und auch der Diagnose m.w.N. Ulsenheimer/Gaede/Ulsenheimer/Gaede, 6. Aufl., 2021, Rn. 90 ff., 164 ff.

2. Entwurf Helling-Plahr/Sitte

Eine etwas andere Perspektive nimmt der Entwurf Helling-Plahr ein. Er setzt auf eine Bekräftigung der vom Bundesverfassungsgericht aufgezeigten Kriterien für den freiverantwortlichen Suizid (§ 3 des Entwurfs), auf eine Beratungspflicht, die über eine von den Ländern sicherzustellende und zu prüfende Beratungsstelle vollzogen werden soll (§§ 4-5 und 6 Abs. 3 des Entwurfs) sowie schließlich auf eine verantwortliche und dokumentierte (§ 6 Abs. 5 des Entwurfs) Prüfung durch einen zum Beispiel Natrium-Pentobarbital verschreibenden Arzt, der nicht zugleich die Beratung vollzogen haben darf (sog. Vier-Augen-Prinzip⁵⁴). Auch hier werden ausgeprägte Aufklärungsinhalte vorgeschrieben (§§ 4 und 6 Abs. 2 S. 3). Es sind mehrere Kommunikationsprozesse erforderlich, in denen sich der Lebenswille erneuern könnte und Indizien für eine mangelnde Eigenverantwortlichkeit zeigen könnten.

Zumal das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung keine Tendenzen hat erkennen lassen, ein sog. Untermaßverbot bei den notwendigen Darlegungs- und Prüfungsanforderungen auszuprägen, wird man auch dieses nicht mit Strafdrohungen arbeitende Konzept durchaus als zulässige moderate Form der weich-paternalistischen Hürden ansehen dürfen. Sowohl bei den Aufklärungsinhalten als auch bei den Anforderungen an die Freiverantwortlichkeit fällt es nicht hinter die Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts zurück. Allerdings geht der Entwurf vergleichsweise großzügig vor: Zum einen wird die tatsächliche Einhaltung der aufgestellten Anforderungen an keiner Stelle über Sanktionsvorschriften mit Nachdruck versehen. Zum anderen verlangt der Entwurf den sich ggf. aufdrängenden Bedarf, zusätzliche Untersuchungen durchzuführen, nicht unabhängig vom Willen des Beratenen.⁵⁵ Der Entwurf sieht aber eine Rechtsverordnung vor, die weitere Details regeln kann (siehe § 6 Abs. 6 des Entwurfs). Überdies ist nicht zu verkennen, dass schon die vorgeschlagenen Kommunikationsobliegenheiten für den Betroffenen, der sich fremden Personen öffnen muss, sehr belastend sind.

3. Entwurf Künast/Scheer

Einen im Vergleich mit den bisher behandelten Entwürfen mittleren Ansatz sieht der Entwurf von Künast/Scheer vor:

- Hier wird zunächst für medizinische Notlagen gemäß § 3 des Entwurfs eine schriftliche Erklärung des Sterbewilligen und eine doppelte Prüfung der an das Bundesverfassungsgericht angelehnten Freiverantwortlichkeitskriterien vorausgesetzt. Zwei verschiedene Ärzte müssen demnach nach einem Vier-Augen-Prinzip in einem Regelabstand von zwei Wochen die Prü-

⁵⁴ So auch bezeichnet in BT/Drs. 20/2332, S. 14.

⁵⁵ Siehe allerdings § 4 Abs. 2 Nr. 6 und Abs. 6 des Entwurfs, wonach im Einvernehmen insbesondere eine erforderliche ärztliche oder fachärztliche Expertise schon zur Beratung herbeizuziehen ist. Zudem sind verbleibende, durch hinzugezogene Untersuchungen nicht ausgeräumte Zweifel gemäß § 4 Abs. 7 S. 2 des Entwurfs zu dokumentieren. Indes muss der Beratene einen aus seiner Sicht gescheiterten, zu kritischen Beratungsnachweis nicht zwingend weitergeben. Er kann sich neu beraten lassen.

fung vornehmen.⁵⁶ Bei geringen Zweifeln muss ein weiteres offenbar psychiatrisches Fachgutachten eingeholt werden. Vorgesehen sind insbesondere Aufklärungen über alle fallspezifischen palliativen Alternativen und über die Wirkungsweise des Betäubungsmittels. Alle Schritte sind zu dokumentieren; die Verschreibung ist anzuzeigen (§ 3 Abs. 2 des Entwurfs).

- Für einen anders gearteten, allgemeinen Sterbewunsch ist nach den §§ 4 f. des Entwurfs eine Freigabeentscheidung durch eine staatlich zugelassene nicht kommerzielle Stelle nach zweifacher Beratung durch eine unabhängige Beratungsstelle mit einer Wartefrist vorgesehen. Hier ist ein Vier-Augen-Prinzip durch die Beratung und die entscheidende, die Verantwortung übernehmende Stelle angedacht. Materiell gelten wieder die vom Bundesverfassungsgericht anerkannten Anforderungen.

Abrundend kommen einzelne abstützende Sanktionsvorschriften hinzu, die sich vor allem auf den allgemeinen Zugangsweg zu einer BtM-Freigabe beziehen.

Auch diesem Ansatz wird man zusprechen können, dass er kein Untermaßverbot verletzt. Gleichwohl könnte man näher klären, wie die medizinische Beurteilungskompetenz im allgemeinen Weg zu sichern wäre. Insoweit hätte es nahe gelegen, die Pflicht, bei Indizien für eine ausschlaggebende psychische Erkrankung eine nähere psychiatrische Untersuchung als Grundlage der Entscheidung vorzusehen, explizit gesetzlich zu regeln. Gleichwohl liegt es auch nahe, dass die der staatlichen Stelle zukommende Verantwortung aus Sicht der Abgeordneten selbstredend dazu führen dürfte, im Zweifelsfall eine fachärztliche Prüfung einzuleiten.

IV. Suizidassistentenorganisationen – Gewährenlassen oder Kontrollieren

Eine weitere Grundfrage, die das Parlament zu entscheiden hat, liegt darin, ob Sterbehilfeorganisationen allenfalls im Umfang einer Ausnahmeregelung zu dulden sind – so der Entwurf Castellucci/Heveling⁵⁷ – oder durch eine staatliche Regelung, Zulassung und Aufsicht zu administrieren sind – so die Entwürfe Helling-Plahr/Sitte⁵⁸ und Künast/Scheer⁵⁹.

Mit der Regelung von Sterbehilfe- bzw. präziser Suizidassistentenorganisationen ist offenbar die Sorge verbunden, mit einem staatlichen „Gütesiegel“ die Entscheidung für Suizide zu fördern. Die Regelung erscheint manchen als positiver Beitrag zugunsten einer Suizidinfrastruktur, die gesellschaftlich verheerend wäre und verfassungsrechtlich gar nicht geboten sei.⁶⁰

⁵⁶ Hierbei verdeutlicht der Entwurf, dass der zweite, unabhängig hinzutretende Arzt eine tatsächliche Überprüfung der Fakten leisten muss, BT/Drs. 20/2293, S. 13.

⁵⁷ In diesem Sinne BT/Drs. 20/904, S. 2 f., 9.

⁵⁸ BT/Drs. 2332, S. 2, 10 („organisierte Beratungsinfrastruktur“) und 13 f.

⁵⁹ BT/Drs. 20/2293, S. 2, 9 ff. und 13 f.

⁶⁰ In diese Richtung BT/Drs. 20/904, S. 10.

An diesen Bedenken ist zunächst plausibel, dass die Vorhaltung staatlicher oder staatlich anerkannter Stellen, die eine Freigabe von Suizidmitteln fördern oder vollziehen können, bestärkend oder motivierend wirken könnte. Gleiches ist allerdings für die Freigabe von Suizidmitteln durch die überdies traditionell besonderes Vertrauen genießende Ärzteschaft nicht zu verleugnen. Schon die Zulassung der Freigabe todbringender Betäubungsmittel durch das staatliche Recht kann motivierend wirken. Es kommt hinzu, dass eine erneut auf jede Vermeidung von Suizidwünschen ausgerichtete staatliche Regelungsmaxime mit dem Recht auf einen selbstbestimmten Suizid unvereinbar ist. Es darf dem Staat um die Verhinderung unfreier Suizide und um ein Werben für die Optionen des Lebens gehen – eine vollständige Verhinderung eines jeden Suizidwunsches darf sich der Staat hingegen nicht mehr zum Ziel von belastenden Rechtsnormen setzen. Entscheidend muss nach alledem vielmehr sein, dass die Prüfungs- und Kommunikationsmaßstäbe der durch staatliches Recht zugelassenen Wege zur Suizidassistenz keine unangemessenen werbenden Effekte auslösen und die darzulegenden Voraussetzungen der freiverantwortlichen Entscheidung nach wie vor klar transportieren. Darauf zielen aber auch die beiden positiv regelnden Entwürfe ab.

Ferner ist richtig, dass das Bundesverfassungsgericht auch für selbstbestimmte Suizide keine Pflicht zu ihrer Förderung etabliert hat. Hieraus darf aber nicht die Berechtigung abgeleitet werden, die vom Bundesverfassungsgericht zugleich geforderte Freistellung von Angeboten, die zu einer sicheren und zumutbaren Suizidassistenz führen müssen, nur pro forma oder nicht hinreichend verlässlich zu gestalten. Zum einen dürfen keine strafbewehrten staatlichen Verbote aufgestellt werden, die absehbar wieder auf ein Totalverbot hinauslaufen können. Zum anderen genügt es zur Abmilderung der betäubungsmittelrechtlichen Verbote nicht, lediglich auf eine freiwillige Unterstützung durch die Ärzteschaft zu verweisen, die mangels einer Mitwirkungspflicht strukturell bedingt nur zufällig zu einer Unterstützung führen. Der Staat muss die von ihm aufgestellten Hürden für einen sicheren und zumutbaren Suizid so ausgestalten, dass sie sich regelhaft bewältigen lassen. Hier dürfte jedenfalls im Kontext des Betäubungsmittelrechts die Notwendigkeit bestehen, ein staatliches Angebot abzusichern, da eine hinreichend verbreitete ärztliche Unterstützung ungewiss bleibt.

Schließlich sprechen weitere Gründe dafür, Organisationen zu regeln, die Suizidassistenz leisten:

Auch im Fall der Neuschaffung des § 217 StGB nach dem Entwurf Castellucci/Heveling bliebe eine auf § 217 Abs. 2 StGB n.F. begrenzte organisierte Tätigkeit von Strafe frei – Suizidhilfeorganisationen dürften sich herausbilden.⁶¹ Vereinigungen, die sich auf § 217 Abs. 2 StGB-E beschränken, wären nicht verboten. Ihnen wäre zuzutrauen, dass gerade sie die im Fall des § 217 Abs. 2 StGB n.F. schwierige Suche nach einer nennenswerten Zahl an mithilfewilligen Fachpersonen bewältigen, die sich auch von den Unsicherheiten zum Maßstab des § 217 Abs. 2 StGB n.F. nicht durchgreifend abschre-

⁶¹ Der Entwurf sagt selbst, dass „die Inanspruchnahme der Hilfe auch geschäftsmäßig handelnder Personen oder Vereinigungen [zu] ermöglichen“ ist, BT/Drs. 20/904, S. 10.

cken lassen.⁶² Entsprechend dürften viele suizidgelegte Menschen, die ansonsten eher zufällig Angebote finden, zu einer solchen Sterbehilfeorganisation neigen, die gleichsam mit einer Kette an notwendigen Untersuchenden und Beratenden schon aufwarten kann. Frei von staatlichen Maßstäben könnten sich Einflüsse bilden und verstetigen, die auf die Förderung von Suiziden angelegt sind. Hier dürfte sich ein evidenten Bedarf zeigen, entstehende Organisationen einer Aufsicht zu unterstellen, die Fehlentwicklungen einer rechtzeitigen Überprüfung unterziehen kann. Der Entwurf Castellucci/Heveling lässt die Organisationen hingegen völlig unkontrolliert. Auch Daten zur resultierenden Praxis werden nicht erhoben. Jenseits eines konkreten Tatverdachts bestünde hier keine Handhabe, staatliche Prüfungen einzuleiten.

Ferner eröffnet eine nähere Regelung der Organisationen auch die von den Entwürfen Helling-Plahr/Sitte und Künast/Scheer genutzte Option, die Verfolgung kommerzieller Zwecke zu untersagen und dieses Verbot zu kontrollieren.⁶³ In dem lediglich eine fallbezogene Ausnahme regelnden Entwurf Castellucci/Heveling fehlt hingegen ein Verbot gewerbsmäßigen Vorgehens.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die vermeintlich kategorisch gebotene Vermeidung eines staatlichen Suizidbeitrages im Ergebnis dazu führt, die herausgebildeten Organisationen bis zu einem konkreten Tatverdacht der Abweichung von § 217 Abs. 2 StGB n.F. prinzipiell gewähren zu lassen. Hiermit würde das Parlament eine vermeidbare offene Flanke entstehen lassen.⁶⁴

V. (Un-)Gebremster Rückgriff auf die Ärzteschaft

Der Ärzteschaft kommt bei der Sterbebegleitung, soweit sie freiwillig zur Verfügung steht, angesichts der zu sichernden Freiverantwortlichkeit insbesondere zur Einordnung und Prüfung möglicher psychischer Erkrankungen sowie von palliativen Unterstützungen per se eine zentrale Funktion zu (siehe auch schon B. III. 3.).

Es ist jedoch bedenklich, die Verantwortung für die Suizidassistenz auch jenseits von Fällen eines primär medizinisch begründeten und damit im Kontext von Behandlungen stehenden Suizidwunsches strukturell der Ärzteschaft zuzuweisen.⁶⁵ Zum einen setzt das Problem der notwendigen Suizidassistenz zu einem Großteil gerade am *staatlichen* Verbot des Betäubungsmittelerwerbs an, das gezielte Freigabeentscheidungen Dritter erst nötig werden lässt.⁶⁶ Zum anderen ist der Arztberuf

⁶² Siehe zu den geschalteten, vernetzend wirkenden Anwälten hinsichtlich der Fachärzte Fn. 55.

⁶³ Siehe § 4 des Entwurfs Künast/Scheer und im Entwurf Helling-Plahr neben § 5 Abs. 2 Nr. 4 die entsprechende und naheliegend in der Folge genutzte Ermächtigung, rein auf Gewinnstreben angelegten, institutionalisierten Angeboten entgegenzutreten, in § 6 Abs. 6 des Entwurfs.

⁶⁴ Siehe mit weiteren Beispielen auch schon Gaede ZRP 2022, 73, 75 f.

⁶⁵ Siehe auch schon krit. die Hinweise der BÄK zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB, Deutsches Ärzteblatt 118 (2021), A1428, A1431.

⁶⁶ Fischer HRRS 2021, 24, 28 ff., 34; Huber/Ruf medstra 2021, 135, 138 ff. Das BVerfG selbst hat dies in BVerfGE 153, 182 – Rn. 341 allerdings noch vorsichtig adressiert, weil es für sich genommen über § 217 StGB zu befin-

auch medizinrechtlich primär der Bewahrung menschlichen Lebens verpflichtet.⁶⁷ Handlungen, die dem *Suizid als Selbstzweck dienen*, gehören nicht etwa, wie der Entwurf Castellucci/Heveling kurzerhand behauptet, zum „Kernbereich ärztlicher Tätigkeit“⁶⁸, nur weil den Ärzten etwa Aufklärungen oder Untersuchungen auch bei der *therapeutischen oder palliativen Tätigkeit* bereits vertraut sind. Jenseits behandlungsbedürftiger Erkrankungen gibt es keinen inneren Grund, eine abschließende, die Freigabe erteilende Entscheidung allein durch Ärztinnen und Ärzte vorzusehen. In diesem Sinne sind die Entwürfe Helling-Plahr/Sitte und Castellucci/Heveling kritisch zu beurteilen: Sie erhoffen sich allein von der individuell betrachtet gar nicht zur Hilfe verpflichteten Ärzteschaft die Auflösung des staatlich geschaffenen Konflikts mit dem Recht auf einen selbstbestimmten Suizid. Etwa nach § 6 Abs. 1 des Entwurfs Helling-Plahr/Sitte dürften und müssten allein Ärztinnen und Ärzte selbst bei einem fehlenden Krankheitskontext die Verantwortung übernehmen.⁶⁹

Der differenzierende Ansatz des Entwurfs Künast/Scheer erkennt hingegen an, dass es grundsätzlich *nicht* um eine originär der Ärzteschaft zuzuschreibende Problematik geht. Der Entwurf sieht einen besonderen Weg vor, wenn der Todeswunsch auf einer medizinischen Notlage beruht. Im Übrigen steht jedoch ein Verfahren zur Verfügung, das die Freigabe der Betäubungsmittel in die Hände einer staatlichen Behörde legen soll – diese staatliche Behörde soll das staatliche Verbot zurücknehmen. Mit diesem differenzierenden Ansatz vermeidet der Entwurf besser als andere, dass freiverantwortliche Personen ggf. erfolglos von Praxis zu Praxis laufen, um ein geeignetes und sicheres Betäubungsmittel zur Durchführung eines zumutbaren Suizides zu erlangen. Und auch die Ärzteschaft dürfte nicht gleichermaßen unter einen schleichenden Druck geraten, die *abstrakt* noch geachtete individuelle Entscheidungshoheit über die eigene Suizidförderung nach und nach aufzugeben. Zu diesem Druck dürfte es anderenfalls kommen, wenn nach der Rechtslage allein die Ärzteschaft das gesellschaftliche Bedürfnis zur Vermeidung von Brutalsuiziden befriedigen könnte.

Anzumerken ist allerdings, dass der die Differenzierung tragende Begriff der „medizinischen Notlage“ im Entwurf kaum konkretisiert wird. Insoweit ist offenbar an eine voranschreitende schwere letale Erkrankung gedacht, deren weitere Schritte der Patient nicht abwarten will. Darüber hinaus dürfte die Anwendbarkeit erst sukzessive geklärt werden können. Mangels einer Einrahmung in einer Strafnorm dürfte der typisierende Ansatz aber tolerabel sein – anders als im Fall des Entwurfs Castellucci/Heveling hängt keine allgemeine Sanktionierung gerade an der Auslegung des Begriffs der medizi-

den hatte. Letztlich lässt sich aber nicht bestreiten, dass das BtMG eine naheliegende effektive und sichere Möglichkeit zur Selbsttötung versagt und damit in die anerkannte Freiheit auf Selbsttötung eingreift.

⁶⁷ Siehe nur für das Berufsrecht die Präambel und § 1 Abs. 2 der Musterberufsordnung Ärzte.

⁶⁸ So aber BT/Drs. 20/904, S. 13.

⁶⁹ Dass wiederum die Ärzteschaft plötzlich schematisch die Hand zur Durchführung von Suiziden reichen würde, wenn man ihr nicht allein die Verantwortung aufbürdet, wie *Frister* (Fn. 3), S. 96 annimmt, erscheint angesichts des Gegenstandes doch als eher fernliegende Annahme. Entsprechende Überlegungen könnten jedem Ansatz vorgehalten werden, der auf mehrere konstitutive Prüfungen und Voten (Vier-Augen-Prinzip) setzt.

nischen Notlage. Immerhin wirkt präzisierend, dass „schwere Leiden“ und eine aktuelle ärztliche Behandlung gefordert werden. Im Übrigen ist es nachvollziehbar, dem von einem Vier-Augen-Prinzip eingehetzten Beurteilungsspielraum der Medizin begrifflich Raum zu geben.

Hinterfragen könnte man ferner, ob die „medizinische Notlage“ nicht zu eng sein könnte. Zum Beispiel wäre kaum eine Konstellation erfasst, in der ein langjährig von einem Arzt betreuter, chronisch erkrankter Patient ohne eine lebensbedrohliche Erkrankung etwa nach dem Verlust der Partnerin die Unterstützung seines Arztes sucht. Es ist jedoch überzeugend, in solchen oder ähnlichen Situationen, in denen der Todeswunsch nicht allein medizinisch geprägt wird, keine entscheidende Rolle der Ärzteschaft vorzusehen. Ohne eine akutere medizinische Begründung dürften andere Erwägungen ausschlaggebend sein und die Zuordnung zu einem allgemeinen, ggf. längeren Verfahren rechtfertigen. Insoweit reicht es aus, wie vom Entwurf in § 5 Abs. 2 vorgesehen, die Einschaltung des Vertrauens genießenden Arztes in die Durchführung der unterstützten Selbsttötung zu gestatten.



Stellungnahme

**des Deutschen Anwaltvereins durch
den Ausschuss Strafrecht unter Mitwirkung
des Ausschusses Medizinrecht**

**zum fraktionsübergreifenden Gesetzesentwurf
zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur
Selbsttötung und zur Sicherstellung der
Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur
Selbsttötung (BT-Drs. 20/904)**

Stellungnahme Nr.: 22/2022

Berlin, im Mai 2022

Mitglieder des Ausschusses Strafrecht

- RA Dr. Rainer Spatscheck, München (Vorsitzender)
- RA Stefan Conen, Berlin
- RAin Dr. Gina Greeve, Frankfurt a.M. (Berichterstatte(r)in)
- RA Prof. Dr. Stefan Kirsch, Frankfurt a.M.
- RAin Dr. Jenny Lederer, Essen
- RA Prof. Dr. Bernd Müssig, Bonn
- RA Prof. Dr. Ali B. Norouzi, Berlin
- RAin Dr. Anna Oehmichen, Mainz
- RAin Gül Pinar, Hamburg
- RA Michael Rosenthal, Karlsruhe
- RA Martin Rubbert, Berlin
- RAin Dr. Heide Sandkuhl, Potsdam

Zuständig in der DAV-Geschäftsstelle für den Strafrechtsausschuss

- RAin Tanja Brexl, Geschäftsführerin
- RAin Evelyn Westhoff, Referentin

Deutscher Anwaltverein

Littenstraße 11, 10179 Berlin
Tel.: +49 30 726152-0
Fax: +49 30 726152-190
E-Mail: dav@anwaltverein.de

Büro Brüssel

Rue Joseph II 40, Boîte 7B
1000 Brüssel, Belgien
Tel.: +32 2 28028-12
Fax: +32 2 28028-13
E-Mail: bruessel@eu.anwaltverein.de
EU-Transparenz-Registernummer:
87980341522-66

www.anwaltverein.de

Mitglieder des Ausschusses Medizinrecht

- RA Dr. jur. Rudolf Ratzel, München (Vorsitzender)
- RAin Dr. Ulrike Brucklacher, Reutlingen
- RAuN Prof. Dr. Franz-Josef Dahm, Essen
- RAin Anke Harney, Ibbenbüren
- RA Reinhold Preißler, Fürth
- RAin Dr. Kerrin Schillhorn, M.I.L., Köln
- RA Arno Schubach, Frankfurt am Main
- RA Prof. Dr. iur. Michael Tsambikakis, Köln

Zuständig in der DAV-Geschäftsstelle für den Medizinrechtsausschuss

- RAin Nicole Narewski, Geschäftsführerin

Verteiler

- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesministerium des Innern
- Rechts- und Verbraucherschutzausschuss, Innenausschuss des Deutschen Bundestages
- Vorsitzenden des Rechts- und Verbraucherschutzausschusses des Deutschen Bundestages
- Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages
- Vorsitzenden des Innenausschusses des Deutschen Bundesrates
- Landesjustizministerien
- Rechts- und Innenausschüsse der Landtage
- Bundesgerichtshof
- Bundesanwaltschaft
- AfD-Fraktion im Deutschen Bundestag
- CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestages
- FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag
- Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Deutschen Bundestag
- Fraktion Die Linke im Deutschen Bundestag
- SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag

- Vorstand des Deutschen Anwaltvereins
- Landesverbände des Deutschen Anwaltvereins
- Vorsitzende der Gesetzgebungsausschüsse des Deutschen Anwaltvereins
- Strafrechtsausschuss des Deutschen Anwaltvereins
- Geschäftsführender Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Strafrecht des Deutschen Anwaltvereins
- Strafrechtsausschuss der Bundesrechtsanwaltskammer
- Vorsitzende des Strafrechtsausschusses des KAV, BAV
- Vorsitzende des FORUM Junge Anwaltschaft des DAV
- Deutscher Strafverteidiger e. V.
- Regionale Strafverteidigervereinigungen
- Organisationsbüro der Strafverteidigervereinigungen und –initiativen
- Bundesärztekammer
- Arbeitskreise Recht der im Bundestag vertretenen Parteien
- Deutscher Richterbund
- Bund Deutscher Kriminalbeamter
- Strafverteidiger-Forum (StraFo)
- Neue Zeitschrift für Strafrecht, NStZ
- Strafverteidiger
- Juris
- KriPoZ Kriminalpolitische Zeitschrift
- Prof. Dr. Jürgen Wolter, Universität Mannheim
- ver.di, Bereich Recht und Rechtspolitik

- Deutscher Juristentag (Präsident und Generalsekretär)
- Prof. Dr. Schöch, LMU München
- NJW
- MedizinRecht.de
- Gesundheitsrecht (Zeitschrift von Otto Schmidt)
- MedR – Medizinrecht
- Bundesverband der Freien Berufe
- Deutscher Ethikrat
- Deutscher Richterbund
- Deutscher Steuerberaterverband
- Bundesnotarkammer
- Deutscher Juristinnenbund
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Deutscher Ärztinnenbund
- Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände (BDÄ)
- Hartmannbund Verband der Ärzte Deutschlands e. V.
- Deutscher Kassenarztverband e. V.
- Bundesverband der Knappschaftsärzte e. V.
- Marburger Bund
- ver.di Bundesverwaltung, Fachbereich Bund und Länder, Richterinnen und Richter, Staatsanwältinnen und Staatsanwälte
- Redaktion JUVE
- Redaktion Legal Tribune Online / LTO

Der Deutsche Anwaltverein (DAV) ist der freiwillige Zusammenschluss der deutschen Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte. Der DAV versammelt mehr als 61.000 Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte sowie Anwaltsnotarinnen und Anwaltsnotare, die in 253 lokalen Anwaltvereinen im In- und Ausland organisiert sind. Er vertritt die Interessen der deutschen Anwaltschaft auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene. Der DAV ist im Lobbyregister für die Interessenvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung zur Registernummer R000952 eingetragen.

A. Zum Gesetzesentwurf

Der Gesetzesentwurf sieht vor, die in der Fassung des Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2177) enthaltene **Strafvorschrift** des § 217 Abs. 1 StGB **beizubehalten** und durch Ergänzungen in § 217 Abs. 2 StGB – mit Blick auf den Schutz der Selbstbestimmung – eine Ausnahmeregelung für den Fall einer freiverantwortlichen Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens aufzunehmen. In § 217 Abs. 3 StGB-E ist ein Strafausschluss für Angehörige und nahestehende Personen vorgesehen – **inhaltsgleich** der Regelung des § 217 Abs. 2 StGB in der Fassung vom 3. Dezember 2015. Darüber hinaus soll mit einem neuen § 217a StGB die Werbung für die Förderung der Selbsttötung unter Strafe gestellt werden.

Der Deutsche Anwaltverein hat bereits durch den Strafrechtsausschuss und den Verfassungsrechtsausschuss umfassend gegenüber dem Bundesverfassungsgericht zu den Verfassungsbeschwerden gegen die gesetzliche Regelung des § 217 StGB in der Fassung des Gesetzes vom 3. Dezember 2015 Stellung genommen (siehe Anlage - Stellungnahme des Deutschen Anwaltvereins von August 2017, Nr. 48/17). Es wird insoweit umfänglich auf die bereits vorliegende Stellungnahme Bezug genommen. Vor diesem Hintergrund sind im Nachfolgenden daher erneut grundsätzliche Aspekte angeführt, die nach Auffassung des Deutschen Anwaltvereins – nach wie vor – einer strafrechtlichen Regelung entgegenstehen.

B. Zu § 217 StGB-E

I. Ultima-ratio-Prinzip

Die bereits erhobenen Bedenken gegen eine Strafandrohung können auch mit dem nun vorliegenden Gesetzesentwurf nicht ausgeräumt werden. Wie bereits ausführlich dargelegt, hat das Strafrecht die Aufgabe des subsidiären Rechtsgüterschutzes. Ultima-ratio-Prinzip und das Erfordernis eines legitimen Rechtsgutes, das mithilfe des Strafrechts geschützt werden soll, hängen eng miteinander zusammen, sind aber auch zwei gesondert voneinander zu prüfende Voraussetzungen: Das Gesetz muss zum einen dem Schutz eines legitimen Rechtsguts dienen, es darf zum anderen kein weniger eingriffsintensives Mittel zur Erreichung eines effizienten Rechtsgüterschutzes z. B. durch zivil- oder verwaltungsrechtliche Regelungen geben.

Insbesondere in Ermangelung nach wie vor gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse, inwieweit die geschäftsmäßige Förderung tatsächlich die Suizidrate beeinflussen kann bzw. überhaupt **kausal** zu vermehrten Suiziden führt, ist nach wie vor ein Strafbedürfnis für die geschäftsmäßige Förderung der straflosen Selbsttötung nicht erkennbar und nicht begründet.

Hervorzuheben ist, dass gerade auch im Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP ausdrücklich angeführt ist, dass das Strafrecht immer nur Ultima Ratio ist. Gemäß Koalitionsvertrag soll sich die Kriminalpolitik an Evidenz und der Evaluation bisheriger Gesetzgebung im Austausch mit Wissenschaft und Praxis orientieren und das Strafrecht systematisch auf Handhabbarkeit, Berechtigung und Wertungswidersprüche geprüft werden. (Siehe Koalitionsvertrag 2021-2025 unter IV. (Justiz), S. 107). Der vorliegende Gesetzesentwurf entspricht nicht diesen Vorgaben.

Nach wie vor ist noch nicht einmal das Vorliegen einer abstrakten Gefahr unüberlegter oder gar unfreiwilliger Selbsttötungen bzw. hierauf bezogener Beeinflussungen durch „geschäftsmäßig Handelnde“ plausibel dargelegt. Der pauschale Hinweis auf Missbrauchsgefahren und Gefährdungen für die autonome Selbstbestimmung ersetzt kein erforderliches und belastbares bzw. aussagefähiges Datenmaterial – vor allem mit Blick auf die **Ursächlichkeit** für Selbsttötungen.

Aus Sicht des Deutschen Anwaltvereins reichen daher nach wie vor allgemeine Überlegungen, wonach es zu unzulässigen Beeinflussungen durch das Angebot geschäftsmäßiger Sterbehelfer kommen könnte, insgesamt nicht aus, eine Gefahr für das Rechtsgut des Selbstbestimmungsrechts festzustellen. Die reine Möglichkeit, dass gewerbsmäßige Sterbehilfe den Sterbewunsch eines Menschen erst hervorrufen oder ihn intensivieren könnte, ist im Sinne der Rechtsgutslehre und des Ultima-ratio-Prinzips nicht ausreichend, um hierauf mit einer **strafrechtlichen Regelung** zu reagieren.

Es steht nach wie vor erheblich in Frage, ob ein Strafbedürfnis der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung angenommen werden kann und ob deshalb die strafrechtliche Sanktion das erforderliche Mittel zur Normierung der geschäftlichen Förderung der (straflosen, freiwilligen und selbstbestimmten) Selbsttötung ist.

Vor allem gibt es mildere und besser geeignete Instrumente als die Strafandrohung. Der „moralisch verwerflichen“ Beihilfe zum Suizid kann ohne Weiteres mit Mitteln des Polizei- und Verwaltungsrechts bzw. Berufsrechts beigegeben werden. Um der Gefahr eines Missbrauchs – vor allem vor dem Hintergrund einer reinen Kommerzialisierung – frühzeitig entgegenzutreten, können außerhalb des Anwendungsbereichs des Strafrechts Regelungen getroffen werden, die strenge Anforderungen mit Blick auf Zulassung und Überprüfung der in diesem Bereich Tätigen umfassen, mithin u. a. auch ein ausdrückliches Werbeverbot vorsehen. Damit wäre auch Transparenz und Kontrolle der Tätigkeiten gewährleistet. (Siehe hierzu z.B. den Gesetzentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Karl Lauterbach, Dr. Petra Sitte, Swen Schulz und Otto Fricke – 19. Wahlperiode sowie zu weiteren Gesetzesentwürfen die Stellungnahme des Deutschen Anwaltvereins durch den Ausschuss Medizinrecht von März 2021, Nr. 26/21)

II. Zur Deliktsstruktur des § 217 Abs. 1 StGB-E

§ 217 Abs. 1 StGB-E soll gemäß Gesetzesentwurf erneut ein **Gefährdungsdelikt** sein, welches eine **zur Täterschaft verselbständigte Unterstützungshandlung** unter Strafe stellt, die allerdings bereits **im Vorfeld des Versuchs der (straflosen) Haupttat** (Selbsttötung) greift. Die Deliktsstruktur des § 217 Abs. 1 StGB-E weist daher eine

Parallele zu § 30 StGB auf (Versuch der Beteiligung), allerdings im Gegensatz zu § 30 StGB mit der Besonderheit, dass sich im Anwendungsbereich des § 217 Abs. 1 StGB-E der „Versuch der Beteiligung“ auf eine **straflose** (Haupt)Tat bezieht. Die Inkriminierung dieser Teilnahmehandlung – nämlich an einer **nicht** rechtswidrigen Haupttat – ist ein systemwidriger Fremdkörper im Beteiligungsrecht des StGB und widerspricht dem Gedanken der Akzessorietät (siehe hierzu bereits Stellungnahme des Strafrechtsausschusses des DAV von August 2017, Nr. 48/17 mwN).

Auch wenn nur die **geschäftsmäßige** Unterstützung unter Strafe gestellt sein soll, bleibt – nach wie vor – schon grundsätzlich nicht überzeugend begründet, weshalb eine legale Handlung durch bloße Wiederholung (bzw. Wiederholungsabsicht) zu strafwürdigem Unrecht werden sollte.

III. Zu § 217 Abs. 3 StGB-E

§ 217 Abs. 3 StGB-E lautet – identisch mit der Regelung des § 217 Abs. 2 StGB in der Fassung vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2177) -:

„Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder ihm nahesteht.“

In Bezug auf das Merkmal der „**oder diesem nahesteht**“ ist - nach wie vor - völlig unklar, wer im Einzelnen davon erfasst sein kann. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ergibt sich aus Art. 103 Abs. 2 GG, dass der Gesetzgeber Straftatbestände so konkret zu umschreiben hat, dass die Tragweite und der Anwendungsbereich des Straftatbestands zu erkennen und durch Auslegung zu ermitteln ist.¹ Dabei sind die Besonderheiten des jeweiligen Straftatbestands sowie auch der Kreis der Normadressaten zu berücksichtigen.² Tatbestände müssen also derart formuliert und ausgestaltet sein, dass ein Normadressat vorab erkennen kann, welches Verhalten erlaubt und welches verboten ist. Diesen Anforderungen genügt die Formulierung „*oder ihm nahesteht*“ (im Folgenden auch „*nahestehende Person*“) in

¹ BVerfG, Beschluss vom 21. September 2016 - 2 BvL 1/15, Rn. 38 m. w. N.

² BVerfG, Beschluss vom 23. Juni 2010 - 2 BvR 2559/08 u.a., Rn. 74 m. w. N.

§ 217 Abs. 3 StGB-E nicht. Festzustellen bleibt, dass der Begriff „*nahestehende Personen*“ im Kontext des § 217 StGB-E unbestimmt und somit unvereinbar mit Art. 103 Abs. 2 GG ist. Der Begriff ist weder umgangssprachlich eindeutig festgelegt, noch lässt er sich anhand des Begriffs „Angehörige“ konkretisieren, so dass ein Normadressat nicht hinreichend erkennen kann, ob sein Verhalten strafbar oder straflos ist. (Siehe hierzu bereits umfassend Stellungnahme des Deutschen Anwaltvereins von August 2017, Nr. 48/17)

C. Zusammenfassung

Der Strafrechtsausschuss befürwortet mit Blick auf die Suizidhilfe außerhalb des Strafrechts liegende Regelungen. Auch mit dem nun vorliegenden Gesetzesentwurf können die bereits umfänglich vorgebrachten Bedenken nicht beseitigt werden und entsprechen nicht dem Ultima-ratio-Prinzip, welches zu beachten ist und das im Koalitionsvertrag für das Strafrecht ausdrücklich hervorgehoben wird.



Stellungnahme

**des Deutschen Anwaltvereins
durch den Strafrechtsausschuss und
den Verfassungsrechtsausschuss**

**gegenüber dem Bundesverfassungsgericht
zu den Verfassungsbeschwerden gegen die ge-
setzliche Regelung des § 217 StGB in der
Fassung des Gesetzes vom 3. Dezember 2015
(BGBl. I S. 2177) über die Strafbarkeit der
geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung**

**– 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16,
2 BvR 1494/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1624/16,
2 BvR 1807/16, 2 BvR 2354/16 –**

Stellungnahme Nr.: 48/2017

Berlin, im August 2017

Mitglieder des Strafrechtsausschusses

Mitgewirkt haben:

- Rechtsanwalt Dr. Rainer Spatscheck, München (Vorsitzender)
- Rechtsanwältin Dr. Margarete Gräfin von Galen, Berlin
- Rechtsanwältin Dr. Gina Greeve, Frankfurt

Zuständig in der DAV-Geschäftsführung

- Rechtsanwältin Tanja Brexl

Mitglieder des Verfassungsrechtsausschusses

Mitgewirkt haben:

- Rechtsanwältin Mechtild Düsing, Münster
- Rechtsanwalt Dr. Sebastian Schmuck, Leipzig
- Rechtsanwältin Dr. Inga Schwertner, Köln (Koordinierung)
- Rechtsanwalt Stefan von Raumer, Berlin
-

Zuständig in der DAV-Geschäftsführung

- Rechtsanwalt Dr. Nicolas Lührig, Berlin

Deutscher Anwaltverein
Littenstraße 11, 10179 Berlin
Tel.: +49 30 726152-0
Fax: +49 30 726152-190
E-Mail: dav@anwaltverein.de

Büro Brüssel
Rue Joseph II 40
1000 Brüssel, Belgien
Tel.: +32 2 28028-12
Fax: +32 2 28028-13
E-Mail: bruessel@eu.anwaltverein.de
Transparenz-Registernummer:
87980341522-66

www.anwaltverein.de

Verteiler

- Bundesverfassungsgericht
- An die Mitglieder des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
- An die Justizministerien und Justizverwaltungen der Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland
- Bundesrechtsanwaltskammer
- Strafrechtsausschuss der Bundesrechtsanwaltskammer
- Bundesministerium des Innern
- Vorsitzenden des Innenausschusses des Deutschen Bundestages
- Landesjustizministerien
- Rechts- und Innenausschüsse der Landtage
- Bundesgerichtshof
- Bundesanwaltschaft
- Geschäftsführender Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Strafrecht des Deutschen Anwaltvereins
- Vorsitzende des Strafrechtsausschusses des KAV, BAV
- Deutscher Strafverteidiger e. V.
- Regionale Strafverteidigervereinigungen
- Organisationsbüro der Strafverteidigervereinigungen und -initiativen
- Arbeitskreise Recht der im Bundestag vertretenen Parteien
- Deutscher Richterbund
- Bund Deutscher Kriminalbeamter
- Strafverteidiger-Forum (StraFo)
- Neue Zeitschrift für Strafrecht, NStZ
- Strafverteidiger
- Prof. Dr. Jürgen Wolter, Universität Mannheim
- ver.di, Bereich Recht und Rechtspolitik
- Deutscher Juristentag (Präsident und Generalsekretär)
- Deutscher Juristinnenbund e. V.
- Prof. Dr. Schöch, LMU München

- An die Mitglieder des Vorstandes des Deutschen Anwaltvereins
- An die Vorsitzenden der Landesverbände des Deutschen Anwaltvereins
- An die Vorsitzenden der Gesetzgebungsausschüsse des Deutschen Anwaltvereins
- Forum Junge Anwaltschaft
- Redaktion NJW

Der Deutsche Anwaltverein (DAV) ist der freiwillige Zusammenschluss der deutschen Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte. Der DAV mit derzeit ca. 65.000 Mitgliedern vertritt die Interessen der deutschen Anwaltschaft auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene.

A. Zusammenfassung

Der Deutsche Anwaltverein hält die Verfassungsbeschwerden für begründet. Die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung nach § 217 StGB verstößt gegen Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG und verletzt das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Personen.

Außerdem greift die Vorschrift ungerechtfertigt in die durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Berufsfreiheit von Ärzten, die im Bereich der Palliativmedizin tätig sind und Suizidwillige beraten bzw. für diese gutachterlich tätig sind, ein. Diesen Ärzten wird durch die in § 217 StGB angeordnete Strafbarkeit der **geschäftsmäßigen** Förderung der Selbsttötung die Möglichkeit genommen, Patientinnen und Patienten sachkundige Hilfe bei der Umsetzung deren selbstbestimmten Beschlusses zur Lebensbeendigung zu gewähren.

Der § 217 StGB verstößt gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und mit § 217 Abs. 2 StGB gegen das Bestimmtheitsgebot. Es bestehen bereits erhebliche Zweifel am Vorliegen eines legitimen Ziels und der Geeignetheit der Strafnorm. Jedenfalls aber bestehen eine Reihe denkbarer milderer gleich effektiver Mittel zur Sicherung des Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen, sodass die Strafnorm in ihrer gegenwärtigen Form nicht erforderlich ist.

B. Vorbemerkungen

Gegenstand des Verfahrens sind mehrere zusammengefasste Verfassungsbeschwerden, die sich unmittelbar gegen den § 217 StGB, die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, wenden und diesen aus mehreren unterschiedlichen Gründen für verfassungswidrig halten.

Beschwerdeführer sind neben einzelnen Ärzten der Verein Sterbehilfe e.V. sowie einzelne Vereinsmitglieder, der Verein Dignitas in der Schweiz und der Verein Dignitas in Deutschland sowie Vorstandsmitglieder des Vereins Dignitas und eine Sachbearbeiterin und ein Anwalt, die jeweils in der Vergangenheit für den Verein tätig waren.

Bei den Beschwerdeführern, die Vereinsmitglieder sind, handelt es sich um solche Personen, die bereits von den entsprechenden Vereinen eine Zusage zur Suizidbegleitung erhalten hatten und diese nun nicht mehr in Anspruch nehmen können, da sich die Vereine sonst dem Strafbarkeitsrisiko des § 217 StGB aussetzen würden. Sie berufen sich insbesondere auf ihr aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht abgeleitetes Selbstbestimmungsrecht. Die Vereine rügen die Verletzung des Art. 9 GG und Art. 2 Abs. 1 GG jeweils in Verbindung mit Art. 19 Abs. 3 GG.

Zum Teil handelt es sich bei den Beschwerdeführern um Ärzte, die in unterschiedlicher Weise im Rahmen der Förderung der Selbsttötung tätig waren bzw. sind, indem sie etwa Gutachten zur Willensfähigkeit der Suizidwünschenden erstellt haben oder nach Verschaffung entsprechender Medikamente bzw. allgemein nach Möglichkeiten des begleiteten Suizids gefragt wurden. Es handelt sich auch um Ärzte, die als Palliativmediziner tätig sind.

Die Regelung des § 217 Abs. 1 StGB soll nicht nur einer Kommerzialisierung, sondern darüber hinaus auch der von (nicht kommerziellen) Eigeninteressen geleiteten Suizidbeihilfe entgegenwirken. § 217 Abs. 1 StGB stellt daher rein die **Geschäftsmäßigkeit** (der Förderung der **straflosen** Selbsttötung) unter Strafe. Der Gesetzgeber nimmt an, dass die Kommerzialisierung bzw. Geschäftsmäßigkeit eine qualitative Änderung in der Praxis der Sterbehilfe darstellen könne. Befürchtet wird, dass die Hilfe zum Suizid als eine normale Dienstleistung angesehen werde und sich Menschen dadurch zur Selbsttötung verleiten ließen. Der grundsätzlich darin gesehenen Gefahr für das Leben suizidgeneigter Menschen soll durch ein strafrechtliches Verbot der Geschäftsmäßigkeit der Förderung der Selbsttötung entgegengewirkt werden. Befürchtet wird vor allem, dass sich vermehrt alte und/oder schwer kranke Personen zur Selbsttötung verleiten lassen und einem Erwartungsdruck

unterliegen, die eigene Familie oder die Gesellschaft als Ganzes von der Last ihres eigenen Lebens zu befreien.¹

Schon in der Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung (Stand: 18.07.2012) war eingeräumt worden, es fehle an gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen, ob gerade die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung die Suizidrate beeinflussen könne.² In der Folgezeit hat sich der Gesetzgeber darauf berufen, dass die Zahl der geschäftsmäßigen assistierten Suizide in Deutschland „nach allen bekannten Daten“ zunehme;³ verwiesen wird auf Medienberichte, die seit 2011 über organisierte Suizidbegleitung informieren.⁴

Dem Bundesverfassungsgericht liegen bereits zahlreiche Stellungnahmen zu den Verfassungsbeschwerden vor, die sich mit der Zulässigkeit sowie der Begründetheit der einzelnen Verfassungsbeschwerden befassen und zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Vor diesem Hintergrund wird der Deutsche Anwaltverein im Folgenden im Schwerpunkt zu Fragen des Rechtsgüterschutzes, des Ultima-ratio- und des Verhältnismäßigkeitsprinzips, des Bestimmtheitsgebots nach Art. 103 Abs. 2 GG sowie zum Eingriff in die Berufsfreiheit Stellung beziehen.

Wie bereits mit Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz zum Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung⁵ teilt der Deutsche Anwaltverein jedenfalls die grundlegende Sorge, dass Menschen in einer für sie ausweglosen Lage möglicherweise ausschließlichen oder zumindest vorrangigen kommerziellen/geschäftsmäßigen Interessen unumkehrbar unterliegen könnten.

1 Siehe BT-Drs. 18/5373, S. 8 sowie auch schon BT-Drs. 17/11126, S. 1, 6, 7.

2 BT-Drs. 17/11126, S. 5, 6.

3 BT-Drs. 18/537, S. 9.

4 BT-Drs. 18/5373, S. 9 – siehe hierzu auch die kritische Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages 2015, WD 3 – 3000 – 188/15, S. 6.

5 DAV-Stellungnahme Nr. 76/2012 vom Juli 2012 (Stand 18. Juli 2012), abrufbar unter <https://anwaltverein.de/de/newsroom>.

Zu respektieren ist aber ebenfalls das grundgesetzlich verankerte Selbstbestimmungsrecht des entscheidungsfähigen, frei verantwortlichen Betroffenen eines Selbsttötungswunsches. Vor allem ist zu berücksichtigen, dass das Selbstbestimmungsrecht jedenfalls dann nicht mehr ausgeübt werden kann und damit **inhaltslos** ist, wenn Betroffene keine Angehörigen oder sonst diesen gleichgestellten oder nahestehenden Personen (mehr) haben und sie damit auf niemand Dritten zurückgreifen können, der sie bei der Selbsttötung unterstützt.

Menschen mit Selbsttötungswunsch muss eine straflose, v. a. fachliche/professionelle (erfahrene) Hilfestellung in einer subjektiv empfundenen bzw. beurteilten ausweglosen Situation verbleiben.

Der Deutsche Anwaltverein hatte sich durch den Strafrechtsausschuss bereits mit DAV-Stellungnahme Nr. 76/2012 vom Juli 2012⁶ gegen eine Regelung im Anwendungsbereich des Strafrechts ausgesprochen.

Der Deutsche Anwaltverein ist der Auffassung, dass die Verfassungsbeschwerden begründet sind. Der § 217 StGB ist aus mehreren Gründen verfassungswidrig.

C. Zur Verfassungswidrigkeit der Norm

I. Zur gesetzlichen Regelung des § 217 StGB

Der Tatbestand der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung lautet:

„(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Abs. 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“

⁶ Abrufbar unter <https://anwaltverein.de/de/newsroom>.

Mit dem Tatbestand des § 217 Abs. 1 StGB wird jeder nicht gänzlich ungeeignete Beitrag im Vorfeld eines potentiellen Suizids kriminalisiert, sofern er geschäftsmäßig erfolgt. Unter Geschäftsmäßigkeit sind Tätigkeiten zu verstehen, die nachhaltig betrieben werden, also auf eine gewisse Dauer und Regelmäßigkeit angelegt sind. Erforderlich ist nicht die Erwerbs- oder Gewinnerzielungsabsicht des Suizidhelfers. § 217 Abs. 2 StGB nimmt (nur) Angehörige und nahestehende Personen, die selbst nicht geschäftsmäßig handeln, von einer Teilnahmestrafbarkeit aus.

§ 217 StGB ist ein **Gefährungsdelikt**, welches eine **zur Täterschaft verselbständigte Unterstützungshandlung** unter Strafe stellt, die allerdings bereits **im Vorfeld des Versuchs der (straflosen) Haupttat** (Selbsttötung) greift.⁷ Die Deliktsstruktur des § 217 StGB weist daher eine Parallele zu § 30 StGB auf (Versuch der Beteiligung), allerdings im Gegensatz zu § 30 StGB mit der Besonderheit, dass sich im Anwendungsbereich des § 217 StGB der „Versuch der Beteiligung“ auf eine **straflose** (Haupt)Tat bezieht. Die Inkriminierung dieser Teilnahmehandlung – nämlich an einer nicht rechtswidrigen Haupttat – wird zutreffend schon als systemwidriger Fremdkörper im Beteiligungsrecht des StGB kritisiert, die dem Gedanken der Akzessorietät widerspricht.⁸

II. Ultima-ratio-Prinzip und Rechtsgüterschutz

1. Verfassungsrang des Ultima-ratio-Prinzips

Der Deutsche Anwaltverein begrüßt es, wenn das Bundesverfassungsgericht die hier beanstandete Strafrechtsnorm auch unter dem Gesichtspunkt des Strafrechts als ultima ratio prüft, da sich aus Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG besondere Anforderungen an die Strafbewehrung einer Verhaltensnorm ergeben, weil Strafe den Wert- und Achtungsanspruch des Betroffenen berührt. Wie bereits und zuletzt mit Stellungnahme des Deutschen Anwaltvereins durch den Strafrechtsausschuss und den Verfassungsrechtsausschuss vom Februar 2016 angeführt,⁹ wäre es sehr

7 Siehe hierzu nur Fischer, StGB, 64. Aufl., 2017.

8 Siehe hierzu nur Hoven, ZIS 1/2016, S. 1, 7 m. w. N.

9 DAV-Stellungnahme Nr. 8/2016, abrufbar unter <https://anwaltverein.de/de/newsroom>.

begrüßenswert, dem Ultima-ratio-Prinzip bezogen auf die Legitimitätsgrenze für materiell-rechtliche Strafdrohungen nicht nur Kontur zu verleihen, sondern dieses Prinzip auch als Verfassungsgrundsatz anzuerkennen. Denn nach Auffassung des Deutschen Anwaltvereins ist ultima ratio nicht nur ein Anwendungsfall des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes. Ultima ratio bedeutet mehr als nur eine Verhältnismäßigkeit, denn erst nach der Prüfung, ob bereits das Ultima-ratio-Prinzip eine Strafdrohung verbietet, kann – sofern das zu verneinen ist – das Übermaßverbot Bedeutung erlangen. Vor allem aber sollten auch die Kriminalisierungsfreiräume des Gesetzgebers mit der negativen Bedingung eingengt werden, dass erst die Insuffizienz anderer rechtlicher Instrumente zur Erreichung des Ziels der Normstabilisierung den Einsatz von Strafdrohung rechtfertigt. Hieraus folgt, dass erst die Vereinbarkeit einer Strafnorm mit dem Ultima-ratio-Prinzip begründet sein muss, mithin die Erforderlichkeit und Eignung als letztes Mittel feststehen muss.¹⁰

Zu prüfen wird ebenso sein, ob nicht auch dem Schuldprinzip der Gedanke eines Ultima-ratio-Prinzips zugrunde liegt. Nach der Rechtsprechung kann jedenfalls das Ultima-ratio-Prinzip in einer Verknüpfung von Schuldgrundsatz und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit von hoher verfassungsrechtlicher Wirkkraft sein.¹¹

2. Begründungspflicht

Die Frage nach der verfassungsrechtlichen Bedeutung der (unzureichenden) Begründung des Gesetzgebers im Gesetzgebungsverfahren wird von den beiden Ausschüssen des Deutschen Anwaltvereins unterschiedlich verfassungsrechtlich beurteilt.¹² Die Ansichten gehen zurück auf unterschiedliche Judikaturen des Ersten und des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts aus Anlass der Überprüfung außerstrafrechtlicher Gesetze. Konkret geht es um die Frage, zu welchem Zeitpunkt die Begründung vorliegen muss.

10 Siehe bereits umfassend die DAV-Stellungnahme durch den Strafrechtsausschuss und den Verfassungsrechtsausschuss Nr. 8/2016 vom Februar 2016, S. 6 ff. zum konkreten Normenkontrollverfahren in Bezug auf § 10 Abs. 1, Abs. 3 RindfleischEtikettierungsG, abrufbar unter <https://anwaltverein.de/de/newsroom>.

11 Siehe Landau, NSTZ 2015, S. 665, 666.

12 Ausführlich hierzu die DAV-Stellungnahme Nr. 8/2016, S. 30ff., abrufbar unter <https://anwaltverein.de/de/newsroom>.

Der Erste Senat hat die Auffassung vertreten, dass nicht entscheidend ist, ob die betreffenden Annahmen und Wertungen im Gesetzgebungsverfahren nachvollziehbar **begründet worden** sind, sondern ob sich das Ergebnis des Gesetzgebungsverfahrens sachlich differenziert „**begründen lässt**“.¹³ Der Verfassungsrechtsausschuss legt diesen Maßstab auch für den Strafgesetzgeber zugrunde.

Demgegenüber hat der Zweite Senat in seinen Urteilen zur Professoren- und Richterbesoldung eine **Begründungspflicht** des Gesetzgebers **im Gesetzgebungsverfahren** angenommen.¹⁴ Von dieser Begründungspflicht geht der Strafrechtsausschuss auch für Strafgesetze aus.

Dies zugrunde gelegt, stellt sich § 217 StGB nach Auffassung des Strafrechtsausschusses mangels (hinreichender) Begründung als verfassungswidrig dar:

Der Gesetzgeber hat noch nicht einmal das Vorliegen einer abstrakten Gefahr unüberlegter oder gar unfreiwilliger Selbsttötungen bzw. hierauf bezogener Beeinflussungen durch „geschäftsmäßig Handelnde“ plausibel darlegen können.

Nach dem Gesetzeswortlaut soll die Teilnahme an einer Selbsttötung grundsätzlich straflos bleiben. Insoweit ist nur die **geschäftsmäßige** Unterstützung unter Strafe gestellt. Weshalb allerdings eine legale Handlung durch bloße Wiederholung (bzw. Wiederholungsabsicht) zu strafwürdigem Unrecht werden sollte, ist **nicht** überzeugend begründet.

13 BVerfG, Urteil vom 18.07.2012 – 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11 – BVerfGE 132, 134, 162.

(Asylbewerberleistungsgesetz); vgl. auch BVerfG, Urteil vom 09.02.2010 – 1 BvL 1/09, 1 BvL 3/09, 1 BvL 4/09 – BVerfGE 125, 175, 256 (Hartz IV-Regelsatz, Hartz IV-Gesetz); zuletzt BVerfG, Urteil vom 06.12.2016 – 1 BvR 2821/11, 1 BvR 321/12, 1 BvR 1456/12 – Rn 271ff. (zitiert nach juris) (Atomausstieg).

14 BVerfG, Urteil vom 05.05.2015 – 2 BvL 17/09, 2 BvL 18/09, 2 BvL 3/12, 2 BvL 4/12, 2 BvL 5/12, 2 BvL 6/12, 2 BvL 1/14 – NJW 2015, 1935, 1942 (Richterbesoldung); BVerfG, Urteil vom 14.02.2012 – 2 BvL 4/10 – BVerfGE 130, 263, 302 (Professorenbesoldung); BVerfG, Beschluss vom 17.11.2015 – 2 BvL 19/09, 2 BvL 20/09, 2 BvL 5/13, 2 BvL 20/14 – BVerfGE 140, 240 (Beamtenbesoldung).

Der Hinweis in der Gesetzesbegründung auf Entwicklungen im europäischen Ausland ist schon angesichts der strukturellen und rechtlichen Unterschiede zwischen den Ländern untauglich.¹⁵ Zu berücksichtigen ist, dass z. B. in den Niederlanden und Belgien schon die aktive Sterbehilfe nicht generell unter Strafe gestellt ist.

In Ermangelung gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse, inwieweit die geschäftsmäßige Förderung tatsächlich die Suizidrate beeinflussen kann bzw. überhaupt **kausal** zu vermehrten Suiziden führt, ist ein Strafbedürfnis für die geschäftsmäßige Förderung der straflosen Selbsttötung nicht begründet. Belastbares, aussagefähiges Datenmaterial stand dem Gesetzgeber jedenfalls nicht zur Verfügung. Soweit auf Statistiken aus den Niederlanden, der Schweiz und Belgien verwiesen wird, die eine „Tendenz andeuten“ sollen,¹⁶ wonach allgemein bei einer Liberalisierung der Sterbehilfe die „Zahl der Fälle“ zunehme, ist – wie bereits zuvor erwähnt – zu berücksichtigen, dass z. B. in den Niederlanden und Belgien schon die aktive Sterbehilfe nicht generell unter Strafe gestellt ist. Soweit ersichtlich, sind den Statistiken schon keine konkreten Zuordnungen zu entnehmen, die einen (unmittelbaren oder mittelbaren) Kausalzusammenhang zwischen Förderung der Selbsttötung und Selbsttötung begründen können.¹⁷ Für die Schweiz, in der die nicht „aus selbstsüchtigen Beweggründen“ gewährte Suizidhilfe straffrei ist (also durchaus vergleichbar dem Anliegen des Gesetzgebers in Bezug auf die Pönalisierung der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung), ist die Gesamtzahl der Suizide – dennoch – relativ konstant geblieben. Auch wenn vermehrt „geschäftsmäßig“ auftretende Sterbehilfeorganisationen verzeichnet werden könnten, bleibt nach wie vor offen, ob diese überhaupt ursächlich(!) für Selbsttötungen sind.

Mit der Auffassung des Strafrechtsausschusses ist § 217 StGB mangels (hinreichender) Begründung als verfassungswidrig anzusehen. Die Auffassung des Verfassungsrechtsausschusses zugrunde gelegt, wonach eine Begründungspflicht im

15 Saliger, Selbstbestimmung bis zuletzt, 2015, S. 163; Hoven, ZIS 2016, S. 1, 7.

16 Siehe bereits Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz zum Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung, Begründung, S. 5.

17 So auch die Begründung des Referentenentwurfs des Bundesministeriums der Justiz zum Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung, S. 6.

Gesetzgebungsverfahren zu verneinen ist, stellt sich § 217 StGB nicht als (formell) verfassungswidrig dar. Kommt es entscheidungserheblich auf diese unterschiedliche Einschätzung an, wird angeregt, die Frage dem Plenum des Bundesverfassungsgerichts zur Entscheidung vorzulegen.

3. Geschütztes Rechtsgut

Das Strafrecht hat die Aufgabe des subsidiären Rechtsgüterschutzes.¹⁸ Ultima-ratio-Prinzip und das Erfordernis eines legitimen Rechtsgutes, das mithilfe des Strafrechts geschützt werden soll, hängen eng miteinander zusammen, sind aber auch zwei gesondert voneinander zu prüfende Voraussetzungen: Erstens muss das Gesetz dem Schutz eines legitimen Rechtsguts dienen und zweitens darf es kein weniger eingriffsintensives Mittel zur Erreichung eines effizienten Rechtsgüterschutzes z. B. durch zivil- oder verwaltungsrechtliche Regelungen geben.¹⁹

Der präzisen Bestimmung des zu schützenden Rechtsguts kommt eine besondere Bedeutung zu. Nur wenn das Schutzobjekt klar definiert wird, kann nachfolgend auch festgestellt werden, ob das Gesetz mit dem Ultima-ratio-Prinzip vereinbar und verhältnismäßig ist. Denn die Berechtigung der gewählten Maßnahmen hängt in erster Linie vom Schutzobjekt und seinem gesellschaftlich anerkannten Wert ab.

Der Deutsche Anwaltverein teilt nicht die Meinung, die den Rechtsgüterschutz als entscheidendes Kriterium für den Sinn und Zweck, aber auch für die Legitimität von Kriminalstrafe als überholt ansieht und durch modernere Strafzwecke ersetzen will.²⁰ Dem Gesetzgeber steht beim Einsatz des Strafrechts kein unbegrenzt weiter Spielraum zur gesellschaftlichen und politischen Gestaltung zur Verfügung. Der mit dem strafrichterlichen Schuldspruch verbundene Makel, der den personalen und die Menschenwürde betreffenden Wert- und Achtungsanspruch des Betroffenen berührt,

18 Münchner Kommentar/*Radtke*, StGB, 3. Auflage 2016, Vor § 38 Rn. 3.

19 Münchner Kommentar/*Radtke*, StGB, 3. Auflage 2016, Vor § 38 Rn. 1.

20 Vgl. m.w.N hierzu Fischer, StGB, Vor § 13 Rn. 2.

setzt eine mehr als nur utilitaristische Rechtfertigung dieses stigmatisierenden Eingriffs voraus.²¹

Das Bundesverfassungsgericht formuliert daher, dass der Einsatz von Strafrecht nur dann verfassungsrechtlich legitim ist, wenn die Verhinderung der Vornahme eines bestimmten Verhaltens besonders dringlich ist, weil es in besonderer Weise sozialschädlich und für das geordnete Zusammenleben der Menschen unerträglich ist.²²

Bei der Frage, welches Rechtsgut durch § 217 StGB geschützt werden soll, geht es damit auch darum, ob das pönalisierte Verhalten überhaupt eine Rechtsüberschreitung darstellen kann. Allein zur Durchsetzung von Moralvorstellungen darf der Staat nicht mithilfe seiner Zwangsgewalt Handlungsfreiheiten einschränken. Dann würde er den ihm zuerkannten Aufgabenbereich überschreiten.²³

Einiges deutet darauf hin, dass bei § 217 StGB – bei aller Ernsthaftigkeit der geführten Diskussion – die Aufrechterhaltung eines moralischen Tabus im Vordergrund steht.²⁴

So wurde in der rechtspolitischen Debatte immer wieder ausdrücklich vor einer Enttabuisierung gewarnt.²⁵ Auch in der Gesetzesbegründung klingt das Ziel einer Tabuisierung an, wenn es heißt, dass es Sorge bereite, dass „Organisationen und Personen auftreten, die das Modell eines sogenannten assistierten Suizids nachhaltig öffentlich als Alternative zum natürlichen, medizinischen und menschlich begleiteten

21 Siehe hierzu umfassend die DAV-Stellungnahme durch den Strafrechtsausschuss und den Verfassungsrechtsausschuss gegenüber dem Bundesverfassungsgericht zu dem Aussetzungs- und Vorlagebeschluss des LG Berlin vom 16. April 2015 – 2 BvL 1/15 – Nr. 08/2016, Februar 2016, abrufbar unter <https://anwaltverein.de/de/newsroom>.

22 BVerfG, Urteil vom 28. Mai 1993 – 2 BvF 2/90 – Schwangerschaftsabbruch, juris, Rn. 176; BVerfG, Beschluss vom 26. Februar 2008 – 2 BvR 392/07 – Inzestentscheidung, Rn. 35.

23 Siehe hierzu nur Frisch, NSTZ 2016, S. 16, 22 f. m. w. N.

24 In diesem Sinne BeckOK StGB/Oğlakcioğlu, 34. Ed. 1. Mai .2017, StGB § 217 Rn. 1; vgl. Fischer, StGB, 64. Auflage 2017, § 217 Rn. 2.

25 Siehe hierzu m. w. N. nur Hoven, ZIS 1/2016, S. 1, 4.

Sterben propagieren“²⁶. Ferner ist das Gesetz auf die geschäftsmäßige Suizidhilfe beschränkt, obwohl diese zahlenmäßig lediglich eine untergeordnete Rolle spielt.²⁷

In der Begründung zum Gesetzesentwurf wird hingegen als Schutzziel des § 217 StGB das Selbstbestimmungsrecht des Sterbewilligen benannt, der sich durch die organisierte Beihilfe zum Suizid zu diesem Entschluss gedrängt fühlen und/oder verleitet werden könne, sowie das Grundrecht auf Leben.²⁸

a. Schutz des Selbstbestimmungsrechts

Das Selbstbestimmungsrecht ist Ausfluss des allgemeinen Persönlichkeitsrechts aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG.²⁹ Es beinhaltet das Recht, über den eigenen Körper zu verfügen und zu entscheiden, ob, wann und wie man aus dem Leben scheiden möchte.³⁰ Das Selbstbestimmungsrecht gilt für jeden Menschen und nicht nur für den schwer und unheilbar kranken Menschen, der kurz vor dem Tod steht. Jeder Mensch, der in der Lage ist, seinen Willen frei zu bilden und entsprechend zu handeln, kann sich daher für den Tod und gegen das Leben entscheiden.

Hieraus folgt ein Abwehranspruch gegenüber staatlicher Bevormundung. Der Staat darf den Suizid nicht verbieten. Eine Verpflichtung zum Weiterleben gibt es nicht.

Durch Schaffung des § 217 StGB ist der Gesetzgeber nicht so weit gegangen, den Suizid als solchen zu verbieten. Auch die Beihilfe zum Suizid bleibt weiterhin

26 Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, BT-Drs. 18/5373, S. 9.

27 Ebd. S. 9; Generalbundesanwalt, Stellungnahme vom 16. November 2016, S. 10f. hinsichtlich der Zahlen von Suizidfällen in Deutschland insgesamt (10.076 im Jahr 2013) und auf S. 6 hinsichtlich des Vereins Sterbehilfe Deutschland e.V. (254 Fälle von Suizidassistenz in sechs Jahren).

28 BT-Drs. 18/5373, S. 2f.

29 Maunz – Dürig/*Di Fabio*, GG – Kommentar, Art 2 Abs. 1 Rn 204.

30 Vgl. Generalbundesanwalt, Stellungnahme vom 16. November 2016, S. 43; Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, BT-Drs. 18/5373, S.10; EGMR, 29. April 2002 – 2346/02 -, Pretty/Vereinigtes Königreich; EGMR, 20. Januar 2011 – 31322/07 -, Haas/Schweiz; EGMR vom 19. Juli 2012 – 497/09 -, Koch/Deutschland).

grundsätzlich straffrei. Ausgeschlossen ist vielmehr die Möglichkeit, die Hilfe eines geschäftsmäßigen Sterbehelfers bei der Durchführung der Selbsttötung in Anspruch zu nehmen. Damit wird dem Sterbewilligen eine mögliche Modalität in der Durchführung der Selbsttötung entzogen. Zu bedenken ist hier insbesondere, dass der Suizident hierdurch auf andere in der Regel unsichere (z. B. Einnahme von Schlaftabletten) oder brachialere Wege der Selbsttötung (z. B. Springen vor Züge oder aus großer Höhe) verwiesen wird.³¹ Denn er selbst oder der nicht geschäftsmäßig handelnde Sterbehelfer werden in der Regel keinen (legalen) Zugang zu Substanzen haben, die dem Leben ein Ende setzen können. Die durch das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 2. März 2017 eröffnete Möglichkeit, die Erlaubnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für den Erwerb einer tödlichen Dosis eines Betäubungsmittels zu beantragen,³² stellt hierfür keine zufriedenstellende Lösung dar. Eine gefestigte Verwaltungspraxis, in welchen Fällen das BfArM diese Erlaubnis erteilt, gibt es nicht. Zudem entfällt eine fachliche und professionelle Beratung, die erfahrene Sterbehelfer und insbesondere auch Ärzte möglicherweise leisten könnten. Damit stellt der Ausschluss der organisierten Sterbehilfe durchaus eine schwerwiegende Einschränkung des Rechts der Selbstbestimmung dar und läuft damit der Abwehrdimension dieses Grundrechts zuwider.

Der Deutsche Anwaltverein teilt die Ansicht des Generalbundesanwalts nicht, dass sich der Grundrechtsschutz des Selbstbestimmungsrechts u. a. deswegen nicht auf die Hilfe bei der Durchführung der Selbsttötung durch geschäftsmäßige Sterbehelfer erstrecke, weil es keinen Leistungsanspruch auf Unterstützung beim Suizid gebe.³³ Es geht hier nämlich nicht um die Leistungsdimension des Allgemeinen Persönlichkeitsrechtes. Dies wäre nur dann der Fall, wenn man den Staat für verpflichtet hielte, professionelle Sterbehilfe bereitzustellen. Dass der Staat hierzu nicht verpflichtet ist, ist sicherlich unstrittig. Es steht lediglich die Frage im Raum, ob er die Sterbehilfe durch in diesem Bereich erfahrene Private verbieten darf.

31 Vgl. Fischer, StGB, 64. Auflage 2017, § 217 Rn. 3a.

32 BVerwG, Urteil vom 2. März 2017 – 3 C 19/15 – , juris.

33 Vgl. Generalbundesanwalt, Stellungnahme vom 16. November 2016, S. 45.

Die Grundrechte haben allerdings nicht nur eine Abwehrdimension. Der Staat ist in bestimmten Situationen befugt oder sogar verpflichtet, den Grundrechtsträger gegenüber Dritten zu schützen.³⁴ Hinsichtlich des Selbstbestimmungsrechts beinhaltet diese Schutzdimension auch, dass sichergestellt werden darf, dass die Entscheidung für den Suizid freiverantwortlich und autonom getroffen werden kann. Nur wenn der Suizident nicht manipuliert oder unzulässig von anderen beeinflusst wurde, kann der Suizid als Ausdruck der Selbstbestimmung betrachtet werden. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu:

„Es liegt nicht nur im Interesse des Integritäts-, sondern auch des Autonomieschutzes, Manipulationen und Beeinflussungen der freien Verantwortlichkeit gegenzusteuern.“³⁵

Der Schutz vor Einflussnahme und die Sicherstellung einer freiverantwortlichen Entscheidung können aber zu einer Einschränkung des Abwehrrechts führen, so dass sich Schutz- und Abwehrdimension gegenläufig gegenüberstehen können.

Der Gesetzgeber sieht eine Gefahr darin, dass das geschäftsmäßige Angebot einer Sterbebegleitung einen Erwartungsdruck, dieses Angebot auch wahrzunehmen, gerade bei den Menschen auslösen könnte, die wegen Alter und Krankheit Sorge haben, anderen zur Last zu fallen.³⁶

Ferner zieht der Gesetzgeber die Möglichkeit in Betracht, dass nicht alle von geschäftsmäßigen Sterbehelfern assistierten Suizide auf einem sicher feststehenden Selbsttötungswunsch basierten. Das Angebot bestehe gerade nicht in der lediglich beratenden Unterstützung einer autonomen Willensbildung, sondern auch in der Durchführung der Sterbehilfe. Ferner könnten die Sterbehelfer nach der

34 Maunz/Dürig/Herdegen, GG – Kommentar, 79. EL Dezember 2016, Art 1 Abs. 3 Rn 19.

35 BT-Drs. 18/5373, S.10.

36 Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, BT-Drs. 18/5373, S. 8.

Gesetzesbegründung ein spezifisches Eigeninteresse daran haben, ihre Dienstleistung möglichst häufig und effektiv zu erbringen.³⁷

Es bestehen jedoch keine gesicherten Erkenntnisse darüber, dass geschäftsmäßige Angebote der Suizidhilfe die Zahl der Selbsttötungen erhöhen,³⁸ geschweige denn gibt es Untersuchungen dazu, ob diese Angebote einen gesellschaftlichen Erwartungsdruck, diese anzunehmen, auslösen können. Demgegenüber stellte z. B. *Fischer* die Überlegung an, dass durch die Beratung durch Sterbehilfeorganisationen psychische Erkrankungen aufgedeckt, in der Folge behandelt und dadurch nicht freiverantwortliche Suizide verhindert werden könnten.³⁹

In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Beschränkung des § 217 StGB auf die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe bedenklich. Auch nicht geschäftsmäßig handelnde Sterbehelfer können den Suizidenten unzulässig manipulieren und in allen Fällen der Suizidhilfe ist es möglich, dass der Sterbehelfer ein Eigeninteresse an der Durchführung eines Suizids hat.

Es ist zwar denkbar, dass es zu Manipulationen des freien Willens kommen könnte, die in der Geschäftsmäßigkeit als solcher begründet sind. Der geschäftsmäßige Sterbehelfer befindet sich nicht in der emotionalen Zwangslage desjenigen, der sich durch den Sterbewunsch eines nahen Angehörigen zur Suizidhilfe aufgefordert fühlt. Wenn die geschäftsmäßige Suizidhilfe durch einen Verein angeboten wird, erhält der Verein über die Mitgliedsbeiträge Geld dafür, dass er die assistierte Sterbehilfe anbietet. Der Verein Sterbehilfe Deutschland e.V. sieht z.B. kürzere Wartezeiten bis zur Inanspruchnahme einer Suizidbegleitung für solche Mitglieder vor, die höhere Beiträge zahlen (§ 5 Abs. 4 der Satzung). Auch wenn hiermit keine Gewinnerzielungsabsicht verfolgt wird und der konkrete Suizidbegleiter ehrenamtlich tätig wird, könnte die Zahlung von Beiträgen und die Häufigkeit der Sterbebegleitung, dazu führen, dass die Erforschung des Willens des einzelnen Sterbewilligen und das Beraten hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Alternativen in den Hintergrund gerät. Durch die

³⁷ Ebd., S. 11.

³⁸ Fischer, StGB, 64. Auflage 2017, § 217 Rn 2.

³⁹ Fischer, StGB, 64. Auflage 2017, § 217 Rn 2.

Geschäftsmäßigkeit könnte insbesondere der Eindruck vermittelt werden, dass der Tod einem Leben mit Einschränkungen grundsätzlich vorzuziehen sei. Auch wenn die individuelle Entscheidung des Einzelnen zur Selbsttötung rechtlich zu akzeptieren ist, ist die Gleichwertigkeit jeden menschlichen Lebens – auch desjenigen, der alt, krank oder behindert ist oder unter Schmerzen leidet – ein Grundpfeiler unserer Rechtsordnung, der nicht relativiert werden darf. Ob das geschäftsmäßige Angebot einer Suizidbegleitung diesem Grundsatz gerecht wird oder einen Suizidgeneigten durch das Versprechen eines schmerzfreien Todes und würdevollen Abschieds zur Selbsttötung motiviert, ist bislang aber völlig unklar und würde auch nichts darüber besagen, ob eine vor dem Hintergrund einer solchen Motivierung erfolgte Entscheidung für den Suizid in Ausübung des garantierten Selbstbestimmungsrechts erfolgt oder nicht.

Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang Folgendes: Selbst wenn es durch die gewerbsmäßige Sterbehilfe zu einer Steigerung der Suizidrate käme, könnte aus diesem Umstand nicht auf eine unzulässige Manipulation von suizidgeneigten Menschen geschlossen werden. Vielmehr könnte eine Steigerung der Suizidrate bzw. eine zunehmende Anzahl von assistierten Suiziden auch so gedeutet werden, dass dem Selbstbestimmungsrecht in mehr Fällen zur Geltung verholfen wird. Menschen, die mangels Vorhandenseins einer geschäftsmäßigen Sterbehilfe von der Umsetzung ihres Sterbewunsches abgehalten wurden, könnten dann die Möglichkeit eines assistierten Suizids ergreifen.

Aus Sicht des Deutschen Anwaltvereins reichen die Überlegungen, wonach es zu unzulässigen Beeinflussungen durch das Angebot geschäftsmäßiger Sterbehelfer kommen könnte, insgesamt nicht aus, eine Gefahr für das Rechtsgut des Selbstbestimmungsrechts festzustellen. Die reine Möglichkeit, dass gewerbsmäßige Sterbehilfe den Sterbewunsch eines Menschen erst hervorrufen oder ihn intensivieren könnte, ist im Sinne der Rechtsgutslehre und des Ultima ratio-Prinzips nicht ausreichend, um hierauf mit einer strafrechtlichen Regelung zu reagieren.

b. Schutz des Lebens

Im Falle eines freiverantwortlichen Suizids tritt der Schutz des Lebens des Suizidenten hinter dessen Selbstbestimmungsrecht zurück.

In Bezug auf das Grundrecht auf Leben aus Art. 2 Abs. 2 GG ist neben der Abwehr eine besonders stark ausgeprägte Schutzdimension anerkannt. „Die staatliche Schutzpflicht [...] gebietet dem Staat, sich schützend und fördernd vor (das) Leben zu stellen; d. h. vor allem, es auch vor rechtswidrigen Eingriffen von Seiten anderer zu bewahren. [...] Da das menschliche Leben einen Höchstwert darstellt, muss diese Schutzverpflichtung besonders ernst genommen werden.“⁴⁰

Wegen des gegenläufigen Selbstbestimmungsrechts aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG ist der Staat aber nicht befugt, das Leben des Sterbewilligen gegen dessen freiverantwortlichen Wunsch zu schützen. Der Sterbewillige kann und darf freiwillig und selbständig über sein Leben disponieren. Folgerichtig sind daher nicht nur der Suizid, sondern auch Abbrüche von lebenserhaltenden medizinischen Behandlungen und palliativmedizinische Lebensverkürzungen straffrei.⁴¹ Natürlich ist es dem Staat durch das Recht über den eigenen Tod zu entscheiden, nicht untersagt, Suizidprävention zu betreiben, z. B. durch den Aufbau von Alternativen wie palliativmedizinischen und psychotherapeutischen Angeboten.

In diesem Spannungsfeld überwiegt im Ergebnis das Selbstbestimmungsrecht. Auch der Suizidhelfer – ob geschäftsmäßig handelnd oder nicht – sollte als Teilnehmer einer straflosen Haupttat straflos bleiben.

Der Gesetzgeber ist diesem Grundsatz nicht gerecht geworden. Zwar wiederholt er, dass das Selbstbestimmungsrecht das Recht umfasst, über den eigenen Tod zu entscheiden, spricht dann aber neben dem Selbstbestimmungsrecht immer wieder auch

40 BVerfG, Urteil vom 16. Oktober 1977 – 1 BvQ 5/77 –, juris, Rn 13.

41 Fischer, StGB, 64. Auflage 2017, Vor §§ 211 – 217, Rn 54ff.

das Leben als Schutzgut an.⁴² Es entsteht hierdurch der Eindruck, dass der Gesetzgeber mit § 217 StGB vordringlich den Schutz des Lebens beabsichtigte.

Die Kriminalisierung von Suizidhilfe allein zum Ziel des Schutzes des Lebens desjenigen, der einen freiverantwortlichen Suizid begeht, wäre verfassungsrechtlich mit der Rechtsgutslehre nicht vereinbar. Aus der Pflicht des Staates, sich schützend und fördernd vor das Leben zu stellen, folgt allerdings die Befugnis des Staates, Regelungen einzuführen, die die eigenverantwortliche und unbeeinflusste Ausübung des Selbstbestimmungsrechts und damit auch das Leben der Betroffenen schützen sollen. Diesem Ziel wird § 217 StGB aber nicht gerecht, da er entsprechende Mechanismen zur Prüfung der Eigenverantwortlichkeit der Suizidentscheidung überhaupt nicht vorsieht.

c. Zwischenergebnis

Im Ergebnis ist das Gesetz schon mangels Vorliegens eines hierdurch zu schützenden Rechtsguts verfassungswidrig. Das Leben ist gegenüber einem freiverantwortlich handelnden Suizidenten kein zu schützendes Rechtsgut. Die Annahme des Gesetzgebers, dass von der geschäftsmäßigen Suizidhilfe die Gefahr ausgehe, den freien Willen eines Suizidgeneigten zu beeinträchtigen, konnte bisher nicht bestätigt werden. Insbesondere erlaubt der denkbare und auch nach Auffassung des Deutschen Anwaltvereins nicht auszuschließende Anstieg der Anzahl von geschäftsmäßigen Helfern begleiteten Selbsttötungen nicht die Schlussfolgerung, dass damit auch zugleich eine Verletzung des Selbstbestimmungsrechts derjenigen einhergeht, die sich für den Suizid entscheiden. Damit ist auch der Schutz des Selbstbestimmungsrechts nicht als legitimer Zweck der mit den Verfassungsbeschwerden angegriffenen Vorschrift zu identifizieren.

⁴² Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, BT-Drs. 18/5373, S. 10, 11, 12.

III. Verhältnismäßigkeit

Würde man mit dem Gesetzgeber davon ausgehen, dass das Selbstbestimmungsrecht gefährdet ist und damit ein legitimes Rechtsgut zu schützen wäre, müsste § 217 StGB jedoch gerade mit Blick auf die Bedeutung des Rechtsgutsbegriffes deshalb besonders kritisch hinterfragt werden, weil das Rechtsgut den Maßstab im Rahmen des Verhältnismäßigkeitsprinzips bzw. des Übermaßverbotes bestimmt. Zentral geht es um den Zweck, den § 217 StGB über die bloße Stabilisierung von einer Verhaltensnorm hinaus anstrebt, also gerade um den Schutz anerkannter Rechtsgüter. Eine Unverhältnismäßigkeit kann sich auch aus dem Einsatz des Strafrechts als ultima ratio des Rechtsgüterschutzes ergeben.

Hierbei wird zu berücksichtigen sein, ob ein legitimer Zweck mit § 217 StGB vorliegt bzw. erreicht werden kann, was – wie zuvor schon aufgezeigt – jedenfalls nicht mit dem zu schützenden Rechtsgut Leben begründbar ist.

Auch nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kommt dem Verfassungsgebot der Funktionstüchtigkeit der Strafrechtspflege signifikante Bedeutung zu.⁴³ Angesichts der angeführten erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten wird eine – auch veranlasst durch § 217 StGB – immer weiter ausufernde Strafgesetzgebung letztendlich die Funktionstüchtigkeit der Strafrechtspflege untergraben. Eine von Verfassung wegen unter dem Aspekt der Prozeduralisierung – und auch des Ultima-ratio-Prinzips – bewirkte Zurückführung des materiellen Strafrechts würde hingegen geeignet sein, den auf der Strafjustiz lastenden Arbeitsdruck zu reduzieren. Denn letztendlich kann die Funktionstüchtigkeit der Strafrechtspflege in ihrer verfassungsrechtlichen Verankerung gefestigt und die Leistungsfähigkeit der Justiz wieder hergestellt werden.⁴⁴

Vor diesem Hintergrund ist die Regelung des § 217 StGB kritisch zu betrachten, denn angesichts der dargelegten überschießenden Weite des Tatbestandes des § 217 Abs. 1 StGB sowie die zugrunde liegende Komplexität der hier in Frage stehenden

⁴³ Siehe hierzu nur Landau, NStZ 2015, S. 665, 666.

⁴⁴ Landau, NStZ 2015, S. 665, 666 ff.

Handlungen bzw. Unterlassungen – insbesondere im Tätigkeitsbereich von Ärzten in Kliniken – im Anwendungsbereich des § 217 StGB werden Anlass zu zahlreichen und umfangreichen, hochkomplexen Verfahren geben.

In Frage steht im Besonderen, inwieweit das Strafrecht (ausschließlich) zu präventiven und gesellschaftlichen Sicherungszwecken zweckentfremdet und damit die Funktionsfähigkeit des Strafrechts – und seine erforderliche – Klarheit zerstört wird.⁴⁵

Nach dem Verständnis des Deutschen Anwaltvereins steht erheblich in Frage, ob ein Strafbedürfnis der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung angenommen werden kann und ob deshalb die strafrechtliche Sanktion das erforderliche Mittel zur Normierung der geschäftlichen Förderung der (straflosen, freiwilligen und selbstbestimmten) Selbsttötung ist.

§ 217 StGB verfolgt im Weiteren kein widerspruchsfreies Regelungsziel, wie schon angeführt. Für die Ziele, die man dem Tatbestand unterlegt, bietet die Strafnorm zudem keinen geeigneten Weg. Es gibt vor allem mildere und besser geeignete Instrumente als die Strafdrohung.

Der „moralisch verwerflichen“ Beihilfe zum Suizid kann ohne weiteres mit Mitteln des Polizei- und Verwaltungsrechts bzw. Berufsrechts beigegeben werden. Um der Gefahr eines Missbrauchs – vor dem Hintergrund einer reinen Kommerzialisierung – frühzeitig entgegenzutreten, können außerhalb des Anwendungsbereichs des Strafrechts Regelungen getroffen werden, die strenge Anforderungen mit Blick auf Zulassung und Überprüfung der in diesem Bereich Tätigen umfassen, mithin u. a. auch ein ausdrückliches Werbeverbot vorsehen. Damit wäre vor allem auch Transparenz und Kontrolle der Tätigkeiten gewährleistet. Gerade die staatliche Kontrolle würde zudem zu einer erforderlichen Offenheit im Umgang mit den sehr schwierigen und sensiblen Fragen der Selbsttötung führen. Eine Tabuisierung ist jedenfalls keine Lösung und vor dem Hintergrund des zu respektierenden, grundgesetzlich verankerten Selbstbestimmungsrechts des entscheidungsfähigen, frei verantwortlichen Betroffenen eines Selbsttötungswunsches nicht gerechtfertigt. Mit einer strengen Regulierung würde

45 Siehe hierzu ebenfalls Landau, NStZ 2015, S. 665, 671.

jedenfalls dem Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen Rechnung getragen, vor allem demjenigen, der keine nahen Angehörigen oder nahestehende Personen mehr hat und auf Hilfe anderer angewiesen ist.⁴⁶

Hinzuweisen ist (erneut) auf die aktuelle Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 2. März 2017⁴⁷, sowie der dieser zugrundeliegenden Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 19. Juli 2012 – 497/09 –, Koch/Deutschland, aber auch der dem zugrunde liegenden früheren Rechtsprechung des EGMR in seiner Entscheidung vom 20. Januar 2012 – 31322/07 –, Haas/Schweiz sowie seiner Entscheidung vom 19. April 2002 – 2346/02 –, Pretty/Vereinigtes Königreich,⁴⁸ wonach das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG auch und gerade in seiner konventionskonformen Auslegung im Lichte des Art. 8 Abs. 1 EMRK auch das Recht eines schwer und unheilbar kranken Patienten umfasst zu entscheiden, **wie und zu welchem Zeitpunkt** sein Leben beendet werden soll, vorausgesetzt, er kann seinen Willen frei bilden und entsprechend handeln. Nach der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts kann sich in einem solchen Fall sogar ergeben, **dass der Staat den Zugang zu einem Betäubungsmittel nicht verwehren darf, das dem Patienten eine würdige und schmerzlose Selbsttötung ermöglicht.**

Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes kann nicht mit der strafrechtlichen Regelung des § 217 StGB in Einklang gebracht werden, denn die Möglichkeit der Einzelfallprüfung bzw. Feststellungen hierzu, mithin die Frage, ob ein freier Wille zum Suizid und/oder ob eine unheilbare, unzumutbare (sterbenskranke) Situation vorliegt, sind im Anwendungsbereich des § 217 StGB nicht vorgesehen; § 217 StGB ist ein abstraktes Gefährdungsdelikt, es kommt daher überhaupt nicht darauf an, ob ein freier Wille des Sterbewilligen vorliegt oder nicht, bzw. in welcher Situation sich überhaupt ein Sterbenswilliger befindet. Strafausschließungsgründe sind lediglich auf die in § 217

46 Siehe hierzu bereits die Stellungnahme des Strafrechtsausschusses des Deutschen Anwaltvereins vom Juli 2012, Nr. 76/2012.

47 BVerwG 3 C 19.15 – Urteil vom 2. März 2017.

48 Rn. 39.

Abs. 2 StGB genannten Sachverhalte („Teilnahme von Angehörigen und nahestehende Personen, die nicht geschäftsmäßig handeln“) (bewusst) begrenzt.

Es ist ebenfalls auf das Sondervotum von Hassemer zum Beschluss des 2. Senat vom 26. Februar 2008 – 2 BvR 329/07 – ausdrücklich hinzuweisen, in dem hervorgehoben wird, dass der Strafgesetzgeber in der Wahl der Anlässe und der Ziele seines Handelns **nicht frei ist**; er ist beschränkt auf den Schutz elementarer Werte des Gemeinschaftslebens, auf die Sicherung der Grundlagen einer geordneten Gesellschaft und die Bewahrung wichtiger Gemeinschaftsbelange. Danach muss eine Strafnorm nicht nur ein legitimes Ziel der Allgemeinheit verfolgen, das Grund und Rechtfertigung für die strafgesetzliche Einschränkung der bürgerlichen Freiheit ist. Es muss sich zudem um einen wichtigen Belang, um einen elementaren Wert, um eine Grundlage unseres Zusammenlebens handeln. Die **verfassungsrechtlichen Schranken der Strafgesetzgebung** wirken daher auch auf die **Wahl** und den **Einsatz der strafrechtlichen Instrumente**. **Strafrecht ist ultima ratio, ist das letzte verfügbare Mittel, um einen Belang der Allgemeinheit zu schützen, und kommt deshalb nur in Betracht, wenn das inkriminierte Verhalten über sein Verboten sein hinaus in besonderer Weise sozialschädlich und für das Zusammenleben der Menschen unerträglich, wenn seine Verhinderung besonders dringlich ist.**⁴⁹

Unverzichtbarer Bestandteil ist jedenfalls Klarheit über die Ziele, die mit der Regelung verfolgt werden. Das ist u. a. darin begründet, dass die Prüfung der Verhältnismäßigkeit einer Norm ohne Klarheit über den Zweck der Norm nicht gelingt, so dass sie schon gar nicht methodengerecht durchgeführt werden kann. Was geeignet, erforderlich und angemessen ist, steht in unauflösbarer Beziehung zu dem, was mit welchen Mitteln erreicht werden soll. Der Zweck einer Norm ist notwendiger Bezugspunkt ihres Maßes, und das Maß ändert sich mit dem Zweck.⁵⁰

49 Vgl. BVerfGE 88, 203, 257f.

50 Siehe insgesamt hierzu Sondervotum von Hassemer zum Beschluss des 2. Senats vom 26. Februar 2008 – 2 BvR 329/07.

In diesem Zusammenhang hat auch das Bundesverfassungsgericht zutreffend mit Blick auf das Schuldprinzip wiederholt darauf hingewiesen, dass die mit Strafe belegten Verhaltensweisen und die Rechtsfolge der Strafe in einem angemessenen Verhältnis stehen müssen.⁵¹

Wie bereits angeführt, ist vor diesem Hintergrund schon nicht nachvollziehbar und begründbar, warum eine professionelle, nämlich fachliche und „erfahrene“, mithin sachkundige Sterbehilfe in besonderer Weise sozialschädlich und für das Zusammenleben der Menschen unerträglich sein soll – hingegen eine **laienhafte, i. d. R. eben keine sachkundige** Sterbehilfe durch Angehörige oder nahestehende Personen straflos ist. Auch ist nicht begründbar, warum eine Verhinderung der „geschäftlichen“ Sterbehilfe besonders dringlich ist.

Der Tatbestand des § 217 Abs. 1 StGB wirft zudem eine Vielzahl von Auslegungsfragen und Abgrenzungsschwierigkeiten auf, da sämtliche Handlungen, die einem anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung gewähren, verschaffen oder vermitteln, mithin bereits Handlungen im weiten Vorfeld (z. B. schon die Einrichtung eines Hospizes, ohne dass überhaupt schon Patienten aufgenommen werden) unter Strafe gestellt sind.

Es ist daher im Besonderen in den Blick zu nehmen, dass § 217 StGB ein **Gefährdungsdelikt ist**, welches eine **zur Täterschaft verselbständigte Unterstützungshandlung** unter Strafe stellt, die schon **im Vorfeld des Versuchs der (straflosen) Haupttat** (Selbsttötung) greift. Unter Strafe gestellt ist damit bereits der „Versuch der Beteiligung“ – bezogen auf eine **straflose** (Haupt)Tat. Ob die Selbsttötung von einem Betroffenen tatsächlich vollzogen oder auch nur versucht wird, ist völlig unerheblich.

Nach dem eindeutigen Gesetzeswortlaut ist bereits jedes Gewähren, Verschaffen oder Vermitteln einer Gelegenheit zur Selbsttötung unter Strafe gestellt, also beispielsweise auch das Überlassen geeigneter Räumlichkeiten (auch das zur Verfügung stellen von „Sterbezimmern“ in der Palliativmedizin).

51 BVerfGE 20, 323, 331; 25, 269, 286, 27, 18, 29; 50, 205, 214 f.; 120, 224, 241; 133, 168, 198.

Die Strafnorm des § 217 StGB berücksichtigt nicht moderne und anerkannte Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizpraxis. Dies betrifft beispielsweise das Sterbefasten, wofür ein Raum in der Klinik zur Verfügung gestellt wird (Sterben durch Auszehrung). Diese Art des Sterbens wird verbreitet in Kliniken (abgesehen von katholischen Einrichtungen bzw. Kliniken) ermöglicht, auch nach einem Behandlungsabbruch. Bislang war diese Art der Sterbehilfe nicht strafbar. § 217 Abs. 1 StGB erfasst hingegen jede nicht gänzlich ungeeignete „Förderung“. Die Selbsttötung selbst ist (normativ) nicht definiert; es sind jedenfalls nicht nur hierauf bezogene Handlungen, sondern auch Unterlassungen betroffen, so dass die Förderung des Sterbevorgangs bzw. der Selbsttötung durch Unterlassen von § 217 Abs. 1 StGB umfasst ist.⁵²

Unklar ist auch, ob nach § 217 StGB derjenige strafbar bleiben kann, der bei einem freiverantwortlichen Suizid des Patienten nicht eingreift.

Anzumerken ist zudem, dass es im Anwendungsbereich des § 217 StGB gerade nicht auf den Willen des Betroffenen ankommt, insoweit auch Patientenverfügungen keine Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass in dem Fall, in dem das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit in der Person des Unterstützers selbst nicht vorliegt, gleichwohl eine Strafbarkeit wegen Beihilfe zu der Suizidassistenz eines anderen vorliegt (§ 28 Abs. 1 StGB). Die Strafbarkeit einer solchen Kettenbeihilfe führt dazu, dass bereits geringfügige Unterstützungshandlungen im Vorfeld des Suizids den Tatbestand erfüllen, ohne dass hierfür ein kriminalpolitisches Bedürfnis erkennbar und begründbar wäre. Wenn beispielsweise ein „Bekannter“ (also kein Angehöriger oder eine „nahestehende Person“) den Suizidenten (lediglich) dazu ermutigt bzw. (nur) auf die Möglichkeit hinweist, Dienste eines ausländischen Sterbehilfevereins in Anspruch nehmen zu können, so kann er sich nach §§ 217, 27 StGB strafbar machen. Dass die Suizidassistenz am ausländischen Tatort straflos bleibt, ist gemäß § 9 Abs. 2 S. 2 StGB

⁵² Siehe hierzu sowie zu weiteren Beispielen i. E. auch aus der Palliativmedizin Kubiciel, ZIS 6/2016, S. 396, 400 ff.: „Überschießende Weite des Tatbestandes“.

für den Teilnehmer irrelevant. Damit hat der Gesetzgeber den Bereich des Strafwürdigen weit überdehnt.⁵³

Mit dem Strafausschlussgrund in § 217 Abs. 2 StGB sollen schließlich nur solche Teilnehmer straflos gestellt werden, die aus Mitleid in einer singulären Situation Hilfe zur Selbsttötung leisten wollen.⁵⁴ Eine solche Situation liegt allerdings für jede hilfsbereite Person vor, die mit dem Suizidwunsch eines anderen konfrontiert wird und nicht geschäftsmäßig Sterbehilfe leistet. Gleichwohl macht sich der Gehilfe in einem solchen Fall strafbar. Der Umstand, dass er selbst nicht geschäftsmäßig handelt, führt lediglich zu einer Strafmilderung (§§ 28 Abs. 1 i. V. m. 49 Abs. 1 StGB).

Das strafbarkeitsbegründende Merkmal der Geschäftsmäßigkeit in § 217 Abs. 1 StGB und die lückenhafte Formulierung des Strafausschlussgrundes führen zu einer unverhältnismäßigen, übermäßigen Strafbarkeit, mit Blick auf ihre Voraussetzungen und Grenzen bestehen im Einzelnen erhebliche Unsicherheiten.

Aus diesem Grund mehren sich bereits die Stimmen in der Literatur, die den Versuch einer restriktiven Auslegung zur Wahrung der Verfassungsmäßigkeit unternommen haben, wonach die Strafbarkeit vor dem Hintergrund der Zweckbestimmung eines Übereilungsschutzes (Schutz der Selbstbestimmung) – entgegen dem Wortlaut des § 217 StGB – dann entfallen soll, wenn keine Gefahr einer voreilig-undurchdachten Lebensaufgabe, mithin keine konkrete Eignung der Tat zur Beeinflussung des Willens bestehe (konkrete Eignung als ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal).⁵⁵

Allerdings hat sich der Gesetzgeber, obwohl ähnliche Vorschläge bereits vorlagen, ausdrücklich für ein abstraktes Gefährdungsdelikt ausgesprochen, mithin mit § 217 StGB eine **zur Täterschaft verselbständigte Unterstützungshandlung** unter Strafe gestellt, die bereits **im Vorfeld des Versuchs der (straflosen) Haupttat** (Selbsttötung) greift. Auch hat der Gesetzgeber bewusst Strafausschlussgründe in § 217 Abs. 2 StGB begrenzt. Nach dem Willen des Gesetzgebers kommt es für die Strafbarkeit nach § 217 Abs. 1 StGB deshalb nicht darauf an, ob ein freier Wille des (potentiellen)

53 Siehe hierzu i. E. nur Hoven, ZIS 1/2016, S. 1, 8.

54 Siehe BT-Drs. 18/5373, S. 19.

55 Siehe z.B. Kubiciel, ZIS 2016, 396 ff., siehe hierzu ebenfalls Weigend/Hoven, ZIS 10/2016, S. 681 ff.

Sterbewilligen vorliegt oder nicht, bzw. in welcher (sterbenskranken) Situation sich der Sterbewillige befindet. Eine teleologische Auslegung dergestalt, dass die Vollzugsreife des Sterbewunsches entscheidend wäre, entfernt sich daher vom eindeutigen Wortlaut des § 217 Abs. 1 StGB und steht nicht in Einklang mit der Gesetzesbegründung bzw. dem klar erkennbaren Willen des Gesetzgebers bzw. auch der Regelung des § 217 Abs. 2 StGB, was nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts eine verfassungskonforme Auslegung nicht möglich macht.

Zudem muss hinterfragt werden, ob die gesetzliche Regelung des § 217 StGB vor dem Hintergrund der Weite des Tatbestandes – gemessen an der Zielsetzung des Gesetzgebers – überzeugen kann, bzw. die Ausgestaltung des § 217 StGB nicht geradezu im Widerspruch zum eigentlichen gesetzgeberischen Anliegen steht. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass der Gesetzgeber vor allem die Palliativmedizin nicht im Blick der Strafwürdigkeit hatte, sondern private Vereinigungen, die (ausschließlich) Sterbehilfe leisten. Mit der gesetzlichen Regelung des § 217 StGB ist es allerdings missglückt, die erforderlichen Abgrenzungen vornehmen zu können. Insoweit ist § 217 Abs. 1 StGB jedenfalls infolge der Weite seines Tatbestandes unverhältnismäßig.

IV. Verletzung des Bestimmtheitsgebots (Art. 103 Abs. 2 GG) im Hinblick auf das Tatbestandsmerkmal „oder diesem nahesteht“ (§ 217 Abs. 2 StGB)

Die limitierende Funktion des Bestimmtheitsgebotes bezweckt, die Zuweisung von Schuld für den Täter einsichtig und zugleich für alle Bürger nachvollziehbar zu machen.⁵⁶ Das Bestimmtheitsgebot nach Art. 103 Abs. 2 GG bezweckt, dass der Einzelne von vornherein wissen kann, was strafrechtlich verboten ist, um in der Lage zu sein, sein Verhalten danach einzurichten.

Die limitierende Funktion des Bestimmtheitsgebotes bezweckt nicht nur, die Zuweisung von Schuld für den Täter einsichtig zu machen, sondern zugleich auch, diese für alle Bürger nachvollziehbar zu machen.⁵⁷ Wie bereits angeführt, ist aber schon nicht

56 Siehe nur Landau, NStZ 2015, S. 665, 670 m. w. N. und zu einer Vielzahl an Entscheidungen des BVerfG zur Verdeutlichung der limitierenden Funktion.

57 Siehe nur Landau, NStZ 2015, S. 665, 670 m. w. N.

nachvollziehbar und begründbar, warum eine professionelle, nämlich fachliche und „erfahrene“, mithin sachkundige Sterbehilfe in besonderer Weise sozialschädlich und für das Zusammenleben der Menschen unerträglich sein soll - hingegen eine **laienhafte, i. d. R. eben keine sachkundige** Sterbehilfe durch Angehörige oder nahestehende Personen straflos ist.

In Bezug auf das Merkmal der „**oder diesem nahesteht**“ im Anwendungsbereich des § 217 Abs. 2 (Strafausschließungsgründe) ist völlig unklar, wer im Einzelnen davon erfasst sein kann.

1. Die Anforderungen aus Art. 103 Abs. 2 GG

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ergibt sich aus Art. 103 Abs. 2 GG, dass der Gesetzgeber Straftatbestände so konkret zu umschreiben hat, dass die Tragweite und der Anwendungsbereich des Straftatbestands zu erkennen und durch Auslegung zu ermitteln ist.⁵⁸ Dabei sind die Besonderheiten des jeweiligen Straftatbestands sowie auch der Kreis der Normadressaten zu berücksichtigen.⁵⁹ Tatbestände müssen also derart formuliert und ausgestaltet sein, dass ein Normadressat vorab erkennen kann, welches Verhalten erlaubt und welches verboten ist.

Diesen Anforderungen genügt die Formulierung „*oder ihm nahesteht*“ (im Folgenden auch „*nahestehende Person*“) in § 217 Abs. 2 StGB nicht.

§ 217 Abs. 2 StGB lautet:

„Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder ihm nahesteht.“

Aufgrund der weit gefassten Tathandlungen in Absatz 1, ist der Anwendungsbereich

58 Zuletzt BVerfG, Beschluss vom 21. September 2016 - 2 BvL 1/15, Rn. 38 m. w. N.

59 BVerfG, Beschluss vom 23. Juni 2010 - 2 BvR 2559/08 u.a., Rn. 74 m. w. N.

insbesondere der Beihilfe ebenfalls äußerst weit ausgedehnt. Bei der in Absatz 1 erforderlichen Geschäftsmäßigkeit handelt es sich um ein besonderes persönliches Merkmal im Sinne des § 28 Abs. 1 StGB, so dass auch Personen, welche selbst nicht geschäftsmäßig handeln, in den Bereich der strafbaren Teilnahme gelangen können. Als Beihilfehandlungen kommen hier beispielsweise das Fahren des Suizidenten zu einem Suizidhelfer oder das Herstellen des Kontakts zwischen Suizident und Suizidhelfer in Betracht. Um diesen sehr weit gefassten Anwendungsbereich zu beschränken, bleibt nach Absatz 2 der Teilnehmer straffrei, der nicht geschäftsmäßig handelt **und** außerdem entweder Angehöriger des Suizidenten ist oder diesem nahesteht. Absatz 2 erfüllt demnach eine die Strafbarkeit beschränkende Funktion.

2. Der Regelungsgehalt nach dem Willen des Gesetzgebers

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen mittels der Regelung in Absatz 2 Fälle aus dem Anwendungsbereich des Absatzes 1 ausgeschlossen werden, in denen der Teilnehmer gerade aus Mitleid und Mitgefühl handelt und es sich somit nicht um strafwürdiges Unrecht handelt. Die Gesetzesbegründung führt dazu unter anderem aus:

*„Die Regelung berücksichtigt, dass kein Strafbedürfnis gegenüber Personen besteht, die ihren Angehörigen oder **anderen engen Bezugspersonen** in einer in der Regel **sehr belastenden und schwierigen Ausnahmesituation beistehen** wollen. Der Ehemann, der seine todkranke Ehefrau ihrem freiverantwortlich gefassten Entschluss entsprechend zu einem geschäftsmäßig handelnden Suizidhelfer fährt, um sie mit in den Tod zu begleiten, fördert damit zwar als Gehilfe die Haupttat des Suizidhelfers. Er legt damit jedoch **kein strafwürdiges, sondern in der Regel ein von tiefem Mitleid und Mitgefühl geprägtes Verhalten an den Tag.**“⁶⁰*

Und weiter:

„Angesichts der Gleichstellung mit den Angehörigen wird das Bestehen eines auf eine gewisse Dauer angelegten zwischenmenschlichen Verhältnisses

60 BT-Drucks. 18/5373, S. 19 f.; Hervorhebungen hier.

vorausgesetzt; entscheidend ist dabei, dass dem Angehörigenverhältnis entsprechende Solidaritätsgefühle existieren und deshalb auch eine vergleichbare psychische Zwangslage gegeben ist (...). Als derartige „Verhältnisse basaler Zwischenmenschlichkeit“ gelten etwa Liebesbeziehungen, enge Freundschaften, nichteheliche bzw. nicht eingetragene Lebens- und langjährige Wohngemeinschaften. Demgegenüber genügt der bloße „sympathiegetragene gesellschaftliche Umgang mit Sports- und Parteifreunden oder Berufskollegen und Nachbarn“ diesen Anforderungen nicht (...).“⁶¹

Weiter weist die Gesetzesbegründung darauf hin, dass nahestehende Personen auch in den §§ 35, 238, 241 StGB genannt seien.⁶² Für die Einordnung einer Person als „nahestehend“ i. S. v. § 35 StGB müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:⁶³

- Es muss eine Beziehung mit persönlichem Charakter bestehen. Daran fehlt es bei Personen, welche dem Täter lediglich außerhalb des zwischenmenschlichen Bereichs verbunden sind, wie z. B. Arbeitskollegen und reine Vereinsbekanntschaften.
- Die Beziehung muss auf längere Dauer angelegt sein und zum Zeitpunkt der Handlung noch bestehen.
- Die Beziehung muss von der Intensität des Zusammengehörigkeitsgefühls vergleichbar mit der Intensität eines Angehörigenverhältnisses sein. Dies ist nur dann der Fall, wenn die Gefährdung bei dem Handelnden eine ebenso starke psychische Zwangslage bewirkt wie die Gefährdung eines Angehörigen.
- Die Beziehung muss auf Gegenseitigkeit beruhen.
- Ohne Bedeutung ist hingegen die rechtliche Anerkennung der Beziehung.

Als Beispiele für nahestehende Personen oder Verhältnisse, die darauf schließen lassen, werden genannt:

- Verwandte, welche keine Angehörigen im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 1 StGB sind

61 BT-Drucks. 18/5373, S. 20; Hervorhebungen hier.

62 BT-Drucks. 18/5373, S. 20.

63 Ausführlich dazu LK/Zieschang, StGB, 12. Auflage 2006, § 35 Rn. 34 f.

- und verwandtschaftsähnliche Verhältnisse (Pate, Patenkinder),
- eheähnliche Lebensgemeinschaften,
 - enge Liebesbeziehungen und Freundschaften,
 - Personen in Hausgemeinschaft, wie eine langjährige Haushälterin oder Mitglieder einer Wohngemeinschaft,
 - Betreuer, soweit eine über das Betreuungsverhältnis hinausgehende persönliche Bindung besteht.

Die Kommentierungen zu den §§ 238, 241 verweisen bezüglich der nahestehenden Personen regelmäßig auf die Ausführungen zu § 35 StGB.

Somit lässt sich zunächst zusammenfassen, dass die Gruppe der nahestehenden Personen nach dem Willen des Gesetzgebers grundsätzlich restriktiv verstanden werden soll.

3. Die Unbestimmtheit der Regelung

Dieses restriktive Verständnis spiegelt sich aber nicht im Wortlaut des § 217 Abs. 2 StGB wieder (dazu 3.1.), daneben ist der Begriff der „*nahestehenden Person*“ aber auch weder unter Rückgriff auf den Begriff „*Angehörige*“ (dazu 3.2.) noch alleinstehend (dazu 3.3.) mit den Anforderungen des Art. 103 Abs. 2 GG vereinbar.

Vorab ist festzuhalten, dass die Ausgangslage bei § 217 StGB eine andere ist, als bei den §§ 238, 241 StGB. Während bei §§ 238,241 StGB bestimmte Konstellationen im Randbereich des Anwendungsbereichs nicht strafbar sind, obwohl sie sich grundsätzlich unter den Wortlaut der Norm subsumieren lassen würden, ist die Situation bei § 217 Abs. 2 StGB gerade umgekehrt. Bestimmte Konstellationen können „gerade noch“ strafbar sein, obwohl sie sich grundsätzlich auch unter den Wortlaut subsumieren lassen würden und somit straffrei sein könnten.

Zur Verdeutlichung:

Im Rahmen der §§ 238, 241 StGB bewirkt die Verwendung des unbestimmten Begriffs „*nahestehende Person*“ zunächst eine Ausweitung des Anwendungsbereichs der Norm. Wenn beispielsweise der A gegenüber dem B droht, er werden dessen Mitbewohner C umbringen, lässt sich dies grundsätzlich unter den Wortlaut des § 241 StGB subsumieren. Dieser Anwendungsbereich wird aber durch das restriktive Verständnis des Begriffs „*nahestehende Person*“ eingeschränkt, so dass A beispielsweise nicht strafbar ist, wenn der C erst vor wenigen Tagen bei dem B eingezogen ist oder es sich um eine reine Zweckwohngemeinschaft handelt. Das Prinzip lautet also: Strafbarkeit nur, wenn sich die Drohung auf eine nahestehende Person bezieht und der Kreis dieser Personen wird zugunsten des potentiellen Täters eng gezogen.

Dahingegen handelt es sich bei der Regelung des § 217 Abs. 2 StGB um einen persönlichen Strafausschließungsgrund, so dass das restriktive Verständnis des Begriffs „*nahestehende Person*“ den Anwendungsbereich der Ausnahmeregel beschränkt, was im Ergebnis eine Ausweitung der Strafbarkeit bewirkt. Das Prinzip lautet hier: Beihilfe ist grundsätzlich für jedermann strafbar, eine Ausnahme besteht nur für Angehörige und „*nahestehende Personen*“. Ein enges Verständnis des Begriffs „*nahestehende Person*“ führt daher im Vergleich zu einem weniger engen Verständnis zu einer Erweiterung des potentiellen Täterkreises.

An die restriktive Auslegung des Wortlauts in den vom Gesetzgeber angeführten Vorschriften der §§ 35, 238 und 241 StGB kann daher nicht angeknüpft werden und die Bestimmtheit ist anhand des Wortlauts neu zu prüfen.

a. Der Wortlaut der Norm

Prüfungsmaßstab für die Bestimmtheit einer Norm ist vorrangig der Wortlaut der Norm.

Das Wort „*nahestehen*“ bedeutet nach dem Duden in Bezug auf eine Person „*zu jemand in enger Beziehung stehen*“; als Synonyme werden daneben auch „*ein enges Verhältnis haben, eng verbunden sein, sympathisieren, sich verbunden fühlen*“

aufgeführt.⁶⁴ Somit zeigt sich bereits, dass das Wort „*nahestehen*“ umgangssprachlich deutlich weniger eng verstanden wird, als es nach dem Willen des Gesetzgebers beabsichtigt ist. Dies zeigt sich beispielsweise auch in der gebräuchlichen Redewendung „*er steht der X-Bewegung nahe*“, welche „*nahestehen*“ als Synonym für Sympathie im weitesten Sinne verwendet. Somit ergibt das Wort „*nahestehen*“ lediglich, dass ein engeres Verhältnis bestehen muss, ohne dass sich daraus bestimmte Anforderungen an die Qualität des tatsächlichen Näheverhältnisses entnehmen lassen.

b. Kein Rückgriff auf den Begriff „Angehörige“

Auch die Konkretisierung des Begriffs der „*nahestehenden Person*“ anhand des Begriffs des „*Angehörigen*“ ist in doppelter Hinsicht verfehlt und damit im Ergebnis nicht geeignet, die Unbestimmtheit des Absatzes 2 aufzuheben.

Die vom Gesetzgeber befürwortete Auslegung des Begriffs der „*nahestehenden Person*“ anhand des Begriffs der „*Angehörigen*“ findet bereits keinen Niederschlag im Wortlaut des Absatzes 2. Die verwendete Formulierung „*entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder ihm nahesteht*“ spricht für ein gleichwertiges Alternativverhältnis beider Begriffe. „*Nahestehende Person*“ ist gerade kein Unterbegriff des „*Angehörigen*“, sondern eine Alternative und steht eigenständig daneben.

Wenn der Gesetzgeber tatsächlich hätte zum Ausdruck bringen wollen, dass sich die Anforderungen an das Näheverhältnis der „*nahestehenden Personen*“ an dem Näheverhältnis der „*Angehörigen*“ orientieren sollen, so müsste die Formulierung beispielsweise „*entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder ihm sonst nahesteht*“ oder auch „*oder ihm ähnlich nahesteht*“ lauten. Mit einer solchen Fassung des Wortlauts wäre klar erkennbar, dass der „*Angehörige*“ der „Idealtyp“ (Spezialfall) einer „*nahestehenden Person*“ und somit ein Beispiel für das erforderliche besondere Näheverhältnis ist. So wäre für den Normadressaten erkennbar, dass der gemeinsame Nenner beider Begriffe das herausgehobene Zusammengehörigkeitsgefühl und der Begriff „*nahestehende Person*“ anhand des Begriffs „*Angehöriger*“ zu konkretisieren ist.

64 <http://www.duden.de/rechtschreibung/nahestehen> (zuletzt aufgerufen 3. Juli 2017).

Aber auch unabhängig vom Wortlaut des § 217 Abs. 2 StGB ist der Verweis auf den Begriff „*Angehöriger*“ nicht geeignet, den Begriff „*nahestehende Person*“ näher zu konkretisieren. Der Begriff „*Angehörige*“ wird in § 11 Abs. 1 Nr. 1 StGB definiert, welcher wiederum an familien- und pflegerechtliche Wertungen anknüpft, ohne dass es auf ein tatsächliches Näheverhältnis ankommt.⁶⁵ Für den Angehörigenstatus kommt es allein auf formale Gesichtspunkte an, es handelt sich also um einen rechtlichen und nicht um einen tatsächlichen Begriff. Mit Blick auf die Vielfältigkeit familiärer Verhältnisse (und Dramen) kann es insgesamt auch allenfalls als Fiktion bezeichnet werden, wenn man behaupten wollte, dass sich Angehörige nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 StGB in tatsächlicher Hinsicht stets besonders nahestehen würden. Gerade bei zerrütteten oder zerstrittenen Familien sind die Solidaritätsgefühle gegenüber den eigenen Angehörigen keine Selbstverständlichkeit. Es besteht somit kein Erfahrungssatz, nach welchem sich Angehörige im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 1 StGB in tatsächlicher Hinsicht stets besonders nahestehen.

Da der Begriff „*Angehöriger*“ somit keine Aussage über die tatsächlichen Verhältnisse zwischen den Familienangehörigen trifft, sondern lediglich an die rechtlichen Verhältnisse anknüpft, ist er ungeeignet, den Begriff „*nahestehende Person*“ zu konkretisieren, da es dort allein auf die tatsächlichen Verhältnisse zwischen zwei Personen ankommt. Ein in tatsächlicher Hinsicht unbestimmter Begriff kann nicht durch Verweis auf einen Rechtsbegriff, der über die tatsächlichen Verhältnisse keine Aussage trifft, konkretisiert werden.

c. Der Begriff „nahestehende Person“ ist unbestimmt

Der Begriff „*nahestehende Person*“ ist für sich genommen unbestimmt. Dabei sind für die Bestimmtheit einer Norm neben dem Adressatenkreis auch die Besonderheiten des zu regelnden Sachverhalts zu berücksichtigen.

Es besteht bereits allgemein ein fast unbegrenztes Spektrum an verschiedenen Formen der zwischenmenschlichen Beziehungen, deren Vielfältigkeit mit den beschränkten

⁶⁵ SSW-StGB/Satzger, 3. Auflage 2016, § 11 Rn. 3 m. w. N.

Mitteln des Strafprozesses naturgemäß nur schwer bis gar nicht zu erfassen ist. Ob sich zwei Menschen gegenseitig als nahestehende Personen betrachten und im Falle der Gefährdung des anderen der geforderten psychischen Zwangslage ausgesetzt sind, beruht allein auf deren subjektiven Gefühlen zueinander und kann von Außenstehenden nicht anhand einer „Checkliste“ beurteilt werden. Es gibt keinen Erfahrungssatz, nach dem sich nur Personen nahestehen können, welche beispielsweise in bestimmten Intervallen Kontakt zueinander haben oder sich über einen bestimmten Zeitraum hinweg kennen. Vielmehr ist es Ausdruck des allgemeinen Persönlichkeitsrechts, in welcher Form und welcher Intensität jeder Mensch seine zwischenmenschlichen Beziehungen leben und gestalten möchte und dabei gibt es kurze und intensive, genauso wie lange und oberflächliche Beziehungen, so dass sich aus den äußeren Kriterien keine pauschalen Rückschlüsse auf die Werthaltigkeit einer Beziehung ziehen lassen.

Für die Beantwortung der Frage, ob es sich bei einer Beziehung um ein anerkennenswertes (und damit straffreies) Näheverhältnis oder um ein nichtschützenswertes sonstiges Verhältnis handelt, lässt sich - wie bereits dargelegt - aus dem Gesetz nichts gewinnen. Die Beantwortung dieser Frage wird damit alleine den Strafverfolgungsbehörden und den Gerichten überantwortet, so dass die Antwort letztlich in hohem Maße von den sozialen und ethischen Vorprägungen der jeweils entscheidungsbefugten Personen determiniert wird.

Zudem ist bei § 217 Abs. 2 StGB die besondere Situation der Normadressaten in die Anforderungen an die Bestimmtheit miteinzubeziehen.

Die Adressaten des § 217 Abs. 2 StGB sind mit dem bevorstehenden (Frei-)Tod einer Person konfrontiert, der sie zumindest so nahestehen, dass sie in deren Willensbildung einbezogen werden. Für nicht geschäftsmäßig handelnde Personen bedeutet dies in der Regel eine emotionale Ausnahmesituation. Hinzu kommt, dass Suizidenten, die alt und pflegebedürftig sind, häufig nur noch über eingeschränkte Sozialkontakte verfügen.

Die emotionale Ausnahmesituation und die konkreten sozialen Gegebenheiten am Ende eines Lebens können die Bestimmung, wer eine „nahestehende Person“ ist und wer nicht, deutlich erschweren. Angesichts des eigenen bevorstehenden Todes können

bereits einige gemeinsame Tage und Gespräche im Krankenhaus mit einem ebenfalls Todkranken einen intensiveren Kontakt darstellen, als beispielsweise langjährige Bekanntschaften in gesunden Zeiten.

Unklar ist auch, ob beispielsweise Ärzte, Pfleger und andere berufsmäßige Helfer, „*nahestehende Personen*“ sein können oder nicht. Exemplarisch ist hier an Hausärzte im ländlichen Bereich zu denken, welche Patienten oftmals über 20 bis 30 Jahre betreuen. Es ist nicht ersichtlich, warum beispielsweise ein solcher Arzt, der einmalig einem todkranken Patienten nach langen Gesprächen bei der Herstellung des Kontakts zu einem Verein für Sterbehilfe hilft, nicht ebenso aus Mitleid und Mitgefühl handeln können soll, wie ein (straffreier) Angehöriger. Gleiches gilt für Pflegekräfte. Diese stellen oftmals für Pflegepatienten über Jahre hinweg eine der Hauptbezugspersonen dar. Auch für diese Personen ist es nicht vorhersehbar, ob sie unter die „*nahestehende Personen*“ fallen oder nicht.

Damit ist der Begriff „*nahestehende Person*“ insgesamt als unbestimmt zu betrachten. Aus dem Gesetz lässt sich nicht entnehmen, welche Näheverhältnisse anerkannt werden und welche nicht.

4. Zusammenfassung

Zusammengefasst bleibt also festzustellen, dass der Begriff „*nahestehende Personen*“ im Kontext des § 217 StGB unbestimmt und somit unvereinbar mit Art. 103 Abs. 2 GG ist. Der Begriff ist weder umgangssprachlich eindeutig festgelegt, noch lässt er sich anhand des Begriffs „Angehörige“ konkretisieren, so dass ein Normadressat nicht hinreichend erkennen kann, ob sein Verhalten strafbar oder straflos ist.

V. Verletzung von Art. 12 GG

1. Schutzbereich

Der Schutzbereich des Art. 12 Abs. 1 GG ist in persönlicher Hinsicht für alle Deutschen eröffnet. In sachlicher Hinsicht ist Art. 12 Abs. 1 GG als Grundrecht mit einem

einheitlichen Schutzbereich zu verstehen, der sowohl die Berufswahl als auch die Berufsausübung umfasst.⁶⁶ Maßgeblich ist zunächst der Begriff des Berufs. Dieser wird weit ausgelegt.⁶⁷ Ein Beruf im Sinne der grundgesetzlichen Vorschrift ist jede auf Dauer angelegte Tätigkeit, die der Schaffung und Erhaltung einer Lebensgrundlage dient und nicht schlechthin gemeinschädlich ist.⁶⁸

Der Schutzbereich der Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG ist in sachlicher und persönlicher Hinsicht für diejenigen Beschwerdeführer eröffnet, die entgeltlich ärztliche Suizidhilfe anbieten bzw. für diese angefragt oder in Anspruch genommen werden. Die Berufsfreiheit wird durch die Gesetzesbegründung zu § 217 StGB als maßgeblich durch die neue Strafbarkeitsanordnung tangiertes Grundrecht angesprochen.⁶⁹ Es ist für die Eröffnung des Schutzbereiches der Berufsfreiheit unerheblich, ob die Suizidassistenz als eigenständiger Beruf aufgefasst wird oder nur als Teilaspekt der Tätigkeit als Arzt und damit als Teil eines Berufes.⁷⁰ Eine Mitwirkung am freiverantwortlichen Suizid entspricht auch einem Aspekt der beruflichen ärztlichen Tätigkeit und fällt damit in den grundrechtlichen Schutzbereich. Eine solche Tätigkeit ist nicht schlechthin sozial- oder gemeinschädlich,⁷¹ sondern Ausdruck eines gewünschten ärztlichen Beistandes und damit Unterstützungs- und Beistandshandlung, die Ausdruck sozialer Fürsorge ist. Motiviert ist dieser Beistand durch den Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen. Zudem ist der Schutzbereich nicht auf einfachrechtlich erlaubte Tätigkeiten

66 *Scholz*, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, Art. 12, Rn. 22 ff.; Kingreen/Poscher, Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 899 ff.

67 BVerfGE 14, 19, 22; *Scholz*, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, Art. 12, Rn. 28; vgl. BVerfG, Urteil vom 1. März 1979, 1 BvR 532/77, juris, Rn. 171; Kingreen/Poscher, Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 901.

68 BVerfGE 7, 377 = BVerfG, Entscheidung vom 11. Juni 1958, 1 BvR 596/56, juris, Rn. 55 ff.; *Scholz*, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, Art. 12, Rn. 29.

69 BT-Drs. 18/5373, S. 12.

70 Vgl. zu Berufsbildern und Nebentätigkeiten: *Jarass*, in: Jarass/Pieroth, GG Kommentar, Art. 12, Rn. 5 ff., 38-39; *Mann*, in: Sachs, Grundgesetz Kommentar, Art. 12, Rn. 67 ff.

71 *Scholz*, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, Art. 12, Rn. 35 ff.; vgl. Kingreen/Poscher, Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 901.

beschränkt.⁷² Die Landesärztekammern regeln in ihren Landesberufsordnungen die ärztliche Suizidassistenz uneinheitlich. Bereits die dortigen Divergenzen zeigen, dass die Tätigkeit zumindest teilweise als ärztliche Tätigkeit begriffen wird, die einer Regelung bedarf. Dies genügt für die generelle Eröffnung des Schutzbereiches.

Fraglich ist, ob sich die Vereine im Bereich der Sterbehilfe, die ohne Gewinnerzielungsabsicht handeln, auf Art. 12 GG berufen können, da zum „Beruf“ der Definition nach nur eine Tätigkeit gehören kann, die der Schaffung und Erhaltung einer Lebensgrundlage dient. Demgemäß ordnet die Gesetzesbegründung zu § 217 StGB die ehrenamtliche Suizidbeihilfe lediglich dem Schutzbereich der allgemeinen Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG zu.

2. Eingriff

§ 217 StGB greift in den Schutzbereich des Art. 12 Abs. 1 GG im Hinblick auf die Ärzte ein. Ein Eingriff im klassischen Sinne ist jede Maßnahme, die den Schutzbereich eines Grundrechts als Rechtsakt gezielt und unmittelbar durch Befehl bzw. Zwang verkürzt.⁷³ Diese Erfordernisse werden zum Teil als zu eng kritisiert.⁷⁴ Sofern ein klassischer Eingriff nicht vorliegt, kann jedoch ein Eingriff im modernen Sinne vorliegen. Dies ist der Fall, wenn eine Regelung mittelbar den Schutzbereich eines Grundrechts verkürzt, sodass eine faktische Beeinträchtigung vorliegt.⁷⁵ Im Rahmen der Berufsfreiheit wird für die Annahme eines Eingriffs entweder ein unmittelbarer Bezug zur Berufstätigkeit oder zumindest eine objektiv berufsregelnde Tendenz gefordert.⁷⁶

72 BVerfGE 115, 276, 300 f.; *Scholz*, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, Art. 12, Rn. 38; *Jarass*, in: Jarass/Pieroth, GG Kommentar, Art. 12, Rn. 8; *Ruffert*, in: Epping/Hillgruber, BeckOK Grundgesetz, Art. 12, Rn. 42.

73 Kingreen/Poscher, Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 231, 259.

74 Kingreen/Poscher, Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 260.

75 Kingreen/Poscher, Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 261 ff.

76 BVerfG, Beschluss vom 22. März 2012, 1 BvR 3169/11, NJW-RR 2012, 1071, 1072 m. w. N.; BVerfG, Beschluss vom 12. April 2005, 2 BvR 1027/02, NJW 2005, 1917, 1919 m. w. N.; BVerfG, Urteil vom 8. April 1997, 1 BvR 48/94, NJW 1997, 1975, 1975; *Jarass*, in: Jarass/Pieroth, GG Kommentar, Art. 12, Rn. 14 ff.; *Mann*, in: Sachs, Grundgesetz Kommentar, Art. 12, Rn. 94 f.

Die strafrechtliche Regel wirkt sich für Ärzte, die ausschließlich als Gutachter für Suizidwillige zu Fragen der Lebensbeendigungsabsicht und möglicher Therapieansätze oder sonst beratend in diesem Umfeld tätig sind, faktisch als Berufsverbot aus. Eine objektiv berufsregelnde Tendenz des § 217 StGB liegt vor. Durch die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung kann ein Arzt nicht einmal mehr eine rein gutachterliche Tätigkeit für einen Suizidwilligen durchführen. Das gilt selbst dann, wenn ein solches Gutachten die Ernsthaftigkeit und Endgültigkeit des Suizidwillens verneinen oder Willensmängel des Suizidwilligen attestieren würde.

Die Gesetzesbegründung zu § 217 StGB qualifiziert diesen selbst als Eingriff in die Berufsfreiheit der Ärzte, und zwar als objektive Berufswahlregelung und damit intensivste Einschränkungform.⁷⁷

3. Verhältnismäßigkeit

Die Berufsausübung kann durch oder aufgrund eines Gesetzes geregelt werden, wie sich aus Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG ergibt. Dieser Regelungsvorbehalt bezieht sich gleichermaßen auf Berufsausübung wie auf Berufswahl und erlaubt Einschränkungen der Berufswahl und Berufsausübung durch den Gesetzgeber.⁷⁸ Dies ist notwendige Konsequenz des einheitlichen Schutzbereiches, aus dem ein einheitlich zu verstehender Schrankenvorbehalt resultiert.⁷⁹ Der § 217 StGB stellt eine Regelung im Sinne des Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG dar. Allerdings ist er im Ergebnis (jedenfalls) unverhältnismäßig und damit materiell verfassungswidrig.⁸⁰

77 BT-Drs. 18/5373, S. 12.

78 BVerfGE 7, 377-444 (Apotheken-Urteil); *Scholz*, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, Art. 12, Rn. 26.

79 *Jarass*, in: *Jarass/Pieroth*, GG Kommentar, Art. 12, Rn. 27; *Kingreen/Poscher*, Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 899.

80 Vgl. zum Verhältnismäßigkeitsgrundsatz im Rahmen der Berufsfreiheit auch BVerfG, Beschluss vom 16. März 1971, 1 BvR 52/66, Rn. 60 ff.

Verhältnismäßig ist eine Maßnahme dann, wenn sie einem legitimen Ziel dient und zur Erreichung dieses Ziels geeignet, erforderlich und angemessen ist.⁸¹ Der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz wurde durch das Apothekenurteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 1958 im Hinblick auf die Berufsfreiheit jedoch durch die sogenannte 3-Stufen-Lehre modifiziert.⁸² Es werden verschiedene Eingriffsarten unterschiedlicher Schwere unterschieden. Je schwerer ein Eingriff ist, umso strengere Verhältnismäßigkeitsanforderungen gelten für seine mögliche Rechtfertigung.⁸³ Danach ist zwischen reinen Berufsausübungsregeln als Eingriff auf geringster Stufe und subjektiven und objektiven Berufswahlregeln, als jeweils intensiver werdender Eingriff auf nächsthöherer Stufe zu differenzieren.⁸⁴ Reine Berufsausübungsregeln regeln lediglich die Art und Weise der Berufsausübung, wohingegen subjektive Berufswahlregeln Anforderungen an die Berufswahl aufstellen, die an Eigenschaften des Einzelnen, die in seiner Person liegen, als Zugangsvoraussetzung anknüpfen und objektiven Berufswahlregeln, die objektive Kriterien für die Wahl eines bestimmten Berufs titulieren.⁸⁵ Zur Rechtfertigung genügt für die reinen Berufsausübungsregeln jede vernünftige Erwägung des Allgemeinwohls, subjektive und objektive Berufswahlregeln können nur zum zwingend erforderlichen Schutz besonders wichtiger Gemeinschaftsgüter gerechtfertigt werden.⁸⁶ Die starren Grundsätze der 3-Stufen-Lehre werden jedoch kritisch gesehen und zum Teil werden hiervon in atypischen Fällen auch Ausnahmen gemacht, sofern andernfalls der Art und Schwere des Grundrechtseingriffs nicht adäquat begegnet werden kann.⁸⁷

a. Legitimes Ziel

81 Kingreen/Poscher, Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 297 ff.; vgl. auch *Jarass*, in: Jarass/Pieroth, GG Kommentar, Art. 12, Rn. 40 ff.

82 BVerfGE 7, 377.

83 BVerfGE 7, 377; *Jarass*, in: Jarass/Pieroth, GG Kommentar, Art. 12, Rn. 33 ff.; Kingreen/Poscher, Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 917 ff.

84 *Mann*, in: Sachs, Grundgesetz Kommentar, Art. 12, Rn. 126 ff.; Kingreen/Poscher, Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 917 ff.

85 *Ruffert*, in: Epping/Hillgruber, BeckOK Grundgesetz, Art. 12, Rn. 93 ff.

86 BVerfGE 7, 377-444; *Scholz*, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, Art. 12, Rn. 335.

87 BVerfGE 102, 197, 215; *Scholz*, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, Art. 12, Rn. 336.

Der § 217 StGB müsste zunächst ein legitimes Ziel verfolgen. Als objektive Berufswahlregelung muss der § 217 StGB in Anwendung der durch das Bundesverfassungsgericht entwickelten sog. 3-Stufen-Lehre besonders strengen Verhältnismäßigkeitsgrundsätzen genügen. Er muss der Abwehr „nachweisbarer oder höchstwahrscheinlicher schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut“ dienen.⁸⁸ Die Gesetzesbegründung geht allerdings davon aus, dass die „starre Stufeneinordnung“ vorliegend nicht zur Anwendung kommen soll, sondern eine „situationsbezogene Einzelfallbewertung“ zu treffen ist und allein die Verhältnismäßigkeit im Allgemeinen gewahrt sein muss.⁸⁹ Selbst wenn diese Annahme zugrunde zu legen ist, genügt der § 217 StGB auch diesen „einfachen“ Anforderungen nicht.

Ausweislich der Gesetzesbegründung verfolgt die Strafnorm den Schutz des menschlichen Lebens und der freien Willensentscheidung des Suizidwünschenden.⁹⁰

Wie oben bereits dargelegt, hat eine Person, die den Suizid aus sich heraus freiwillig wünscht, kein Interesse mehr an der Fortsetzung des eigenen Lebens, sodass auch die Förderung der Realisierung dieses Wunsches nicht zu einer Gefährdung des menschlichen Lebens führen kann. In dem Moment, in dem jemand im Sinne des § 217 StGB die Selbsttötung fördert, besteht kein schutzwürdiges Interesse des Einzelnen an seinem menschlichen Leben. Mithin besteht insoweit kein geeignetes schutzwürdiges Ziel. Ansonsten würde man eine rechtlich unzulässige Pflicht zum Weiterleben aufbürden. Eine „Pflicht zum Weiterleben“ kennt die Strafrechtsordnung jedoch nicht und ebenso wenig das Grundgesetz.⁹¹ Einer Gefährdung der freien Willensentscheidung des Suizidwünschenden beugt die mit der Verfassungsbeschwerde angefochtene Norm – wie bereits oben dargelegt – jedenfalls nicht vor.

88 BVerfGE 7, 377-444.

89 BT-Drs. 18/5373, S. 12 mit Verweis auf BVerfGE 102, 197, 215.

90 BT-Drs. 18/5373, S. 12-13.

91 Vgl. BT-Drs. 18/5375, S. 10; BVerwG, Urteil vom 2. März 2017, 3 C 19.15, S. 19.

Gleiches gilt für eine abstrakte Gefährdung des menschlichen Lebens von Personen, die sich zur Selbsttötung erst durch das Angebot der Förderung gedrängt sehen. Dass diese durch die Unterstützung und Beratung eines Arztes gefährdet wird, ist darüber hinaus ebenfalls nicht hinreichend dargelegt, geschweige denn ausreichend nachvollziehbar bewiesen.⁹²

Ein Eingriff in die Autonomie des Einzelnen bei fehlender Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung lässt sich nicht begründen. Bei Strafflosigkeit eines solchen Handelns kann der Einzelne frei wählen, ob er ein entsprechendes Angebot annimmt oder ablehnt bzw. nicht sucht. Die im Bereich der Förderung der Selbsttötung Tätigen können frei entscheiden, ob sie in diesem Bereich tätig sein möchten oder nicht. Sofern sie in diesem Bereich tätig sind, respektieren sie gerade den Patientenwillen, der Ausdruck seines Selbstbestimmungsrechts ist. Die bloße Wiederholung einer Unterstützung der Selbsttötung und damit die Begründung der Geschäftsmäßigkeit dieses Handelns kann dessen Unwertgehalt nicht begründen. Das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen erfordert die Möglichkeit, den Suizid wählen zu können und zu dessen Durchführung ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Der § 217 StGB verfolgt damit schon – jedenfalls ganz offensichtlich im Hinblick auf die Strafbarkeit der Ärzte – kein legitimes Ziel und ist bereits aus diesem Grund unverhältnismäßig und damit verfassungswidrig.

b. Geeignetheit

Selbst wenn die in der Gesetzesbegründung aufgeführten Gründe für die Schaffung des § 217 StGB als legitime Ziele unterstellt würden, müsste die Strafnorm zur Erreichung dieser Ziele auch geeignet sein. Geeignet ist eine Maßnahme dann, wenn sie die Zweckerreichung zumindest fördert.⁹³ Die Gesetzesbegründung zu § 217 StGB erkennt bereits in der dem Gesetzesentwurf zugrundeliegenden Problemdarstellung an, dass sich die Strafflosigkeit des Suizidversuches und die Teilnahme daran als Konzept

92 Vgl. hierzu auch Roxin, NSTz 2016, 185, 188, der das Fehlen einer „greifbaren Rechtsgutsverletzung“ moniert.

93 BVerfG, Beschluss vom 16. März 1971, 1 BvR 52/66, Rn. 64; BVerfG, Beschluss vom 27. Januar 1983, 1 BvR 1008/79, juris, Rn. 97.

bewährt haben und hieran auch durch die Einführung des § 217 StGB nicht gerüttelt werden soll.⁹⁴ Die dem Gesetzesentwurf zugrundeliegende Vorstellung, Ärzte würden in der Regel keine Suizidbeihilfe leisten, geht in der Praxis fehl, wie sich eindrücklich aus den einzelnen Verfassungsbeschwerden ergibt, die hierfür zahlreiche Belege anführen.

Das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit ist ungeeignet, die vom Gesetzgeber intendierte Unterscheidung zwischen strafloser und strafbarer Suizidbeihilfe rechtssicher zu gewährleisten.⁹⁵ Insbesondere wird hierdurch nicht die Straflosigkeit von Ärzten, die nur gelegentlich Suizidbeihilfe leisten, gewährleistet. Das Merkmal „geschäftsmäßig“ wird in § 217 StGB ausweislich der Gesetzesbegründung nicht mit einer Gewinnerzielungsabsicht gleichgesetzt. Es kommt auf eine Wiederholungsabsicht an, nicht hingegen auf kommerzielle Orientierungen. Damit ist bereits die erstmalige Unterstützung bei der Selbsttötung, sofern diese mit Wiederholungsabsicht erbracht wird, strafbar. Damit besteht der denkbar weiteste Strafbarkeitsrahmen überhaupt. Eine verfassungskonforme Auslegung scheidet vorliegend aus.

Nur die Privilegierung von Ärzten, bzw. ihre Herausnahme aus dem Anwendungsbereich des § 217 StGB würde eine verhältnismäßige Lösung für diese darstellen. Durch die mit § 217 StGB verbundene Strafandrohung kann sich der Suizidsuchende nicht mehr vertrauensvoll an seinen Arzt wenden und sich gegenüber diesem öffnen, da der Arzt gehalten ist, diesem Wunsch strikt entgegenzutreten. Konsequenz des Bestehens des § 217 StGB wird sein, dass jegliche vertrauensvolle Kommunikationsbasis, die eine Therapierung dieses Tötungswunsches ermöglichen würde, bereits im Vorfeld zerstört wird. Es steht zu befürchten, dass die Suizidwilligen andere Auswege finden, die eine Belastung für die Allgemeinheit darstellen (etwa der Schientod) und ihnen kein würdevolles Sterben ermöglichen. Durch die Einführung des § 217 StGB wird sogar die Chance, den möglichen Suizid zu verhindern, verringert. Es ist somit nicht erkennbar, inwiefern der § 217 StGB den Schutz des Lebens und des Selbstbestimmungsrechts fördern könnte.

94 BT-Drs. 18/5373, S. 2.

95 Vgl. hierzu Roxin, NStZ 2016, 185, 189, der neben der Ungeeignetheit zur Zweckerreichung auch von Beweisproblemen ausgeht.

c. Erforderlichkeit

Der § 217 StGB müsste für die Zielerreichung auch erforderlich sein. Erforderlich ist eine Maßnahme nur dann, wenn keine gleich wirksamen milderen Mittel zur Erreichung des Ziels zur Verfügung stehen.⁹⁶ Diesen Anforderungen genügt der § 217 StGB nicht, da verschiedene mildere gleich wirksame Mittel zur Zielerreichung, dem Schutz menschlichen Lebens und der Selbstbestimmung des Einzelnen, existieren. Ein milderes gleich wirksames Mittel würde etwa die Vorschaltung eines Verwaltungsverfahrens mit Beteiligung von Rechtsanwälten und Seelsorgern oder Sozialarbeitern neben Ärzten darstellen. Hierdurch würde ein größeres Maß an Kontrolle und Feinsteuerung erreicht und jeder Einzelfall könnte adäquat behandelt werden, wohingegen die generelle Strafandrohung des § 217 StGB nicht mehr zwischen den Einzelfällen differenziert und eine zu pauschale bzw. generelle „Lösung“ darstellt. Präventionsmaßnahmen könnten in diesem Rahmen weitaus effektiver getroffen werden als bei einer generellen nachträglichen Bestrafung. Der Schutz vor Übereilung wäre gewährleistet und es bestünde ein professioneller und kontrollierter Rahmen, in dem insbesondere über Alternativen zum Suizid eingehend beraten werden könnte.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass eine Beschränkung des Verbots der Förderung der Selbsttötung auf gewerbsmäßiges Handeln nicht ausreiche, da vordergründig nicht auf Gewinnerzielung ausgelegte Angebote genau das gleiche Gefährdungspotential der Beeinflussung und Gefährdung des menschlichen Lebens böten. Vorgelagerte Kontrollen seien milder, aber nicht gleich effektiv. Allerdings bleibt unklar, worauf sich diese pauschale Behauptung stützt, hierzu gibt es soweit ersichtlich keine belastbaren Erfahrungswerte. Bereits bisher wurde ausweislich der Darlegungen und Anlagen der einzelnen Verfassungsbeschwerden im Rahmen der Unterstützung bei der Selbsttötung durch Organisationen mit dem Betroffenen selbst gesprochen, zwei ärztliche Vorstellungen gefordert und ein ärztliches Gutachten zur Ernsthaftigkeit und Endgültigkeit des Suizidwillens eingeholt. Angehörige wurden ebenfalls miteinbezogen. Wenn der ernste und endgültige Suizidwunsch zusätzlich durch die Beziehung eines

96 BVerfG, Beschluss vom 16. März 1971, 1 BvR 52/66, Rn. 64; vgl. BVerfG, Beschluss vom 16. Januar 1980, 1 BvR 249/79, juris, Rn. 46 ff.

Anwalts und ggf. einer weiteren Stelle, wie eines Sozialarbeiters, abgesichert würde, wäre ein milderes gleich wirksames Mittel zur Zielerreichung zu realisieren.

Auch eine rein gewerberechtliche Regelung wäre ein milderes gleich wirksames Mittel. Diese könnte mit einem Werbeverbot kombiniert werden, sodass keine abstrakte Gefährdungslage für den Lebensschutz anderer entstünde. Der alternative Gesetzesentwurf⁹⁷ belegt die Möglichkeit einer Schaffung milderer gleich wirksamer Mittel. Er sieht Mechanismen zu Beratungsgesprächen und Kontrollen im Bereich der Förderung der Selbsttötung vor und ordnet eine Strafbarkeit in viel engerem Umfang und bei konkreter benannten Verstößen an. Milder und gleich effektiv wäre es auch gewesen, Ärzte generell vom Anwendungsbereich des § 217 StGB auszunehmen. Angesichts der Tatsache, dass eine Gefahr durch die bisherige Straffreiheit im Bereich der eigenverantwortlichen Selbsttötung nicht näher vom Gesetzgeber dargelegt wurde, ist der „Sprung“ zur allumfassenden und denkbar weitesten Strafbarkeit nicht verständlich. Er ist nicht erforderlich.

d. Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne

Der § 217 StGB ist darüber hinaus auch nicht verhältnismäßig im engeren Sinne.⁹⁸ Im Rahmen einer umfassenden Interessenabwägung überwiegen die Interessen der Suizidsuchenden und der sie beratenden Ärzte und Organisationen gegenüber dem Schutz der Allgemeinheit vor einem als Normalität erscheinenden Angebot der Suizidbeihilfe.

aa) Der um Beihilfe Suchende sollte nicht in seiner Angst allein gelassen und seinem Leiden ohne „Ausweg“ überlassen werden. Er soll nicht in unvermeidlich zunehmender Fremdbestimmung auf den Tod warten müssen, sondern selbstbestimmt einen anderen Weg wählen können. Ärztliche Hilfe ist hierfür unabdingbar. Wie bereits dargelegt, garantiert das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen, das Ausfluss seines allgemeinen Persönlichkeitsrechts ist, ein Recht auf Suizid und damit zwingenderweise

97 BT-Drs. 18/5375.

98 Vgl. auch zur Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne: BVerfG, Beschluss vom 27. März 2012 – 2 BvR 2258/09, juris, Rn. 58.

einhergehend ein Recht auf Wahl der Art und Weise der Selbsttötung, insbesondere durch ärztliche Unterstützung. Durch die neue Strafnorm wird die Möglichkeit eines möglichst selbstbestimmten, würdevollen, sicheren und schmerzfreien Sterbens genommen. Bereits aus dem Umstand, dass der § 217 StGB den Suizidwilligen in verfassungswidriger Weise in seinem Recht auf einen selbstbestimmten Tod durch ärztliche Unterstützung aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG verletzt, folgt auch die Verletzung der Berufsfreiheit der Ärzte, die diese Unterstützungshandlung für den Selbsttötungsprozess leisten. Das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen kann nur umfassend gewährleistet werden, wenn den Ärzten die geschäftsmäßige Unterstützung bei der Selbsttötung garantiert wird. Der Umstand, dass der Einzelne ein Recht auf ärztlichen Beistand beim Suizid hat, belegt, dass in dieser Tätigkeit ein durch Art. 12 GG uneingeschränkt zu schützendes Verhalten liegt. Eine Einschränkung kann unter diesem Gesichtspunkt nicht verfassungsrechtlich gerechtfertigt werden.⁹⁹ Bei einer Pönalisierung der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung besteht zudem die Gefahr, dass sich Suizidwillige nun an unerfahrene Helfer aus dem „Untergrund“ wenden und zum anderen die Gefahr eines Fehlschlags mit dauerhaft zurückbleibenden Schäden ebenso wie eine übereilte Förderung der Selbsttötung und nicht ausreichende Eruiierung der Ernsthaftigkeit des Willens des Suizidwünschenden.

Das Bundesverwaltungsgericht hat mit seiner Entscheidung vom 2. März 2017 festgestellt, dass es ausnahmsweise keiner Erlaubnis zum Erwerb von Betäubungsmitteln bedarf, wenn diese zum Zweck der Selbsttötung erworben werden.¹⁰⁰ Mit einem Leitsatz statuiert es ausdrücklich: „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG umfasst auch das Recht eines schwer und unheilbar kranken Menschen zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt sein Leben enden soll, vorausgesetzt, er kann seinen Willen frei bilden und entsprechend handeln.“¹⁰¹ Das Betäubungsmittelgesetz enthält keine eindeutige Aussage, ob die Abgabe von Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung erlaubt sein soll.¹⁰² Das Gericht erklärt in seinen Entscheidungsgründen, nicht im Widerspruch

99 Vgl. ähnlich auch Roxin, NStZ 2016, 185, 191.

100 BVerwG, Urteil vom 2. März 2017, 3 C 19.15, S. 10 f.

101 BVerwG, Urteil vom 2. März 2017, 3 C 19.15.

102 BVerwG, Urteil vom 2. März 2017, 3 C 19.15, S. 6.

zu § 217 StGB zu stehen.¹⁰³ Es hat ausdrücklich offen gelassen, ob ein Arzt eine letale Dosis Betäubungsmittel verschreiben darf.¹⁰⁴

Die in den Gründen zum Ausdruck kommende Wertung der Achtung des Selbstbestimmungsrechts des unheilbar Kranken sollte auf die Handhabung der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung übertragen werden. „Die verfassungsrechtlich gebotene Achtung vor dem persönlichen Umgang des Einzelnen mit Krankheit und dem eigenen Sterben schließt auch die freiverantwortlich getroffene Entscheidung schwer kranker Menschen ein, ihr Leben vor Erreichen der Sterbephase oder losgelöst von einem tödlichen Krankheitsverlauf beenden zu wollen.“¹⁰⁵ In diesem Zusammenhang sieht es das Gericht als Grundrechtsverletzung an, sofern der Einzelne seinen Sterbewunsch nicht oder nur unter unzumutbaren Bedingungen realisieren kann.¹⁰⁶ Dies ist uneingeschränkt auf die ärztliche Suizidförderung zu übertragen. Es ist für den Einzelnen unzumutbar, wenn er auf einen Suizid ohne die Möglichkeit ärztlichen Beistands beschränkt wird.

Nahezu zeitgleich hat das Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen mit Urteil vom 17. Februar 2017 eine im Widerspruch zum Bundesverwaltungsgericht stehende Entscheidung zu dieser Thematik getroffen. Das Oberverwaltungsgericht hat erklärt, dass ein Anspruch auf Zugang zu einer tödlich wirkenden Menge an Betäubungsmitteln zur Vornahme einer Selbsttötung zu den Wertungen, wie sie dem § 217 StGB zugrunde liegen, im Widerspruch stünde.¹⁰⁷ Diese Auffassung dürfte angesichts der aktuellen Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts zutreffender Weise hinfällig geworden sein.

103 BVerwG, Urteil vom 2. März 2017, 3 C 19.15, S. 22.

104 BVerwG, Urteil vom 2. März 2017, 3 C 19.15, S. 10.

105 BVerwG, Urteil vom 2. März 2017, 3 C 19.15, S. 14 f.

106 BVerwG, Urteil vom 2. März 2017, 3 C 19.15, S. 16, 19.

107 OVG NRW, Urteil vom 17. Februar 2017, 13 A 3079/15, juris.

bb) Die Tat ist bereits mit der Förderungshandlung vollendet, es kommt nicht darauf an, ob schließlich tatsächlich eine Selbsttötung erfolgt. Bereits die Überlassung von Medikamenten durch den Arzt und die wahrheitsgemäße Beantwortung der Frage, ob eine Fehldosierung zum Tod führen kann, fällt unter § 217 StGB, sofern sich der Patient durch eine Fehldosierung umbringen möchte und der behandelnde Arzt dies zumindest billigend in Kauf nimmt. Die erforderliche Absicht bezieht sich lediglich auf die Förderungshandlung, hier also das Verschreiben der Medikamente, in Bezug auf die Durchführung der Selbsttötung genügt dagegen *dolus eventualis*. Das heißt, in letzter Konsequenz dürften nur noch geringe Medikamentenmengen verschrieben werden. Selbst diese können aber angesammelt werden und sofern der behandelnde Arzt billigend in Kauf nimmt, dass der Patient durch eine Überdosierung die Selbsttötung vornimmt, macht er sich bereits mit der Verschreibung nach § 217 StGB strafbar. Das Verschreiben von schmerzlindernder Medizin, die in einer Überdosierung zum Tod führen kann, ebenso wie die entsprechende Beratung bzw. Warnung vor der Dosierung, gehört jedoch zur Tätigkeit eines Palliativmediziners. Das Verbot steht außer Verhältnis zu den vom Gesetzgeber offenbar verfolgten Zwecken.

cc) Richtig ist, Menschen vor „schnellen“ Angeboten einer Förderung des Suizids zu schützen, die ausschließlich Gewinnerzielungsabsichten dienen. Von solchen könnte eine Gefahr der übereilten Entscheidung ausgehen, nicht jedoch von Ärzten, die Gutachten zur freien Willensentscheidung eines Suizidwilligen fertigen oder als Palliativmediziner auf Wunsch des Patienten Sterbehilfe leisten, und damit dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen und dem daraus resultierenden Recht auf Beistand beim Suizid dienen. Durch die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung wird der Suizid stark tabuisiert und steht somit differenziert beratenden Angeboten im Rahmen offen gestalteter Präventionsmaßnahmen diametral entgegen.¹⁰⁸ Damit ist das Übermaßverbot angesichts des ausufernden Tatbestands des § 217 StGB in erheblicher Weise verletzt.

108 Vgl. BT-Drs. 18/5375, S. 7.

D. Fazit

Der Deutsche Anwaltverein hält das Gesetz jedenfalls mangels Vorliegens eines hierdurch zu schützenden Rechtsguts für verfassungswidrig. Das Leben ist gegenüber einem freiverantwortlich handelnden Suizidenten kein zu schützendes Rechtsgut. Aus Sicht des Deutschen Anwaltvereins reichen die Überlegungen, wonach es zu unzulässigen Beeinflussungen durch das Angebot geschäftsmäßiger Sterbehelfer kommen könnte, insgesamt nicht aus, eine Gefahr für das Rechtsgut des Selbstbestimmungsrechts festzustellen. Damit ist auch der Schutz des Selbstbestimmungsrechts nicht als legitimer Zweck der mit den Verfassungsbeschwerden angegriffenen Vorschrift zu identifizieren. Überdies stellt sich § 217 Abs. 1 StGB als unverhältnismäßig dar.

Hinzu kommt, dass der Begriff der „*nahestehenden Person*“ im Kontext des § 217 StGB unbestimmt und somit unvereinbar mit Art. 103 Abs. 2 GG ist. Der Begriff ist weder umgangssprachlich eindeutig festgelegt, noch lässt er sich anhand des Begriffs „Angehörige“ konkretisieren, so dass ein Normadressat nicht hinreichend erkennen kann, ob sein Verhalten strafbar oder straflos ist.

Schließlich verletzt § 217 StGB die Berufsfreiheit der Ärzte. Der § 217 StGB verfolgt schon – jedenfalls im Hinblick auf die Strafbarkeit der Ärzte – kein legitimes Ziel und ist bereits aus diesem Grund unverhältnismäßig und damit verfassungswidrig. Der § 217 StGB ist darüber hinaus auch nicht verhältnismäßig im engeren Sinne. Im Rahmen einer umfassenden Interessenabwägung überwiegen die Interessen der Suizidsuchenden und der sie beratenden Ärzte und Organisationen gegenüber dem Schutz der Allgemeinheit vor einem als Normalität erscheinenden Angebot der Suizidbeihilfe.

Stellungnahme

von Herrn **Prof. Dr. Winfried Hardinghaus** als
Vorstandsvorsitzender des DHPV

zur **Anhörung des Rechtsausschusses**

am **28.11.2022**

zum Thema

„Sterbebegleitung und Suizidprävention“

Geschäftsstelle

Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.
Aachener Str. 5
10713 Berlin

Sie erreichen uns unter:

Telefon 030 / 8200758-0
Telefax 030 / 8200758-13
info@dhpv.de
www.dhpv.de

Geschäftsführender

Vorstand:

Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorstandsvorsitzender
Dr. Anja Schneider
Stellvertr. Vorsitzende
Paul Herrlein
Stellvertr. Vorsitzender

Amtsgericht Berlin:

VR 27851 B
Gemeinnützigkeit anerkannt
durch das Finanzamt Berlin



I. Einleitung

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 wurde der damalige § 217 StGB zur geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für nichtig erklärt. Im Vergleich mit anderen internationalen Regelungen hat das BVerfG eine sehr weitreichende verfassungsrechtliche Auslegung vorgenommen, indem der assistierte Suizid nicht von materiellen Kriterien, wie beispielsweise eines schweren oder unheilbaren Krankheitszustandes oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen abhängig gemacht werden dürfe. Seit dieser Entscheidung zeichnet sich eine Verschiebung zugunsten einer Normalisierung des assistierten Suizides ab, deren gesellschaftliche Auswirkungen erst in einigen Jahren erkennbar sein werden.

Der DHPV weist im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs als mahnende Stimme auf problematische Aspekte des assistierten Suizides hin, ohne dass er den Menschen ihren Wunsch nach einem assistierten Suizid und ihr Recht auf deren Durchführung abprechen möchte. Niemand verurteilt, wenn er oder sie in einer ihm oder ihr ausweglos erscheinenden Situation dem Leben durch assistierten Suizid ein Ende bereiten möchte. Aber so gut begründet die in den Gesetzentwürfen beschriebenen prozeduralen Sicherungsmechanismen auch sein mögen, sie sind keine ausreichende Antwort auf die vielfältigen Fragen, die sich stellen, wenn Menschen ihr Leben vorzeitig beenden möchten. Suizid betrifft nicht nur die/den Einzelne*n und die engsten Zugehörigen. Er betrifft die gesamte Gesellschaft. Der nunmehr in den Fokus gerückte assistierte Suizid sollte in diesen existenziellen Krisen nicht als normale oder gar idealisierte Lösungsstrategie wahrgenommen werden. Die gesetzlichen Vorschläge zum assistierten Suizid beinhalten zwar suizidpräventive Aspekte. Sie werden einer umfassenden Suizidprävention aber nicht gerecht. Es wird daher ein Gesetz benötigt, das bundesweit – unabhängig von den möglichen Folgeregelungen des aufgehobenen § 217 StGB – die Grundlagen und Rahmenbedingungen für Angebote der Suizidprävention schafft.

Die Stellungnahme bezieht sich auf die folgenden Gesetzentwürfe und Anträge:

- Antrag der Abgeordneten Castellucci/Heveling/Kappert-Gonther u.a. „Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen“, Drucksache 20/1121, 22.03.2022
- Gesetzentwurf der Abgeordneten Castellucci/Heveling Kappert-Gonther u.a.: „Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur

Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung“, Drucksache 20/904, 07.03.2022

- Gesetzentwurf der Abgeordneten Künast/Scheer/Keul u.a.: „Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze“, Drucksache 20/2293, 17.06.2022
- Gesetzentwurf der Abgeordneten Helling-Plahr, Sitte, Lindh u.a.: „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Sterbehilfe“, Drucksache 20/2332, 21.06.2022

II. Zusammenfassung der Stellungnahme

In unserer Stellungnahme äußert sich der DHPV zunächst zum Antrag der Abgeordneten Castellucci/Heveling/Kappert-Gonthier zur Suizidprävention und danach wird auf einzelne Punkte der Gesetzentwürfe zum assistierten Suizid eingegangen:

1. Der DHPV sieht den Gesetzgeber in der Pflicht, verbesserte Rahmenbedingungen zur Suizidprävention zu schaffen. Um Menschen mit Suizidgedanken zu unterstützen und diese existenzielle Krise zu bewältigen, bedarf es zunächst einmal ausreichender und differenzierter Angebote und Maßnahmen zur Suizidprävention. Dem DHPV ist bewusst, dass die Erarbeitung eines Gesetzentwurfes einen zeitlichen Vorlauf benötigt. Gleichwohl ist unbedingt zu vermeiden, sich ausschließlich auf die Erarbeitung eines Prozederes zur Realisierung des assistierten Suizides zu fokussieren und sich bei der Suizidprävention mit politischen Absichtserklärungen zu begnügen. Unabhängig davon, welche Regelung zum assistierten Suizid von jedem und jeder Abgeordneten persönlich favorisiert wird, hielte der DHPV es für wünschenswert, die Suizidprävention in einem parteiübergreifenden Konsens zu stärken. Der DHPV bittet daher jede Abgeordnete und jeden Abgeordneten, diesem Antrag zuzustimmen.
2. Die Hospizbewegung hat sich seit ihren Anfängen für die Beachtung der Selbstbestimmung des Menschen und die Gestaltung der letzten Lebensphase in Würde und nach den Vorstellungen des oder der Betroffenen eingesetzt. Der Verlauf des Lebens soll zu seinem natürlichen Ende finden, ohne künstlich verlängert zu werden, aber auch ohne diesen willentlich und in Abhängigkeiten von Dritten zu verkürzen. Der DHPV steht daher dem assistierten Suizid und Tötung auf Verlangen im Grundsatz kritisch gegenüber, erkennt aber selbstverständlich an, dass der Zugang zum assistierten Suizid verfassungsrechtlich zu gewährleisten ist. Im Rahmen einer kritischen Würdigung der vorgelegten Gesetzentwürfe bittet der DHPV vor allem um Berücksichtigung der nachfolgenden Punkte:
 - Nach dem Urteil des BVerfG hat sich eine eigene Dynamik in Bezug auf den assistierten Suizid entwickelt. Auch die Einrichtungen und Dienste der

Hospizarbeit und Palliativversorgung werden vermehrt nachgefragt mit der Bitte, beim Suizid zu unterstützen. Der DHPV sieht daher die **Notwendigkeit, den assistierten Suizid zu regeln**, um vulnerable Personen entsprechend zu schützen und mehr Transparenz der in Deutschland durchgeführten assistierten Suizide herzustellen. Der Auffassung, dass es keiner Regelung bedürfe und man schlicht zur Rechtslage vor 2015 zurückkehren könne, stimmen wir nicht zu.

- Aufgrund der irreversiblen Entscheidung zur Durchführung des Suizides und der besonderen Schutzpflicht des Staates kann der assistierte Suizid lediglich bei volljährigen Personen möglich sein. **Kinder und Jugendlichen darf der assistierte Suizid nicht ermöglicht werden.**
- Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten. Dies hat das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich klargestellt. Dem DHPV ist es ein besonders wichtiges Anliegen klarzustellen, dass auch Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen nicht verpflichtet werden können, an einem Suizid mitzuwirken oder die Durchführung eines assistierten Suizides in ihren Einrichtungen zu dulden (**Einrichtungs- und Schutzraumregelung**).
- Der assistierte Suizid gehört nicht zum Aufgabenspektrum des Gesundheits- und Sozialwesens. Vielmehr bleibt der **Ausbau der Hospizarbeit und Palliativversorgung** ein wichtiger Baustein der Suizidprävention. Durch die multiprofessionelle und auf Empathie und Verständnis beruhende Begleitung ist es häufig möglich, gemeinsam mit der dem Suizid zugeneigten Person, die Gründe für ihre Suizidwünsche zu besprechen und Lösungswege zu finden, die die Lebensqualität entscheidend verbessern und den Wunsch auf vorzeitige Beendigung des Lebens in den Hintergrund treten lassen. Auch wenn in den letzten Jahren und Jahrzehnten die Hospizarbeit und Palliativversorgung entscheidend verbessert wurde, gibt es weiterhin Defizite, die behoben werden müssen, damit die Hospizarbeit und Palliativversorgung ihre – auch suizidpräventive – Wirkkraft voll entfalten kann. Dazu gehört, dass die grundlegenden Bedingungen für Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, und für Menschen, die in diesem Bereich arbeiten möchten, weiter verbessert werden müssen. Eine gute und finanzierbare pflegerische Versorgung ist eine wichtige Säule. Ebenso wichtig ist, dass die Hospizarbeit und Palliativversorgung in den Pflegeeinrichtungen gestärkt wird, beispielsweise durch das Vorhalten und die gesonderte Finanzierung von Palliativ-Care-Pflegekräften. Auch bedarf es einer Verbesserung von Angeboten im Kontext der Trauerbegleitung. Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen bedarf einer nachhaltigen Finanzierung, damit die Handlungsfelder weiterentwickelt und umgesetzt werden können. Der DHPV schlägt einen

„Runden Tisch“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) mit den Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung vor, um hier weitere Verbesserungen noch in dieser Legislaturperiode zu erreichen.

- Es sollte klargestellt werden, dass die **Umsetzung des Sterbewunsches eigenhändig vollzogen wird (Grundsatz des Selbstvollzugs) und die aktive direkte Sterbehilfe weiterhin strafbewehrt** ist. Darüber hinaus ist klarzustellen, dass der Suizident bzw. die Suizidentin zum **Zeitpunkt des assistierten Suizides freiverantwortlich** handeln muss.

III. Stellungnahme zur Suizidprävention

In der Diskussion um die Regelung des assistierten Suizides scheint die Bedeutung und Wichtigkeit der Suizidprävention von niemandem grundsätzlich in Zweifel gezogen zu werden. Allerdings hat lediglich die Gruppe um Castellucci/Heveling/Kappert-Gonthier daraus die notwendige Konsequenz gezogen und einen Antrag formuliert, die Suizidprävention zu stärken und ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (Drucksache 20/1121). Der DHPV stimmt dem Antrag uneingeschränkt zu.

Der Antrag greift bereits viele wichtige Aspekte der Suizidprävention auf. Der DHPV sieht jedoch die Notwendigkeit, der Bundesregierung eine Frist zur Umsetzung eines gesetzlichen Rahmens der Suizidprävention aufzuerlegen und den Antrag noch um einige konkrete Maßnahmen zu ergänzen. Der DHPV hat gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention [Eckpunkte für eine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention](#) veröffentlicht, auf die wir im Rahmen der Stellungnahme inhaltlich zurückreifen.

1. Förderung der seelischen Gesundheit in den Alltagswelten

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf zur Stärkung der Suizidprävention vorzulegen, der den Schwerpunkt auf die Förderung der seelischen Gesundheit in den Alltagswelten legt und der – z.B. im betrieblichen Gesundheitsmanagement oder in Jobcentern – Angebote zur Bewältigung beruflicher oder familiärer Krisen fördert.

Der Forderung wird zugestimmt.

Einen speziellen Bedarf sieht der DHPV (auch) in der Stärkung der Schulsozialarbeit und der schulpsychologischen Beratung auch zur Suizidprävention. Die „Schule eignet sich besonders für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung, weil hier alle Kinder und Jugendlichen einer bestimmten Altersstufe erreicht werden können.“ (GKV Spitzenverband: Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 12 SGB V, Ausgabe 2021, S. 47).

In der Schule verbringen Kinder und Jugendliche eine große und zudem wichtige und prägende Zeit ihres Lebens. Kinder und Jugendliche bringen in die Schule ihre Erfahrungen von zu Hause mit. Hierzu gehören auch Erfahrungen von schwierigen Bedingungen (z.B. Trennung der Eltern, Gewalt, psychische Erkrankungen wie z.B. Alkoholabhängigkeit). Die Schule ist neben dem Ort der Wissensvermittlung auch immer ein soziales Beziehungsfeld, in dem z.B. Beziehungen zu Gleichaltrigen, zu Bezugspersonen und zur Klassengemeinschaft eine wichtige Rolle spielen.

Die bisherige Lage in den Schulen Deutschlands ist sehr unterschiedlich. Zwar existieren in allen Schulen sog. Notfallpläne, darüber hinaus ist jedoch das Wissen über den Umgang mit Suizidalität in den verschiedenen Altersgruppen der Schüler*innen bei den Lehrkräften und Schulsozialarbeiter*innen sehr ungleich ausgebildet und meist ungenügend vorhanden. Dies auch, da es (wie überhaupt das Thema psychische Gesundheit) in den Ausbildungsinhalten kaum vertreten ist. Psychisch gesund zu bleiben, Resilienz zu steigern, Stressmanagement, der Umgang mit Krisen – diese Themen sind nicht regelhaft in den Lehrplänen verankert, ein Aufgreifen ist den Lehrkräften und Pädagog*innen im Rahmen von Projektarbeit zwar möglich, wird jedoch aufgrund vielfältiger Besorgnisse und Ängste sowie des ohnehin umfangreichen Lehrplanes nicht genutzt. Andererseits gibt es keine Schule, die nicht in irgendeiner Art und Weise vom Thema psychische Erkrankungen, Krisen und Suizidalität betroffen ist, insbesondere dann, wenn sich die Schule in sozialen Brennpunkten befindet. Die Vorhaltung von

Fachpersonal in Schulen (Schulpsycholog*innen) ist in den Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt. Zum Teil ist ein/e Schulpsychologe/Schulpsychologin für 7.000 Schüler*innen und 450 Lehrkräfte zuständig.

Notwendig ist aus Sicht des DHPV auf der Ebene der Bundesländer, gefördert mit einem Bundeszuschuss, ein vor Ort präsenter unterstützender Dienst in Schulen verpflichtend und stetig einzurichten. Je 500 Schüler*innen sind dabei je 1,5 Stellen für Schulpsycholog*innen und Schulsozialpädagog*innen einzurichten. Die Stelleninhaber*innen müssen eine qualifizierte Fort- oder Weiterbildung auf Grundlage der anerkannten Curricula in Suizidprävention aufweisen bzw. die Möglichkeit zur Teilnahme in den ersten 6 Monaten nach Dienstantritt erhalten.

2. Suizidpräventionsdienste

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, einen deutschlandweiten Suizidpräventionsdienst mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren aufzubauen, der Menschen mit Suizidgedanken und ihren Angehörigen rund um die Uhr online und unter einer bundeseinheitlichen Telefonnummer einen sofortigen Kontakt mit geschulten Ansprechpartnerinnen und -partnern ermöglicht.

Dieser Forderung schließt sich der DHPV an. Wichtig wäre, dass die bundeseinheitliche Telefonnummer prägnant ist und als bundesweites Projekt mit Verankerung auf landes- und kommunaler Ebene langfristig und verlässlich durch Bund und Länder finanziert wird. Der Suizidpräventionsdienst sollte auch über soziale Medien kontaktiert werden können, regionale persönliche Hilfsangebote vermitteln und umfassend barrierefrei sein (d.h. vollumfänglich nutzbar für gehörlose, blinde oder Menschen mit kognitiven Einschränkungen).

Bundesweit sollten für in der Regel jeweils 500.000 Einwohner*innen bzw. in einem Umkreis von höchstens 50 km multiprofessionell arbeitende Krisendienste zur Verfügung stehen. Diese Dienste sollten professionell sein und vielfältig Unterstützung gewährleisten können (z.B. psychologisch, psychiatrisch, sozialarbeiterisch, seelsorgerisch) und an jedem Tag 24 Stunden erreichbar sein. Für Hilfesuchende, die nicht mobil sind, ist ein aufsuchendes Angebot vorzuhalten. Darüber hinaus ist eine gute Vernetzung mit speziellen Beratungs- und Unterstützungsangeboten in der Region erforderlich.

3. Förderschwerpunkt

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, den bestehenden Förderschwerpunkt zur Suizidprävention beim (BMG) nach der Evaluation der Zwischenergebnisse als dauerhaftes Forschungsvorhaben im doppelten Umfang fortzuführen und erfolgreiche Projekte sowie das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) als koordinierendes Netzwerk zu verstetigen.

Der DHPV stimmt dieser Forderung vollumfänglich zu.

4. Aufklärung

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu beauftragen, unter Beteiligung maßgeblicher Akteure eine bundesweite, langfristige und zielgruppenspezifische Aufklärungs- und Informationskampagne zu entwickeln, die Tabuisierung und Stigmatisierung von Suizidwünschen vorbeugt und auf Hilfsangebote hinweist.

Der Forderung ist vollumfänglich zuzustimmen. In der öffentlichen Wahrnehmung gerade auch in Bezug auf den assistierten Suizid wird der Suizid oft in erster Linie als Freiheitsrecht wahrgenommen. Begrifflichkeiten wie „Freitod“ sind euphemistisch und lassen in Vergessenheit geraten, dass mit versuchten oder vollendeten Suiziden häufig Krisen einhergehen.

Die Umstände, in denen Suizidgedanken entstehen, sind in der öffentlichen Diskussion weitgehend unbekannt, werden vereinfachend monokausal dargestellt und/oder spiegeln nur eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. Das liegt auch daran, dass Einsamkeit und/oder Erkrankungen (wie z.B. Depressionen, Schizophrenie, Suchterkrankungen), die immer wieder Menschen dazu bringen, sich selbst zu töten, zu Stigmatisierungen der Betroffenen führen. Deswegen werden die Erkrankungen oder die soziale Vereinsamung, aber auch der Suizid als mögliche Konsequenz in der öffentlichen Diskussion nur unzureichend thematisiert. Wenig bekannt sind zudem die bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebote. Gleiches gilt für die gravierenden Folgen bis hin zu Traumata, die ein versuchter oder vollendeter Suizid bei den hinterbliebenen Angehörigen und Freund*innen nach sich ziehen kann.

Insoweit sind Information und Aufklärung dringend erforderlich. Die Förderung von (Aufklärungs-)Kampagnen und Projekten soll dazu beitragen, Suizid, psychische Erkrankungen und soziale Vereinsamung zu entstigmatisieren, um Betroffenen und ihrem

Umfeld mehr Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen und alarmierende Vorzeichen eines (geplanten) Suizids zu erkennen, darauf reagieren und Hilfsangebote wahrnehmen zu können.

Der DHPV empfiehlt, dass der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine zentrale Rolle zukommen sollte. Hier sollte in Abteilung 1 ein eigenständiges, personell angemessen ausgestattetes Referat geschaffen werden, das sich Fragen der Suizidprävention widmet. Neben weiteren staatlichen Angeboten sollte eine gezielte und langfristige Förderung erfolgen, insbesondere auch von freien Trägern wie den großen Wohlfahrtsverbänden und anderen nichtstaatlichen Organisationen, die in diesen Bereichen im Allgemeinen und/oder auch für spezielle Interessengruppen und Minderheiten im Bereich der Suizidprävention tätig sind. Die Förderung spezieller Institutionen und Projekte ist wichtig, damit besonders gefährdete Gruppen erreicht werden können, beispielsweise Jugendliche in krisenhaften Lebenssituationen, Menschen mit psychischen Erkrankungen oder auch Menschen mit Demenz.

5. Methodenrestriktion

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, den Zugang zu Suizidmitteln zu reduzieren und mit geeigneten Schutzkonzepten zu versehen; das umfasst u.a. Empfehlungen an die Länder für suizidpräventive bauliche Maßnahmen bspw. an Brücken oder auf Hochhäusern zu entwickeln.

Bauliche Methodenrestriktion (z.B. von Brücken) gehört zu den wirkungsvollsten Präventionsmaßnahmen. Ein erschwerter Zugang zu einer Methode verringert deren Häufigkeit für Suizid – dies gilt in der Wissenschaft als gesichert. Dabei ist insbesondere die Sicherung von Methoden, die eine rasche Umsetzung ermöglichen (z.B. Sprung von hohen Gebäuden), für eine Reduktion der Suizidrate wirksam. In jedem Bundesland sind Orte gehäufter Suizide bekannt. Deren Erfassung erfolgt jedoch nicht systematisch. Im Baurecht ist darüber hinaus darauf zu achten, dass Suizidprävention bei der Konzeption von Bauwerken berücksichtigt wird (insbesondere bei psychiatrischen Kliniken).

Zur Methodenrestriktion gehören darüber hinaus auch Regelungen zum Zugang zu bestimmten Medikamenten oder zum Zugang zu Schusswaffen.

6. Fort- und Weiterbildungsangebote

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, unter Einbeziehung der Berufsverbände und Kammern Fort- und Weiterbildungsangebote für ärztliche, therapeutische und andere Berufsgruppen – wie zum Beispiel der sozialen Arbeit – zu entwickeln, an die sich Betroffene mit Suizidwünschen wenden können.

Wiederholte Fort- und Weiterbildung, z.B. zum Thema des Erkennens und richtigen Behandeln von Depressionen, führen dazu, dass die Suizidrate sinkt. Dieser Effekt lässt nach einiger Zeit wieder nach, so dass Wiederholungen und Auffrischungen dieser Weiterbildung notwendig sind.

In der Medizin werden für zahlreiche Erkrankungen Leitlinien entwickelt und regelmäßig validiert. Eine Leitlinie zur Suizidprävention existiert bis heute nicht und sollte daher zeitnah entwickelt werden.

In den Regelungen für Ausbildungs- und Studiengänge, deren Absolvent*innen in hohem Maße (auch) mit suizidgefährdeten Menschen zu tun haben werden, sind Ausbildungseinheiten zu Suizidprävention in die Curricula zu übernehmen (z.B. durch Änderung § 5 Abs. 3 Pflegeberufegesetz zur Ausbildung von Pflegefachfrauen und -männern).

Außerdem ist die ärztliche Approbationsordnung entsprechend zu ergänzen. Fragen des Umgangs mit Suizidwünschen und mit möglichen Suizidgefährdungen sollten in das Pflichtfachprogramm aufgenommen werden.

Wie für andere medizinisch-therapeutische Inhalte gefordert, sollten auch die Fort- und Weiterbildungen für die Suizidprävention zertifiziert werden. Hierbei können verschiedene Fachgesellschaften (z.B. DGS, DGPPN, DGP) einen Katalog und entsprechende Inhalte entwickeln sowie Durchführungsmodalitäten und Leistungsüberprüfungen organisieren.

7. Berufsspezifische Qualifizierungsstandards

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, auf die Schaffung berufsspezifischer Qualifizierungsstandards mit entsprechender Zertifizierung hinzuwirken.

Der Forderung ist zuzustimmen. Wir verweisen insofern auf unsere Ausführungen unter 6.

8. Breiter Bürger-Beteiligungsprozess zu Angeboten und Bedarfen der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Suizidprävention vor Ort

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, gemeinsam mit den Bundesländern und Kommunen einen breiten Bürger-Beteiligungsprozess zu Angeboten und Bedarfen der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Suizidprävention vor Ort zu initiieren.

Ein Beteiligungsprozess mit den Bundesländern und Kommunen und Bürgern zu Angeboten und Bedarfen der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Suizidprävention vor Ort ist im Grundsatz sinnvoll und sollte durch ein entsprechendes Förderprogramm umgesetzt werden.

Unabhängig davon sind – auch aus suizidpräventiver Sicht – die Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie die Trauerbegleitung zu stärken. Wir schlagen vor, dass es einen Runden Tisch zwischen den Spitzenorganisationen der Hospizarbeit- und Palliativversorgung und dem Bundesministerium für Gesundheit geben sollte, um die Eckpunkte für eine weitere Verbesserung der Hospizarbeit und Palliativversorgung festzulegen und einen zeitlichen Rahmen für deren Realisierung zu erarbeiten.

Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts werden vermehrt Anfragen an die Einrichtungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung herangetragen, beim Suizid zu assistieren. Dies ist jedoch nicht deren Aufgabe. Vielmehr ist es durch die multiprofessionelle und auf Empathie und Verständnis beruhende Begleitung häufig möglich, gemeinsam mit der betroffenen Person, die Gründe für die Suizidwünsche herauszuarbeiten und Lösungswege zu finden. Die Verbesserung der Lebensqualität steht im Vordergrund. Es ist schon viel getan worden, um die Rahmenbedingungen für die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern. Der DHPV sieht aber weiterhin großen Handlungsbedarf; insbesondere stellt die Trauerbegleitung einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention dar. Trauerbegleitungsangebote sollten daher gezielt ausgebaut und gesetzlich gefördert werden (Förderung eines qualifizierten Trauerbegleitungsangebotes als Qualitätsmerkmal des ambulanten Hospizdienstes im Sinne des § 39a Abs. 2 SGB V).

Beratungs- und Anlaufstellen, die Menschen in existenziellen Krisen beraten, sollten ihre Mitarbeitenden in Bezug auf das Wissen um Trauerprozesse qualifizieren und dadurch für die Bedeutung von Trauer sensibilisieren.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollte das Wissen um Verlusterfahrung und Trauerprozesse verbreiten und durch Kampagnen helfen, die Stigmatisierung von Trauernden (in allen Lebensaltern) und der Tabuisierung von Trauer entgegenzutreten.

9. Ausbau niedrigschwelliger, kostenloser und zielgruppenspezifischer, professioneller und ehrenamtlicher Beratungs- und Unterstützungsangebote

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, gemeinsam mit den Bundesländern und Kommunen, u.a. im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz, den Ausbau niedrigschwelliger, kostenloser und zielgruppenspezifischer, professioneller und ehrenamtlicher Beratungs- und Unterstützungsangebote inklusive Krisenhilfe, Therapie und Selbsthilfe für Menschen mit Suizidgedanken und für deren Angehörige voranzubringen; dazu gehört bspw. die Möglichkeit der aufsuchenden Psychotherapie in Alten- und Pflegeheimen. Hierbei ist insbesondere auch eine Gewährleistung des Angebots in ländlichen Regionen sicherzustellen. Die Ergebnisse sind im Präventionsbericht nach § 20d SGB V zu dokumentieren.

Der DHPV stimmt dieser Forderung zu. Darüber hinaus regt er an, dass Bund und Länder eine Struktur ergänzender Beratungs- und Hilfsangebote durch Förderung von Projekten, speziell Peer-Group-Projekten, für besonders suizidgefährdete Gruppen (Angehörige von Menschen, die sich suizidiert haben, Jugendliche in besonderen Lebenslagen, Menschen mit Depressionen, alte Menschen, Menschen mit erworbenen schweren Behinderungen) schaffen. Auch hier sind eine langfristige Entwicklung und Etablierung von außerordentlicher Bedeutung.

Menschen in Krisensituationen bzw. in Konfliktlagen wenden sich zunächst an gleichaltrige (vor allem im Jugendbereich) oder an andere Personen, zu denen sie Vertrauen haben. Die meisten Betroffenen scheuen vor allem aus Gründen der Stigmatisierung oder auch der Angst vor (beruflichen) Konsequenzen den Kontakt zu einem System, in dem psychische Hilfe angeboten wird. Insbesondere sind hier höherschwellige Angebote von Psychiater*innen oder auch psychiatrische Kliniken problematisch, da diese meist mit einer diagnostischen Einordnung verbunden sind. Peer-Group-Unterstützung eignet sich sehr gut für bestimmte Berufsgruppen, die aufgrund der Besonderheiten der täglichen Arbeit einen besser verstehenden Zugang vermitteln (z.B. Polizei, Militär, Justizvollzug, Beratungsangebote für Jugendliche). Peer-Angebote für ältere Menschen und speziell ältere Männer, die seltener professionelle Angebote in Anspruch nehmen, fehlen in Deutschland bisher.

Jugendliche und junge Erwachsene, die sich mit Suizidgedanken tragen, haben oftmals tiefere, nicht kurzfristig zu bearbeitende Erfahrungen, Konflikte oder Traumata. Dafür kann auch gerade das soziale Umfeld verantwortlich sein – oder es ist jedenfalls nicht in der Lage, die Betroffenen ausreichend zu stützen: in solchen Konstellationen müssen Jugendliche und junge Erwachsene die Möglichkeit haben, kurzfristig oder längerfristig in eine Kriseninterventions- oder therapeutische Wohngemeinschaft (TWG) zu ziehen oder andere institutionelle Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen der Hilfe zur Erziehung erhalten.

IV. Stellungzunahme zu den Gesetzentwürfen zur Sterbehilfe

Zur Neuregelung der Sterbehilfe stehen drei Gesetzentwürfe zur Debatte:

1. Castellucci/Heveling/Kappert-Gonther: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (Drucksache 20/904, 07.03.2022).
2. Helling-Plahr/Sitte/Lindh: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe (Drucksache 20/2332, 21.06.2022)
3. Künast/Scheer/Keul: Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze (Drucksache 20/2293, 17.06.2022)

Die Hospizbewegung hat sich seit ihren Anfängen für die Beachtung der Selbstbestimmung des Menschen und die Gestaltung der letzten Lebensphase in Würde und nach den Vorstellungen des Betroffenen eingesetzt. Die Beihilfe zum Suizid und die Vermittlung entsprechender Angebote ist nach dem Selbstverständnis des DHPV jedoch keine Aufgabe der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Vor diesem Hintergrund weist letztlich jeder Gesetzentwurf aus der Perspektive der Hospizarbeit und Palliativversorgung seine eigenen Unzulänglichkeiten und Fallstricke auf.

1. Notwendigkeit einer Regelung

Teilweise wird die Auffassung vertreten, es bedarf keiner weitergehenden Regelung zum assistierten Suizid, da mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts die Rechtslage vor der Einführung des § 217 StGB a.F. wieder hergestellt wurde. Diese Auffassung teilt der DHPV nicht. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat sich

eine eigene Dynamik im Kontext des assistierten Suizides entwickelt. Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass der assistierte Suizid vermehrt beworben und auch nachgefragt wird. Eine Regelung des assistierten Suizides mit einer Festschreibung bestimmter prozeduraler Sicherungsmechanismen dient – trotz der ihr innewohnenden Unzulänglichkeiten – der Absicherung einer freiverantwortlichen Entscheidung der Suizidenten. In Bezug auf die Beihilfe zum Suizid sollte größtmögliche Klarheit und Transparenz herrschen, damit der assistierte Suizid nicht von kaum überprüfbaren unterschiedlichen (vereins-)internen Regularien- und Sicherheitsstandards und personenabhängigen Einschätzungen abhängt.

2. Kein assistierter Suizid bei Kindern und Jugendlichen

Der Deutsche Ethikrat hat in seiner Stellungnahme „Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit“ vom 22.09.2022 die Auffassung vertreten, „*vor dem Hintergrund der existentiellen Bedeutung von Suizidentscheidungen und der generell für Minderjährige geltenden rechtlichen Beschränkungen erscheint es darüber hinaus naheliegend, für eine solche Entscheidung stets Volljährigkeit zu verlangen*“ (S. 74 der Stellungnahme).

Im Entwurf der Abgeordneten Castellucci/Heveling/Kappert-Gonther ist in § 217 Abs. 2 Nr. 1 StGB n.F. geregelt, dass die suizidwillige Person volljährig und einsichtsfähig zu sein hat. In der Begründung heißt es:

„Die Wahrnehmung grundrechtlicher Freiheiten setzt eine bereichsspezifisch zu bestimmende Einsichts-, Steuerungs- und Kommunikationsfähigkeit voraus. Deshalb ist eine gerechtfertigte Suizidhilfe bei Minderjährigen und kognitiv beeinträchtigten Personen ausgeschlossen.“

Dieser Regelung stimmt der DHPV vollumfänglich zu.

Im Entwurf Helling-Plahr/Sitte/Lindh wird in § 3 Abs. 1 S. 2 klargestellt:

„Es ist davon auszugehen, dass eine Person regelmäßig erst mit Vollendung des 18. Lebensjahres die Bedeutung und Tragweite einer Suizidentscheidung vollumfänglich zu erfassen vermag“.

In der Begründung (S. 14) wird weiter ausgeführt, dass die Einwilligung nicht an das Vorliegen formaler Geschäftsfähigkeit gebunden ist. Es sei davon auszugehen, dass Minderjährige in der Regel Bedeutung und Tragweite einer Suizidentscheidung noch nicht ausreichend erfassen können. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch, dass ein

assistierter Suizid bei Kindern und Jugendlichen (im Ausnahmefall) denkbar ist. Eine solche Regelung wird dem Schutz von Kindern und Jugendlichen nicht gerecht.

Im Entwurf Künast/Scheer/Keul wird zwar festgelegt, dass Sterbewillige nach diesem Gesetz nur volljährige Menschen sein können (§ 2 Abs. 1 S. 1). Der allgemeine Zugang zu Betäubungsmitteln für Sterbewillige soll bei Kindern und Jugendlichen ausgeschlossen sein, da die Entscheidung eine hohe Dauerhaftigkeit verlangt (S. 3 Gesetzesbegründung). Im Rahmen einer „medizinischen Notlage“ (vgl. § 3) sei jedoch der assistierte Suizid auch bei minderjährigen Personen unter besonderen Voraussetzungen denkbar. Diese Voraussetzungen sind jedoch im Gesetzentwurf nicht kodifiziert, sondern lediglich in der Begründung erwähnt. Zu den Voraussetzungen gehören ein gesondertes und hierzu geeignetes kinder-psychologisches oder kinder-psychiatrisches Gutachten, die angemessene Beteiligung der Eltern, strenge Kriterien für das Vorliegen einer gegenwärtigen medizinischen Notlage und die Zustimmung des Familiengerichts (S. 14 der Begründung).

Der DHPV ist grundsätzlich gegen die Zulässigkeit des assistierten Suizides bei Kindern und Jugendlichen. Sollte sich im weiteren Gesetzgebungsverfahren jedoch abzeichnen, dass der assistierte Suizid bei Minderjährigen zugelassen wird, bedarf es auf jeden Fall weiterer Sicherungsmechanismen wie der im Künast-Entwurf benannten. Der Entwurf von Helling-Plahr/Sitte/Lindh ist hier abzulehnen.

3. Einrichtungs- bzw. Schutzraumregelung

Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten. Dies hat das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich klargestellt. Dem DHPV ist es ein besonders wichtiges Anliegen klarzustellen, dass auch Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen nicht verpflichtet werden können, an einem Suizid mitzuwirken oder die Durchführung eines assistierten Suizides in ihren Einrichtungen zu dulden.

Die Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen – insbesondere im Bereich der Hospizarbeit und Palliativversorgung, aber auch in Pflegeeinrichtungen – nehmen eine besondere Verantwortung gegenüber den Menschen und der Gesellschaft insgesamt wahr. Sterben, Tod, Trauer und auch Sterbewünsche und Suizidprävention sind ein Thema, mit denen diese Einrichtungen in ihrer täglichen Arbeit konfrontiert werden. Die Einrichtungen müssen daher in Ausprägung ihres Selbstbestimmungsrechts die Möglichkeit haben, ein konzeptionelles Leitbild zu entwickeln und transparent in der Öffentlichkeit darzulegen, wie sie in ihren Einrichtungen mit dieser sensiblen Thematik umgehen möchten. Dieses Leitbild kann dann auch beinhalten, dass die Einrichtungen nicht

verpflichtet sind, an einer Suizidhilfe mitzuwirken oder die Durchführung in ihren Einrichtungen zu dulden, wenn dies ihrem Selbstverständnis widerspricht. Angesichts der Pluralität von Weltanschauung und des individuellen Umgangs jedes Menschen und jeder Einrichtung mit diesen existenziellen Themen muss gesetzlich verankert werden, dass die Einrichtungen sich entsprechend ihrer ethischen Konzeption aufstellen und dies auch in ihren jeweiligen rechtlichen und vertraglichen Grundlagen im Einzelfall festlegen können.

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts

„... muss jede regulatorische Einschränkung der assistierten Selbsttötung sicherstellen, dass sie dem verfassungsrechtlich geschützten Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch hinreichenden Raum zur Entfaltung und Umsetzung belässt. Das erfordert nicht nur eine konsistente Ausgestaltung des Berufsrechts der Ärzte und Apotheker, sondern möglicherweise auch Anpassungen des Betäubungsmittelrechts.“ (BVerfG: Urteil vom 26.02.2020, Rn. 341)

Der Gesetzgeber ist trotz dieser Vorgaben „keineswegs verpflichtet, ‚verlässliche Möglichkeiten‘ zu ihrer Umsetzung in Gestalt von komfortablen Suizidhilfeangeboten zuzulassen (Hillgruber: „Kein Recht auf Schmerzfremheit“ in FAZ: 11.03.2020).

Die Möglichkeit, dass Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen mit einem transparenten, an ihren Werten ausgerichteten Konzept, den assistierten Suizid in ihren Einrichtungen auszuschließen, schränkt das Recht auf selbstbestimmtes Sterben und sich hierfür der Hilfe eines Dritten zu bedienen, nicht unverhältnismäßig ein. Das Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben garantiert nicht, dass dieses an jedem denkbaren Ort unabhängig von etwaigen Implikationen des sozialen Umfeldes (beispielsweise Nachahmungseffekte in Pflegeeinrichtungen, Belastung der dort tätigen Mitarbeiter*innen) durchgeführt werden kann.

Unabhängig davon gehen wir davon aus, dass eher eine Minderheit der Einrichtungen den assistierten Suizid kategorisch ausschließen wird, so dass durch eine solche Regelung keinesfalls zu befürchten steht, die Ausübung des Grundrechts auf selbstbestimmtes Sterben könne faktisch unmöglich sein.

Die Möglichkeit eines wertebasierten Konzeptes in den jeweiligen Einrichtungen stärkt gleichzeitig das Selbstbestimmungsrecht derjenigen (häufig vulnerablen) Menschen, die in den Einrichtungen ihr letztes Zuhause gefunden haben und die sich wünschen,

in der jeweiligen Pflegeeinrichtung nicht mit dem assistierten Suizid anderer Menschen konfrontiert zu werden.

In konsequenter Ausprägung des Selbstbestimmungsrechts verbleibt es in einem Ausgleich dieser widerstreitenden Interessen im Wege der praktischen Konkordanz bei der Eigenverantwortung des Menschen, sich über die jeweiligen, transparent veröffentlichten Leitbilder der Einrichtung zu informieren und sich für die Einrichtung zu entscheiden, bei denen sich der oder die einzelne mit seinen Grundwerten am besten aufgehoben fühlt.

Der Formulierungsvorschlag lautet daher wie folgt:

Träger von Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind nicht verpflichtet, an einer Selbsttötung mitzuwirken oder die Durchführung von Maßnahmen der Suizidhilfe in ihren Räumlichkeiten zu dulden. Voraussetzung für den Ausschluss der Duldung ist, dass der Träger dies in einem grundlegenden Leitbild sowie der Hausordnung festlegt und in den Verträgen mit den Patienten und Patientinnen oder Bewohnern und Bewohnerinnen vereinbart.“

Eine solche Formulierung könnte beispielsweise im SGB XI (§ 2 oder § 11 SGB XI) und ggf. im Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (§§ 3 WBVG mit Ergänzungen in §§ 8 und 12) aufgenommen werden.

4. Regelung im Strafrecht

Der Gesetzentwurf Castellucci/Heveling/Kappert-Gonther ist der einzige Gesetzentwurf, der den Fokus auf die Regulierung einer als besonders gefährlich eingeschätzten Form des assistierten Suizides legt und diese im Strafgesetzbuch regelt.

Das Bundesverfassungsgericht hat klargestellt, dass der Gesetzgeber sich auch für „Verbote besonders gefahrträchtiger Erscheinungsformen der Suizidhilfe entsprechend dem Regelungsgedanken des § 217 StGB entscheiden könne“ (Urteil vom 26.02.2020, Rn. 339). Eine Regelung zum assistierten Suizid im Strafrecht ist somit im Grundsatz zulässig.

Mit dem Rückgriff auf die generalpräventive Wirkung des Strafrechts wird vor allem die „Pflicht des Staates hervorgehoben, die Autonomie Suizidwilliger und darüber auch das hohe Rechtsgut Leben zu schützen“. Den Vorgaben des BVerfG, wonach eine Regelung die Grundrechtsausübung nicht faktisch unmöglich machen darf, wird dadurch

Rechnung getragen, dass Voraussetzungen für die fehlende Strafbarkeit definiert werden.

Auch in der Schweiz findet sich die Regelung zur Strafbarkeit der „Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord“ im Schweizerischen Strafgesetzbuch (Art. 115 schwStGB). Insofern spricht nichts dagegen, die Regelung zum assistierten Suizid im Strafrecht zu verorten.

Nicht nachvollziehbar erscheint indes die Regelung nach § 217 Abs. 3 (n.F.), wonach als Teilnehmer straffrei bleibt, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannt anderen ist oder diesem nahesteht. Diese Regelung des alten § 217 StGB wurde insofern wortgleich beibehalten. Allerdings vermag der Gesetzentwurf nicht zufriedenstellend zu beantworten, aus welchen Gründen diese Personengruppe weiterhin von einer Straffreiheit profitieren sollte, obwohl nunmehr – anders als in der Vorgängerregelung – Ausnahmeregelungen existieren, die dem Schutz der suizidwilligen Person dienen sollen. Unseres Erachtens zeigt gerade auch die aktuelle Entscheidung des BGH vom 28.06.2022, dass in engen Beziehungskonstellationen folgenschwere Entscheidungen zum assistierten Suizid gefällt werden, ohne sich von sachkundigen Dritten über mögliche Entscheidungsalternativen beraten zu lassen. Gerade eine solche Aufklärung sichert jedoch die freie Suizidentscheidung ab und vermag die involvierte Bezugsperson zu entlasten. Aufgrund der Regelung zur Straffreiheit ist es unseres Erachtens möglich, dass die in § 217 StGB vorgesehenen Schutzmechanismen zur Absicherung der Selbstbestimmung in engen Beziehungskonstellationen nicht greifen. Unseres Erachtens sollte daher die Ausnahmeregelung für Angehörige und nahestehende Personen gestrichen werden.

Fraglich ist auch, welche Folgen es hat, wenn kein geschäftsmäßiges Handeln vorliegt, und der oder die unterstützende Dritte allerdings auch kein Angehöriger und eine nahestehende Person ist. Welche prozeduralen Sicherungsmechanismen greifen dann?

Abschließend sollte hinsichtlich der Regelung im Strafrecht nicht außer Betracht bleiben, dass gleichwohl auch bei einer zivilrechtlichen Regelung strafrechtliche Aspekte angemessen Berücksichtigung finden können. Insbesondere der Gesetzentwurf Künast/Scheer/Keul sieht in § 8 gesonderte Straftaten und Ordnungswidrigkeiten vor, die die Zustimmung des DHPV finden. Beispielsweise wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft, wer unrichtige oder unvollständige Angaben macht, um für einen anderen oder zum Missbrauch für Straftaten eine Bescheinigung zum Erhalt des Betäubungsmittels erhält (§ 8 Abs. 1). Zudem gibt es Ordnungswidrigkeitsvorschriften in Bezug auf die sichere Aufbewahrung des Betäubungsmittels bis zum Vollzug des Sterbewunsches, die Rückgabe des Betäubungsmittels bei Aufgabe des Sterbewunsches oder bei grob anstößiger Werbung.

5. Verbot besonders gefährlicher Formen der Beihilfe zum Suizid – Kontrolle von Sterbehilfeorganisationen

In den Angeboten der Sterbehilfeorganisationen sehen wir nach wie vor eine besonders gefährliche Form der Beihilfe zum Suizid, da hier aufgrund des Eigeninteresses der Sterbehilfeorganisationen zur Durchführung des assistierten Suizides eine besondere Autonomiegefährdung besteht.

Das BVerfG hatte in seinem Urteil vom 26.02.2020 klargestellt, dass dem Gesetzgeber zum Schutz der Selbstbestimmung über das eigene Leben in Bezug auf das Phänomen organisierter Suizidhilfe ein breites Spektrum an Möglichkeiten offen stünde, beispielsweise die Sicherung der Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten bis hin zu Verboten besonders gefährlicher Erscheinungsformen der Suizidhilfe entsprechend dem Regelungsgedanken des § 217 StGB (vgl. Rn. 339).

Das BVerfG hat zwar nicht erläutert, was es genau unter einer „besonders gefährlichen Erscheinungsform der Suizidhilfe“ versteht, hat jedoch hinlänglich dargelegt, dass der Gesetzgeber in verfassungsrechtlich zulässiger Art und Weise von geschäftsmäßiger Suizidhilfe ausgehende Gefahren für die autonome Selbstbestimmung über das eigene Leben angenommen hat.

„Vor diesem Hintergrund beruht die Annahme des Gesetzgebers, die Autonomie und damit das Leben seien durch eine gesetzlich uneingeschränkte geschäftsmäßige Suizidhilfe gefährdet, auf einer hinreichend tragfähigen Grundlage (α). Gleiches gilt für die Einschätzung, dass sich die geschäftsmäßige Suizidhilfe als normale Form der Lebensbeendigung insbesondere für alte und kranke Menschen etablieren könne, die geeignet sei, autonomiegefährdende soziale Pressionen zu entfalten (β).

(α) Nach dem Ergebnis der mündlichen Verhandlung hat sich die Einschätzung des Gesetzgebers jedenfalls als vertretbar erwiesen, dass die bis zum Inkrafttreten des § 217 StGB bestehende Praxis geschäftsmäßiger Suizidhilfe in Deutschland nicht geeignet war, die Willens- und damit die Selbstbestimmungsfreiheit in jedem Fall zu wahren. So hat der Vorsitzende des Beschwerdeführers zu II. in der mündlichen Verhandlung erläutert, dass im Vorfeld einer Suizidbegleitung zwar durch den Arzt, der das Rezept für das letal wirkende Medikament ausstellte, geprüft wurde, ob Anhaltspunkte für eine Einschränkung der Einsichts- oder Urteilsfähigkeit des Betroffenen vorlagen. Im Übrigen erfolgte die Prüfung, ob ein Suizidwunsch auf einem

freien Willen zurückgeht, jedoch auf der Grundlage nicht näher nachvollziehbarer Plausibilitäts Gesichtspunkte; insbesondere wurde bei Vorliegen körperlicher oder psychischer Erkrankungen auch ohne Kenntnis der medizinischen Unterlagen des Sterbewilligen und ohne Sicherstellung einer fachärztlichen Untersuchung, Beratung und Aufklärung Suizidhilfe geleistet. Die Annahme des Gesetzgebers, dass bei einer Einbeziehung geschäftsmäßig handelnder Suizidhelfer Leistungen im Vordergrund stehen, die der Durchführung des Suizids dienen, und deshalb die freie Willensbildung und die Entscheidungsfindung nicht hinreichend sichergestellt sind, ist hiernach plausibel.

(β) Auch die Einschätzung des Gesetzgebers, dass geschäftsmäßige Suizidhilfe zu einer „gesellschaftlichen Normalisierung“ der Suizidhilfe führen und sich der assistierte Suizid als normale Form der Lebensbeendigung insbesondere für alte und kranke Menschen etablieren können, die geeignet sei, autonomiegefährdende soziale Pressionen auszuüben, ist nachvollziehbar. Nicht zuletzt angesichts steigenden Kostendrucks in den Pflege- und Gesundheitssystemen ist es nicht unplausibel, dass einer unregulierten Zulassung der geschäftsmäßigen Sterbe- und Suizidhilfe diese Wirkung zukommen kann. Ebenso darf es der Gesetzgeber als Gefahr einer Normalisierung der Suizidhilfe ansehen, dass Personen durch ihr gesellschaftliches und familiäres Umfeld in die Situation gebracht werden können, sich gegen ihren Willen mit der Frage der Selbsttötung auseinandersetzen zu müssen, und mit Verweis auf Nützlichkeiten unter Erwartungsdruck zu geraten.“ (BVerfG: Urteil vom 26.02.2020, Rn. 248-250).

Der Entwurf Castellucci/Heveling/Kappert-Gonther greift den Gesichtspunkt der besonders gefahrträchtigen Form der Sterbehilfe abermals auf und stellt die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe. Im Gesetzentwurf werden zudem die Voraussetzungen dargelegt, nach welchen die Förderungshandlung nicht rechtswidrig ist. Somit ist – wie vom BVerfG gefordert – sichergestellt, dass trotz des Verbots im Einzelfall ein Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe real eröffnet bleibt.

Im Übrigen legt der Entwurf jedoch keine weiteren Kriterien fest, um die Sterbehilfeorganisationen einer gesonderten Kontrolle zu unterwerfen. Dies sollte unseres Erachtens aber durchaus in Erwägung gezogen werden. Wir halten insofern den Ansatz im Entwurf von Künast gerechtfertigt, der geschäftsmäßigen Hilfeanbietern einer gesonderten Prüfung unterzieht. Gem. § 5 Abs. 3 (Entwurf Künast) sind *geschäftsmäßige Hilfeanbieter durch die nach Landesrecht zuständige Stelle zuzulassen, wenn*

1. *sichergestellt ist, dass sie und etwaiges zur Sterbebegleitung eingesetztes ehrenamtliches oder professionelles Personal die hierfür erforderliche Zuverlässigkeit besitzen und*
2. *sie die Sterbewilligen in entsprechender Anwendung des § 55 Abgabenordnung selbstlos, nicht gewerblich und nicht zu Erwerbszwecken zu unterstützen.*

Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen oder Hilfeanbieter gegen die Vorschriften dieses Gesetzes verstoßen. Sie ist zu widerrufen, wenn es sich nicht nur um vereinzelte und geringfügige Verstöße handelt.

Der Gesetzentwurf von Helling-Plahr ermächtigt zwar in § 6 Abs. 6 das Bundesministerium für Gesundheit, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zur Prävention gegen die Etablierung rein auf Gewinnstreben ausgerichteter, insbesondere institutionalisierter, Angebote zu regeln. Dies scheint dem DHPV jedoch nicht ausreichend. Nach der vom Bundesverfassungsgericht entwickelten Wesentlichkeitstheorie muss der Gesetzgeber in grundlegenden normativen Bereichen alle wesentlichen Entscheidungen selbst treffen (BVerfGE 49, 89 – Kalkar I). Regelungen hinsichtlich einer besonders gefährliche Form der Sterbehilfe und Regelungen zur Prävention und Kontrolle sind – auch bezogen auf dem innewohnenden Grundrechtseingriff – derart wesentlich, dass sie vom Gesetzgeber selbst zu bestimmen sind.

Darüber hinaus bliebe es in dem Entwurf dem Bundesministerium für Gesundheit überlassen, ob er von der Ermächtigung Gebrauch macht. Eine solche Regelung halten wir aufgrund des hohen Schutzgutes des Lebens und der Autonomie für nicht angemessen.

6. Beratung

Die Beratung bildet die Grundlage für eine freiverantwortliche Entscheidung. Der DHPV sieht den assistierten Suizid nicht als Aufgabe der Hospizarbeit und Palliativversorgung an und möchte mit seiner Stellungnahme für bestimmte Gefahren sensibilisieren.

Die hospizliche Erfahrung lehrt uns, dass selbst bei Menschen, bei denen auf den ersten Blick eine vermeintlich selbstbestimmte und freiverantwortliche Entscheidung für den assistierten Suizid plausibel erscheint, elementare und für die Entscheidungsfindung relevante Informationen den Betroffenen entweder unbekannt sind oder ihnen unzutreffend vermittelt wurden. Auf der Basis fehlender oder falscher Informationen kann eine selbstbestimmte und freiverantwortliche Entscheidung jedoch mit guten Gründen

angezweifelt werden. In vielen Fällen können durch gute palliative und hospizliche Begleitung Alternativen aufgezeigt werden, die ein friedvolles Sterben ermöglichen. Unklarheiten bestehen auch häufig in der juristischen Einordnung von Handlungen rund um den Begriff „Sterbehilfe“, so dass beispielsweise ein gewünschter Behandlungsabbruch durch Abschalten des Beatmungsgerätes – obwohl rechtlich zulässig – bei Betroffenen, Angehörigen oder medizinisch-pflegerischem Personal als strafbare aktive direkte Sterbehilfe eingeordnet oder zumindest subjektiv als eine solche empfunden wird.

Selbst wenn es Beratungsangebote gibt, sieht der DHPV die folgenden Risiken:

- Auch wenn in den Gesetzentwürfen ein interdisziplinärer Ansatz vorgesehen ist, befürchten wir, dass dieser in der Praxis nicht angemessen umgesetzt wird. Im Gesetzentwurf Helling-Plahr soll die Beratung zwar durch „qualifiziertes Person“ durchgeführt werden. Es wird jedoch nicht näher dargelegt, welche Qualifikation diese Anforderung erfüllt und wie dies im Rahmen der Zulassung nach § 5 des Gesetzentwurfs überprüft werden soll. Zwar kann das Landesrecht hier Näheres regeln. Dies lässt jedoch befürchten, dass die Qualifikation von Land zu Land unterschiedlich sein wird.
- Die Beratung erfolgt vor dem Hintergrund des eigenen Interesses der beratenden Institution, so dass zu befürchten steht, dass bestimmte Organisationen in der Beratung eher zur Durchführung des assistierten Suizides ermutigen. Insofern wäre es wichtig, dass ein Trennungsprinzip gilt hinsichtlich der Beratung, der Beurteilung/Begutachtung der Freiverantwortlichkeit und der Durchführung des assistierte Suizides eingehalten wird. Positiv hervorzugeben ist in diesem Zusammenhang die Regelung im Entwurf-Künast in § 4 Abs. 3 S. 2, wonach das Beratungsgespräch *„vom Grundwert jedes Menschenlebens auszugehen“* habe und *„im Übrigen das Ziel [verfolgt], dass den Sterbewilligen alle Umstände und Hilfsangebote bekannt werden, die ihre Entscheidung ändern könnten“*. Eine „ergebnisoffene Beratung“, wie sie im Entwurf Helling-Plahr in § 4 Abs. 1 vorgesehen ist, berücksichtigt unseres Erachtens suizidpräventive Ansätze nicht ausreichend. In Entwurf von Castellucci/Heveling wird hingegen durch die Qualifikation eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sichergestellt, dass eine suizidpräventive Zielrichtung des Gesprächs ausreichend berücksichtigt wird.
- Der assistierte Suizid wird häufig beschönigend dargestellt. Schon das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 26.02.2020 klargestellt, dass eine freie Willensbildung insbesondere voraussetzt, dass *„der Entscheidungsträger Handlungsalternativen zum Suizid erkennt, ihre jeweiligen Folgen bewertet und seine Entscheidung in Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen trifft. Insoweit gelten dieselben Grundsätze wie bei einer Einwilligung“*

in eine Heilbehandlung“ (BVerfG: Urteil vom 26.02.2020, Rn. 242). Insofern sollten nach unserer Auffassung die Grundsätze der Aufklärung wie bei medizinisch nicht indizierten Eingriffen gelten – dort sind die Anforderungen an die Aufklärung für eine wirksame Einwilligung besonders hoch. Rechtlich notwendig ist eine „schonungslose Aufklärung“ über alle mit dem Eingriff verbundenen Risiken. Unseres Erachtens gilt dieser Grundsatz auch bei der Aufklärung zum assistierten Suizid. Der suizidwilligen Person müssen die – auch entfernten – Risiken (beispielsweise toxikologische Gefahren, Möglichkeit des Fehlschlagens, psychische Auswirkungen auf nahestehende Personen) deutlich vor Augen geführt werden, damit sie genau abwägen kann, ob sie bereit ist, diese Risiken beispielsweise trotz bestehender palliativmedizinischer Angebote in Kauf zu nehmen.

- Es existieren keine einheitlichen inhaltlichen Vorgaben, über welche Risiken oder auch alternative Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären ist und wie diese ggf. dargestellt werden. Es sollten somit klare Vorgaben existieren, in welcher Form angemessen über Angebote der Suizidprävention und der Hospizarbeit und Palliativversorgung aufzuklären ist.

7. Fristen und Wartezeiten

Die jeweiligen Wartezeiten und Fristen sind in den Gesetzentwürfen unterschiedlich geregelt.

- Gesetzentwurf Castellucci/Heveling/Kappert-Gonther: Untersuchung durch einen nicht an der Selbsttötung beteiligten Facharzt oder durch eine nicht an der Selbsttötung beteiligte Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt, dass keine die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigende psychische Erkrankung vorliegt und nach fachlicher Überzeugung das Sterbeverlangen freiwilliger, ernsthafter und dauerhafter Natur ist; dies setzt in der Regel mindestens zwei Termine mit einem Mindestabstand von drei Monaten voraus. (Ggf. reicht 1 Untersuchungstermin aus, so dass die 3 Monate Wartefrist entfällt). Bis zum assistierten Suizid Wartefrist von mindestens 2 Wochen und höchstens 2 Monaten (§ vgl. § 217 Abs. 2 Nr. 3 und 4).
- Gesetzentwurf Helling-Plahr: Der Arzt, der das Arzneimittel zum Zweck der Selbsttötung verschreibt, muss sich durch Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung nachweisen lassen, dass sich die suizidwillige Person höchstens acht Wochen zuvor in einer Beratungsstelle beraten lassen hat (§ 6 Abs. 3 Entwurf). Von einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit des Sterbewunsches darf der Arzt in der Regel erst ausgehen, wenn zehn Tage seit der Beratung vergangen sind (§ 6 Abs. 4 Entwurf). In begründeten Einzelfällen,

wenn dem Suizidwilligen ein Zuwarten aufgrund des Ausnahmecharakters seiner individuellen Situation nicht zuzumuten ist, kann jedoch von der Frist abgewichen werden (Begründung S. 17).

- Gesetzentwurf Künast: Bei diesem Entwurf wird unterschieden zwischen den Verfahren im Rahmen einer „medizinischen Notlage“ und den „allgemeinen Voraussetzungen für den Zugang zu Betäubungsmitteln für Sterbewillige“). Bei einer medizinischen Notlage müssen zwischen der Erst- und der Zweitbestätigung durch den behandelnden bzw. bestätigenden Arzt mindestens 2 Wochen liegen. Hiervon kann jedoch im Falle einer außergewöhnlichen Härte abgesehen werden (§ 3 Abs. 4 Entwurf). Bei den allgemeinen Voraussetzungen im Verfahren unabhängig von einer medizinischen Notlage muss sich der Sterbewillige von einer zugelassenen unabhängigen Beratungsstelle zwei Mal im Abstand von mindestens zwei und höchstens zwölf Monaten beraten lassen (§ 4 Abs. 3 Entwurf). Die nach Landesrecht zuständige Stelle, bei welcher der Antrag auf Zugang zu Betäubungsmitteln zu stellen ist, hat bei Vorliegen der im Gesetz näher beschriebenen Voraussetzungen eine Bescheinigung über das Recht auf Zugang zu den Betäubungsmitteln auszustellen. Diese Bescheinigung verliert ihre Gültigkeit ein Jahr nach der Ausstellung (§ 4 Abs. 4 Entwurf).

Der DHPV vermag nachzuvollziehen, dass die Wartefristen dazu dienen sollen, die Selbstbestimmung abzusichern und suizidpräventiv zu wirken. Letztlich handelt es sich bei den Fristen jedoch um willkürliche Festsetzungen, die eine falsche Sicherheit hinsichtlich des Vorliegens einer selbstbestimmten Entscheidung suggerieren. Auch benötigen vertrauensbildende und suizidpräventive Maßnahmen Zeit – Zeit, die man sich für den einzelnen Menschen und seine individuellen Sorge und Nöte nehmen muss. Hier sprechen wir in der Praxis eher von Monaten, denn von Wochen oder gar Tagen. Auch Unterstützungsmaßnahmen benötigen eine gewisse Zeit, damit sie effektiv greifen können. Vor diesem Hintergrund möchte der DHPV auch keinen konkreten zeitlichen Rahmen vorschlagen.

8. Rückgabe von Medikamenten

Der Künast-Entwurf regelt in § 6 Abs. 1 („Aufgabe des Sterbewunsches“), dass das abgegebene Betäubungsmittel binnen vier Wochen zurückzugeben ist, wenn die Sterbewilligen von ihrem Sterbewunsch Abstand genommen haben. Dies ist in der Regel anzunehmen, wenn die Selbsttötung nicht binnen Jahresfrist nach Abgabe des Mittels vollzogen wurde. Diese Form der Restriktion der Verfügbarkeit eines Medikamentes, welches zudem speziell zum Zweck des Suizides ausgegeben wurde, ist als suizidprä-

ventive Maßnahme zu befürworten. Darüber hinaus ist eine nicht fachgerechte und gegen den Zugriff Dritter abgesicherte Aufbewahrung des tödlichen Betäubungsmittels durch die suizidwilligen Personen zu befürchten, wodurch die Gefahr einer fahrlässigen Körperverletzung bzw. Tötung unbeteiligter Dritter besteht. Der DHPV schlägt daher vor, dass eine Regelung zur Rückgabepflicht des Medikamentes in dem später durch das Parlament verabschiedeten Gesetzentwürfe Eingang findet.

In § 6 Abs. 2 wird klargestellt, dass die Aufgabe des Sterbewunsches eine erneute Antragstellung nicht ausschließt. Dies halten wir aus suizidpräventiver Hinsicht für sinnvoll, um zu verhindern, dass es aufgrund des bevorstehenden Fristablaufes zur Rückgabe des Medikamentes zu Kurzschlusshandlungen mit suizidaler Absicht kommt.

9. Evaluation/Transparenz

Der DHPV befürwortet eine größtmögliche Transparenz hinsichtlich der in Deutschland durchgeführten assistierten Suizide. Darüber hinaus sollte eine Evaluation stattfinden, um die gesellschaftlichen Folgen der Gesetzgebung zum assistierten Suizid bewerten zu können.

Im Entwurf von Castellucci/Heveling/Kappert-Gonther ist bedauerlicherweise keine Regelung zur Transparenz und zur Evaluation des Gesetzes enthalten. Der DHPV hält dies für ergänzungsbedürftig.

10. Grundsatz des Selbstvollzuges und Freiverantwortlichkeit im Zeitpunkt der Durchführung des Suizides

Es sollte klargestellt werden, dass die Umsetzung des Sterbewunsches eigenhändig vollzogen wird (Grundsatz des Selbstvollzuges) und die aktive direkte Sterbehilfe weiterhin strafbewehrt ist. Wir sehen mit Sorge, dass der BGH in seiner Entscheidung vom 28.06.2022 den Begriff der Tatherrschaft derart weit ausdehnt, dass nunmehr auch die grundsätzliche Strafbarkeit der „Tötung auf Verlangen“ zur Disposition steht. Ein assistierter Suizid ist selbst bei schweren körperlichen Beeinträchtigung – häufig mittels technischer Hilfsmittel – möglich, so dass es einer Weiterung des § 216 StGB nicht bedarf.

Auch sollte klargestellt werden, dass der Suizident im Zeitpunkt des assistierten Suizides freiverantwortlich handeln muss. In den Niederlanden hatte ein Fall für Aufsehen gesorgt, nachdem eine Ärztin bei einer schwer an Demenz erkrankten Patientin auf der Basis einer Patientenverfügung aktive Sterbehilfe geleistet hatte, obwohl die Patientin

sich – im Rahmen ihres natürlichen Willens – bei der Verabreichung des Beruhigungsmittels und des tödlichen Medikamentes wehrte ([Hoge Raad Der Nederlanden: 21.04.2020, „physician permitted to grant a written request for euthanasia from individual suffering from advance dementia, summary](#)). Eine solche Fallkonstellation sollte in Deutschland weiterhin strafbewehrt sein.

Gez. Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorstandsvorsitzender DHPV

Öffentlichen Anhörung zum Thema „Sterbebegleitung/Suizidprävention“

Stellungnahme RA Prof. Dr. Christoph Knauer¹, Honorarprofessor an der LMU München, Vorsitzender des Ausschuss Strafprozessrecht der Bundesrechtsanwaltskammer

I. Einleitung

Das Bundesverfassungsgericht erklärte mit Urteil vom 26. Februar 2020 das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in § 217 StGB für verfassungswidrig, weil durch den Straftatbestand die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung so sehr verengt wurden, dass der Suizidwillige das Recht, sein Leben eigenhändig bewusst und gewollt zu beenden und bei der Umsetzung der Selbsttötung auf die Hilfe Dritter zurück zu greifen, nicht mehr wahrnehmen konnte.²

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist als Ausdruck der persönlichen Autonomie des zur freien Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähigen Menschen vom Gewährleistungsgehalt des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst und beinhaltet die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, auch in Anspruch zu nehmen.³

Ausgangspunkte der Diskussion der (straf-)rechtlichen Folgen einer Hilfe zum Suizid sind die Autonomie des Menschen einerseits und der Lebensschutz andererseits.⁴ Nun bestätigte das Bundesverfassungsgericht den grundsätzlichen Vorrang der Autonomie des Suizidwilligen. Der Schutz des Lebens bleibt zwar weiterhin ein legitimes Anliegen des (Straf-)Gesetzgebers.⁵ Das Schutzkonzept hat sich aber an der Vorstellung des Einzelnen als geistig-sittlichem Wesen, das sich in Freiheit selbst bestimmen und entfalten darf,

¹ Der Verfasser hat auch die Stellungnahme der Bundesrechtsanwaltskammer zur Regelung der Suizidhilfe (Stellungnahme Nr. 42 aus Juni 2021) als Berichterstatter verantwortet.

² BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 ff.; mit Anmerkungen etwa *Sachs* JuS 2020, 580 ff.; *Neumann* NZWiSt 2020, 286 ff.; *Hartmann* JZ 2020, 627 ff.

³ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 ff.

⁴ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (913); eine Übersicht der in Zusammenhang mit § 217 StGB veröffentlichten Beiträge findet sich bei *Roxin*, NStZ 2016, 185 ff.

⁵ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (914).

auszurichten.⁶ Es darf ihm nicht verwehrt werden, einen selbstbestimmt gefassten Entschluss zum Suizid mit der angebotenen Hilfe Dritter umzusetzen. Eine gesetzliche Ausgestaltung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben ist deshalb nur dann zulässig, sofern dies dem Schutz des Lebens und des autonom gebildeten freien Willens zum Suizid dient und sich ausdrücklich nicht gegen die Autonomie des Einzelnen richtet.⁷

Mit anderen Worten: Das Bundesverfassungsgericht geht von der Freiheit des Einzelnen aus, deren Beschränkung rechtfertigungsbedürftig ist.⁸

Mit der erklärten Verfassungswidrigkeit und Nichtigkeit des § 217 StGB ist die Förderung der Selbsttötung zwar umfassend straflos gestellt, dennoch sehen sich Suizidwillige und Menschen, die ihnen helfen wollen, weiterhin rechtlichen und faktischen Hürden gegenüber, die aus einer fehlenden gesetzlichen Ausgestaltung der Suizidhilfe resultieren und die Wahrnehmbarkeit des Grundrechts auf selbstbestimmtes Sterben hindern. Die Erfahrung seit der Entscheidung zeigt, dass es insbesondere schwer ist, ärztliche Helferinnen und Helfer zu finden, die bereit sind, Unterstützung zu leisten. Dies liegt auch an dem Fehlen eines rechtlichen Rahmens, der diesen Sicherheit gibt. Umso mehr ist ein solcher Rahmen für die Sterbewilligen notwendig.

⁶ Hierzu auch bereits BVerfGE 32, 98 (107 f); 108, 282 (300); 128, 326 (376); 138, 296 (339)).

⁷ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (914).

⁸ Schlink, ZRP 2022, 126.

II. Zu den Gesetzesentwürfe

Zu beurteilen sind die Gesetzesentwürfe von Dr. Lars Castellucci u.a. (BT-Drs. 20/904), von Katrin Helling-Plahr u.a. (BT-Drs. 20/2332) und Renate Künast u.a. (BT-Drs. 20/2293). Im Einzelnen:

1. **BT-Drucksache 20/904: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung**

(Gesetzesentwurf der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling und weiterer Abgeordneter)

a. Regelungsvorschläge

Der Entwurf der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling u.a. schlägt vor, die „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ wieder grundsätzlich unter Strafe zu stellen.⁹ Unter bestimmten Voraussetzungen soll die geschäftsmäßige Unterstützung allerdings nicht rechtswidrig sein.¹⁰ Zudem soll ein Werbeverbot für die Hilfe zur Selbsttötung neu eingeführt werden.¹¹

Strukturell stimmt der Entwurf mit dem Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums der 19. Wahlperiode unter Jens Spahn¹² überein¹³ und stellt in § 217 Abs. 1 StGB-E die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung erneut unter Strafe.¹⁴ Nach Abs. 2 soll das Verhalten hingegen (ausnahmsweise) nicht rechtswidrig sein, wenn die aufgelisteten, kumulativ und iterativ zu erfüllenden¹⁵ (Rechtfertigungs-)Voraussetzungen erfüllt werden. Die Rechtfertigung setzt voraus, dass die suizidwillige Person volljährig und einsehensfähig ist (Nr. 1) und eine die autonome Entscheidung beeinträchtigende psychische Erkrankung durch eine:n an der Selbsttötung nicht beteiligte:n Psychiater:in ausgeschlossen sowie die Ernsthaftigkeit sowie Stabilität des Sterbewunsches bestätigt wurde (Nr. 2).

⁹ BT-Drs. 20/904, S. 5.

¹⁰ BT-Drs. 20/904, S. 5 f.

¹¹ BT-Drs. 20/904, S. 6.

¹² Bundesgesundheitsministerium, Diskussionsentwurf. Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung der Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der freiverantwortlichen Selbsttötungsentscheidung, 2021 (zitiert als Bundesgesundheitsministerium), S.13.

¹³ Wobei im Gegensatz zum Entwurf des BMG auf eine Regelung Hilfe zur Selbsttötung in einem eigenen Gesetz verzichtet wird.

¹⁴ BT-Drs. 20/904, S. 5.

¹⁵ BT-Drs. 20/904, S. 14.

Außerdem muss ein Beratungsgespräch geführt worden sein, in dem die suizidwillige Person umfassend aufgeklärt worden ist (Nr. 3), wobei die Anforderungen an dieses Beratungsgespräch im Entwurf näher bestimmt werden.¹⁶

Herabgesetzte Voraussetzungen sollen in „begründeten Ausnahmefällen“, insbesondere bei Unzumutbarkeit wegen Vorliegens einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, vorgesehen werden.¹⁷ Angehörige und andere nahestehende Personen werden gemäß § 217 Abs. 3 StGB-E von der Strafbarkeit ausgenommen, soweit sie selbst nicht geschäftsmäßig handeln, was insbesondere auch für eine etwaige Beihilfestrafbarkeit von Bedeutung ist (während sich eine Straflosigkeit als Täter:in bei fehlender Geschäftsmäßigkeit schon aus Absatz 1 selbst ergibt).

Die Entwurfsverfasser gehen im Grundsatz davon aus, dass die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung nur dadurch effektiv geschützt werden kann, dass man die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung wieder grundsätzlich unter Strafe stellt.¹⁸

§ 217a StGB-E soll zudem die Werbung für Suizidassistentz „öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften (§ 11 Absatz 3)¹⁹ seines Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise“ unter Strafe stellen.²⁰ Damit und auch mit den in Absätzen 2 bis 4 geregelten Modifikationen und Ausnahmen knüpft die Vorschrift an den – jüngst aus dem StGB ersatzlos gestrichenen²¹ - § 219a StGB zur Werbung für den Schwangerschaftsabbruch an.

b. Bewertung

Der Entwurf, der die Suizidhilfe im Ausgangspunkt wieder unter Strafe stellen will, ist mit dem Grundgesetz und der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 nicht vereinbar. Das Bundesverfassungsgericht hat unmissverständlich klargestellt, dass Eingriffe in das Recht auf selbstbestimmtes Sterben durch ein Verbot der Hilfe

¹⁶ BT-Drs. 20/904, S. 5 f.

¹⁷ BT-Drs. 20/904, S. 6.

¹⁸ Vgl. BT-DS. 20/904, S. 2, 9 f..

¹⁹ Richtigerweise müsste es hier natürlich heißen: „durch Verbreiten eines Inhalts“, da der Schriftenbegriff in § 11 Abs. 3 StGB zum 01.01.2021 durch den des „Inhalts“ ersetzt worden ist – ein kleiner Hinweis auf die Sorgfalt, mit der hier gearbeitet wird.

²⁰ BT-Drs. 20/904, S. 6.

²¹ Der Gesetzentwurf, der eine ersatzlose Streichung von Paragraph 219a StGB vorsieht (BT-Drs. 20/1635), wurde am 24. Juni 2022 vom Deutschen Bundestag beschlossen, am 8. Juli vom Bundesrat gebilligt und das Gesetz trat am 19. Juli 2022 in Kraft.

zur Selbsttötung verfassungsrechtlich nur verhältnismäßig sind, wenn hierdurch die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung nicht so sehr verengt werden, dass dem Einzelnen faktisch kein Raum mehr zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Freiheit verbleibt.²² Lebensschutz mit Mitteln des Strafrechts ist demnach nur zulässig, wenn die freie Entscheidung des Einzelnen über die Beendigung seines Lebens lediglich geschützt und nicht unmöglich gemacht wird.²³ In der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts heißt es hierzu eindeutig:

„Wenn die Rechtsordnung bestimmte, für die Autonomie gefährliche Formen der Suizidhilfe, insbesondere die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung, unter Strafe stellt, muss sie demnach zumindest sicherstellen, dass trotz des Verbots im Einzelfall ein Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe real eröffnet bleibt.“²⁴

Diese Grundsätze lassen keinen Raum für das von den Entwurfsverfassern vorgeschlagene Verbot der Suizidhilfe.²⁵ Denn die Entscheidung des Dritten, einem Sterbewilligen zu helfen, steht in funktionalem Zusammenhang zu dem verfassungsrechtlich geschützten Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Das Bundesverfassungsgericht stellt hierzu fest:

„Die Entscheidung zur Selbsttötung ist in ihrer Umsetzung nicht nur in tatsächlicher Hinsicht davon abhängig, dass Dritte bereit sind, Gelegenheit zur Selbsttötung zu gewähren, zu verschaffen oder zu vermitteln. Die Dritten müssen ihre Bereitschaft zur Suizidhilfe auch rechtlich umsetzen dürfen. Anderenfalls liefe das Recht des Einzelnen auf Selbsttötung faktisch leer.“²⁶

Solange es hilfsbereiten Dritten aber grundsätzlich verboten bleibt, Suizidhilfe zu leisten²⁷, wird die Mehrzahl davon absehen, solche Hilfe überhaupt anzubieten. Dies wird durch die strafrechtlichen Risiken für Ärzte und Pflegepersonal, die durch den Gesetzesentwurf entstehen, noch verstärkt. Ärzte und palliativmedizinisches Pflegepersonal wären für den Fall, dass sie den Wunsch ihrer Patienten auf ein menschenwürdiges Sterben etwa durch

²² Vgl. BVerfG 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 5., Rn.264–267; hierzu ebenfalls Neumann, Vier Gesetzesentwürfe zur Neuregelung des Suizidhilfe – eine Bewertung, Neue Juristische Online Zeitschrift 2021, S.385–390, hier S.386.

²³ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (914).

²⁴ BVerfG 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15, 5., Rn. 284.

²⁵ *Helling-Plahr* in NSTZ 11/2022.

²⁶ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (920); hiermit ist insbesondere der Vorschlag, ein strafbewehrtes Werbeverbot für Suizidhilfe zu normieren (vgl. § 217a BMG-E) unvereinbar.

²⁷ Anders die Entwurfsverfasser, die widersprüchlich davon ausgehen, die „grundsätzliche Straffreiheit der Hilfe beim Suizid wird beibehalten“, BT-Drs. 20/904, S. 10.

das Verabreichen von Medikamenten oder das Unterstützen des sog. Sterbefastens²⁸ nachkommen, mit einem Strafbarkeitsrisiko belastet. Dadurch läuft das Recht des Einzelnen auf Selbsttötung weiterhin faktisch leer.

Hieran ändert sich auch nichts dadurch, dass nach dem Vorschlag der Entwurfsverfasser die Suizidhilfe unter bestimmten Voraussetzungen gerechtfertigt sein soll.²⁹ Die nach § 217 II Nr. 3 lit. a)-d) StGB-E geforderte Beratung umfasst allein eine Aufklärung der Ist-Situation und über Alternativen zum Suizid.³⁰ Es wird aber nicht sichergestellt, dass – wie es das Bundesverfassungsgericht voraussetzt – „im Einzelfall ein Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe real eröffnet bleibt.“³¹ Abseits der Suizidprävention und der Aufklärung über Alternativen zur Selbsttötung beinhaltet der StGB-E nämlich keine Regelungen, die eine Umsetzung des Suizidwunsches etwa durch einen rechtssicheren Zugang zu Medikamenten ermöglichen. Dies schafft weder für hilfsbereite Dritte, noch für die suizidwillige Person Rechtssicherheit in ihren Handlungen.

Der Entwurf verkehrt damit die Grundaussage der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, nämlich dass die Einschränkung der Freiheit des Einzelnen (hier: zu Sterben wann und wie er will) einer hohen Rechtfertigungslast unterliegt, ins Gegenteil: Die hohe, menschenrechtsbasierte Rechtfertigungshürde wird schlicht gerissen, die Rechtfertigung vorausgesetzt und lediglich ein minimaler Rest an Freiheit belassen.³² MaW: Eine grundsätzliche strafrechtliche Sanktion, mit Ausnahmeregelungen, vermittelt sowohl den Sterbewilligen, als auch den Anwendenden die Grundhaltung, die Suizidhilfe sei sozialschädlich, ist abzulehnen. Eine derart breite Verortung der Suizidhilfe im Strafrecht ist somit schlechthin verfassungswidrig.

§ 217 StGB-E verlagert die Tatvollendung zudem systemwidrig und ohne rechtsgutsbezogene Notwendigkeit extensiv vor. Denn für die Tatvollendung wäre es völlig irrelevant, ob die „Gelegenheit zur Selbsttötung“ genutzt wird oder ob auch nur die Gefahr ihrer Nutzung entsteht.³³ Die Tathandlung wäre bereits dann vollendet, wenn die Förderungshandlung erbracht worden ist, ohne dass der Suizidwillige unmittelbar zur Durchführung ihrer Selbsttötung angesetzt haben muss. § 217 Abs. 1 StGB-E führt daher nicht nur dazu,

²⁸ Hierzu Hecker, Was bleibt vom Grundrecht auf Suizidhilfe, unter C. IV. Strafrechtliche Risiken für Ärzte und Pflegepersonal, erscheint in StV Heft 01/2023.

²⁹ Vgl. BT-DS 20/904, S. 5 f., 13.

³⁰ Vgl. BT-DS 20/904, S. 5 f., 15.

³¹ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (915).

³² So auch Schlink, ZRP 2022, 126.

³³ Zur Kritik Hecker, Was bleibt vom Grundrecht auf Suizidhilfe, unter C. II. Entgrenzte Vorverlagerung der Tatvollendung, erscheint in StV Heft 01/2023.

dass eine nach allgemeinen Akzessorietätsgrundsätzen straflose Beihilfe zu einer strafbaren Förderung einer von der anderen Person freiverantwortlich begangenen vollendeten oder versuchten Selbsttötung wird, sondern erfasst auch Vorfeldhandlungen, die nach allgemeinen Grundsätzen als strafloser Beihilfeversuch einzustufen wären.³⁴

Hecker hat zu Recht weitere Zweifel an der Verhältnismäßigkeit des § 217 StGB-E angemeldet.³⁵ In dem Erfordernis zweier fachpsychiatrischer Begutachtungen innerhalb von drei Monaten liegt eine derartige Überregulierung, dass viele Suizidwillige das Angebot realistischerweise nicht mehr in Anspruch nehmen könnten, weil Ärzte nicht zu finden sind. Es entspricht zwar der Entscheidung des BVerfG, dass die Autonomie des Sterbewilligen abgesichert werden muss. Deswegen ist es legitim, die Freiverantwortlichkeit des Suizident schlusses von fachlich qualifizierten Ärzten feststellen zu lassen. Eine starre Begrenzung dieser Gruppe auf einen bestimmten Facharztstitel (§ 217 II Nr. 2 StGB-E Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) ist aber nicht erforderlich und gewährt keinen Mehrwehrt für den Autonomieschutz.³⁶ Die starren Fristen des Entwurfes, die vordergründig der Überprüfung der Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches dienen sollen, sind aufgrund der Rechtfertigungskonstruktion ebenfalls hochproblematisch. Werden diese nur um einen Tag überschritten, machen sich die Helfer strafbar.

Hinzukommt, dass hilfsbereite Ärzte mit einem Strafbarkeitsrisiko belastet sind, sofern sie eigene oder fremde Hilfe zur Selbsttötung öffentlich anbieten (§ 217a StGB-E). Dies verengt die Handlungsmöglichkeiten des Suizidwilligen in Kombination mit der ohnehin mangelnden ärztlichen Bereitschaft zur Suizidhilfe, wie sie das Bundesverfassungsgericht feststellte³⁷, weiter.³⁸ Dabei wäre es mehr als widersprüchlich, für die Suizid-Assistenz eine Strafbarkeit unter den im Prinzip gleichen Voraussetzungen einzuführen, wie sie mit § 219a StGB bei der Werbung für den Schwangerschaftsabbruch ersatzlos gestrichen wurde.³⁹ Immerhin liegt bei einem Schwangerschaftsabbruch die strafrechtliche Absicherung der Lebensinteressen des Fötus (unabhängig davon, wie man letztlich zum Schwangerschaftsabbruch steht) doch jedenfalls näher als bei der Suizidhilfe, da es hier um die

³⁴ Hecker, Was bleibt vom Grundrecht auf Suizidhilfe StV 2022, unter C. II. Entgrenzte Vorverlagerung der Tatvollendung, erscheint in StV Heft 01/2023.

³⁵ Hierzu Hecker, Was bleibt vom Grundrecht auf Suizidhilfe, unter D. III. 3. Erforderlichkeit des § 217 StGB-E, erscheint in StV Heft 01/2023.

³⁶ Hecker, Was bleibt vom Grundrecht auf Suizidhilfe, unter D. III. 3. Erforderlichkeit des § 217 StGB-E, erscheint in StV Heft 01/2023.

³⁷ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (915 f.).

³⁸ Ebenso Neumann NJOZ 2021, 386 (389); vgl. auch Gaede in ZRP 2022, 73 (75).

³⁹ Hierzu Knauer, Kudlich in Bobbert: Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit, Teil IV, S. 242 f.

Lebensbeendigung einer eigenverantwortlich handelnden Person geht, während dem Fötus die Beendigung seines Lebens von Dritten aufgezwungen wird. Dennoch dürfe der Gesetzgeber auf die „informationsbasierte Entscheidung der betroffenen Frau vertrauen, die von sachlichen Informationen über einen straffreien Eingriff in dieser Entscheidungssituation nicht ferngehalten werden sollte“. Dies muss erst recht für die eigenverantwortliche Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens gelten. Von einem Werbeverbot abzusehen, wäre vielmehr – wie auch bei einem Schwangerschaftsabbruch – geeignet, das Beratungskonzept, für das sich der Gesetzgeber entschieden hat, zu stärken.

Insgesamt würde die fortbestehende Straffreiheit der Suizidhilfe durch den Gesetzesentwurf von Dr. Castellucci so verengt, dass nur noch ein zu klein bemessener Freiheitsraum übrig bleibt. Der StGB-E ist deshalb als Grundlage zur Regelung der Suizidhilfe nicht nur ungeeignet, sondern wird vor dem Bundesverfassungsgericht keinen Bestand haben.

2. BT-Drs. 20/2293: Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze

(Gesetzesentwurf der Abgeordneten Renate Künast, Dr. Nina Scheer und weiterer Abgeordneter)

a. Regelungsvorschläge

Der Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben (nachfolgend: „SbStG“) von Renate Künast, Katja Keul u.a. bezweckt gemäß § 1 Abs. 1 SbStG-E die Verhinderung „*unwürdiger, unzumutbarer und nicht von einem freien Willen getragener Umsetzungen des Sterbewunsches*“, indem Sterbewilligen unter engen Voraussetzungen Zugang zu bestimmten Betäubungsmitteln gewährt werden soll.

Sterbewillige im Sinne des Gesetzes sollen sein: „*volljährige Menschen, die eine von freiem Willen getragene feste Entscheidung getroffen haben, dass sie ihrem Leben durch Selbsttötung ein Ende setzen wollen.*“ (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SbStG-E). Der selbstbestimmte freie Wille soll dabei voraussetzen, dass „*sowohl Einsichtsfähigkeit in die Bedeutung der getroffenen Entscheidung als auch das Vermögen, nach der gewonnenen Einsicht zu handeln*“ gegeben sind (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SbStG-E). Die freie Willensbildung soll insbesondere infolge psychischer und geistiger Zustände, die auch die zivilrechtliche Geschäftsfähigkeit ausschließen, ausgeschlossen sein können (§ 2 Abs. 1 Satz 4 SbStG-E).

Bei der Umsetzung des Sterbewunsches soll zwischen Sterbewilligen in medizinischer Notlage (§ 3 SbStG-E) und Sterbewilligen ohne medizinische Notlage (§ 4 SbStG-E) differenziert werden. Für letztgenannte Personen, sollen die Anforderungen für den Zugang zu tödlichen Medikamenten höher sein, indem sie etwa ihren Sterbewunsch „*glaubhaft darlegen*“ und sich mindestens zwei Mal von einer zugelassenen privaten unabhängigen Beratungsstelle beraten lassen müssen (§ 4 Abs. 2, 3 SbStG-E). Sterbewillige in medizinischer Notlage sollen die Medikamente hingegen nach einem ärztlichen Aufklärungs- und Beratungsgespräch und schriftlicher Bestätigung eines zweiten Arztes erhalten (§ 3 Abs. 1 SbStG-E).

Straffreie Hilfe zum Suizid soll nur als Begleitung oder Unterstützung des Sterbewilligen möglich sein. Die tödliche Handlung selbst, also die Verabreichung des Medikaments, muss der Sterbewillige ausnahmslos selbst vornehmen (§ 5 Abs. 1 SbStG-E). Zur Begleitung oder Unterstützung, die nicht die Verabreichung des Medikaments ist, sollen sowohl Ärzte als auch jedwede Dritte, ausdrücklich auch juristische Personen berechtigt sein (§ 5 Abs. 2 SbStG-E). Die geschäftsmäßig angebotene „Sterbebegleitung“ bedarf hingegen einer besonderen Zulassung nach § 5 Abs. 3 SbStG-E, die jederzeit widerrufen werden kann. Zuzulassen sind Stellen, die solches Personal einsetzen, das die „*erforderliche Zuverlässigkeit*“ besitzt und die Sterbewilligen „*selbstlos*“ in entsprechender Anwendung des § 55 AO unterstützen (§ 5 Abs. 3 SbStG-E).

Dabei beinhaltet der Entwurf eine eigene Strafnorm, die falsche Angaben bei der Beantragung des Zugangs zu Betäubungsmitteln unter Strafe stellt (§ 8 Abs. 1 SbStG-E) sowie verschiedene Ordnungswidrigkeiten, wonach unter anderem die unterlassene Anzeige der Verschreibung eines Betäubungsmittels bei der zuständigen Landesbehörde oder das unzulässige Betreiben eines Geschäftsbetriebs als Hilfeanbieter mit einem Bußgeld bedroht ist (§ 8 Abs. 2, 3 SbStG-E).

b. Bewertung

Grundsätzlich ist an dem Entwurf das Ziel, die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes zu respektieren und dem Sterbewilligen Hilfe durch Zugang zu einem tödlichen Medikament zu gewähren, zu begrüßen. Das Bundesverfassungsgericht hat jedoch, anders als es der Entwurf ohne Begründung behauptet⁴⁰, keinesfalls als zulässig erachtet, zwischen schwerkranken und nicht-schwerkranken Suizidwilligen zu unterscheiden und

⁴⁰ Begr. SbStG-E, S. 2.

in letzterem Fall höhere Anforderungen etwa an den Zugang zu Medikamenten aufzustellen. Das Bundesverfassungsgericht hat vielmehr mehrfach hervorgehoben, dass die Beweggründe keinerlei Bewertung etwa „anhand allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit“ zugänglich sind.⁴¹ Es führt hierzu insbesondere unmissverständlich aus:

„Das den innersten Bereich individueller Selbstbestimmung berührende Verfügungsrecht über das eigene Leben ist insbesondere nicht auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt. Eine Einengung des Schutzbereichs auf bestimmte Ursachen und Motive liefe auf eine Bewertung der Beweggründe des zur Selbsttötung Entschlossenen und auf eine inhaltliche Vorbestimmung hinaus, die dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd ist.“⁴²

Dies schließt es aus, schwerkranken Suizidwilligen leichter und schneller Zugang zu entsprechenden Medikamenten zu gewähren als nicht schwerkranken, da hierin eine Bewertung der Beweggründe nicht-schwerkranker Suizidwilliger als grundsätzlich weniger frei und selbstbestimmt liegt.

Zudem ist zu bezweifeln, ob die ausdrückliche gesetzliche Vorgabe eines Medikamentes in § 2 Abs. 2 SbStG-E den Grundsätzen des Bundesverfassungsgerichts gerecht wird.⁴³ Die Stärkung der Autonomie der Suizidwilligen und die Wahrung des innersten Bereiches der individuellen Selbstbestimmung, die das Bundesverfassungsgericht hervorhebt, sprechen gegen eine solche Handlungsanweisung. Denn hierdurch wäre nicht sichergestellt, dass die Verschreibung in Folge einer individuellen Beratung erfolgt. Auch würde sich die Frage stellen, wie damit umzugehen ist, wenn das Medikament im konkreten Einzelfall ungeeignet ist. In praktischer Hinsicht wäre für den Fall neuer Forschungsergebnisse und einem eventuell besser geeigneten Medikament stets eine Gesetzesänderung notwendig. Auch wäre der Handlungsbereich der Ärzt:innen ohne Notwendigkeit eingeschränkt. Ihnen sollte es offenstehen, auf Wünsche und Ängste der suizidwilligen Person einzugehen und somit die Medikamentenauswahl individuell anpassen zu können.

⁴¹ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (907, 912)

⁴² BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (907).

⁴³ a.A. Neumann in NJOZ 2021, 385 (389), die die explizite Nennung befürwortet.

Das Zulassungserfordernis für die Berechtigung zur Suizidhilfe nach § 5 Abs.3 könnte für hilfsbereite Dritte zudem zu Risiken und Unsicherheiten führen, die in das Recht auf selbstbestimmtes Sterben eingreifen und verfassungsrechtlich nur zur Absicherung des autonom gebildeten freien Willens gerechtfertigt sind. Dann reicht es aber nicht aus, eine solche Beschränkung damit zu begründen, dass „Missbrauch und das Ausnutzen von Notlagen“ verhindert werden sollen.⁴⁴ Darüber hinaus scheinen die Voraussetzungen für die Zulassung, nämlich die Sicherung der hierfür erforderlichen Zuverlässigkeit und eine selbstlose Unterstützung im Sinne §55 AO (§5 Abs.3), unbestimmt.

Insgesamt entspricht der Gesetzesentwurf in grundlegenden Punkten nicht der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts und ist deshalb aus meiner Sicht als Grundlage zur Regelung der Suizidhilfe nicht geeignet.

3. BT-Drs: 20/2332: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe

(Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Petra Sitte und weiterer Abgeordneter)

a. Regelungsvorschläge

Der interfraktionelle Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe (nachfolgend „SuizidhilfeG-E“) von Katrin Helling Plahr (FDP), Dr. Petra Sitte (Die Linke) und weiteren Abgeordneten soll gesetzliche Unsicherheiten und faktische Hürden für Suizidwillige und hilfsbereite Dritte beseitigen, indem die Grundsätze des Bundesverfassungsgerichts (und des BVerwG, Urt. v. 2.3.2017 – 3 C 19.15) in Gesetzesform gegossen werden.⁴⁵

Es soll das Recht auf selbstbestimmtes Sterben normiert und ein ausdrücklicher Erlaubnistatbestand für die Hilfe zum eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Suizid für Jedermann geschaffen werden (§§ 1, 2 SuizidhilfeG-E), um hilfsbereiten Dritten Zweifel an der rechtlichen Ausgangslage und die Angst vor strafrechtlichen Konsequenzen⁴⁶ zu nehmen.

⁴⁴ Vgl. Bundesgesundheitsministerium, S.13.

⁴⁵ Begr. SuizidhilfeG-E, S. 9.

⁴⁶ Zu den Grenzen der Strafbarkeit BGH NJW 2019, 3092 ff. und BGH NStZ 2019, 666 ff.; Zur möglichen Unterlassungsstrafbarkeit oder auch einer Tötung in mittelbarer Täterschaft, *Saliger*, Selbstbestimmung bis zuletzt (2015), S. 145 ff.; eine strafbare Beihilfe zum Suizid eines anderen existiert mangels Haupttat nicht.

Grundlage der Suizidhilfe soll ein autonom gebildeter, freier Wille des Suizidwilligen sein⁴⁷, dessen Anforderungen eigenständig anhand des Wortlauts der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung geregelt werden sollen (§ 3 SuizidhilfeG-E).

Darüber hinaus soll eine organisierte Beratungsinfrastruktur⁴⁸ geschaffen werden, durch die Betroffene die Möglichkeit erhalten, sich gezielt mit dem Thema Suizid und Suizidhilfe auseinanderzusetzen, Alternativen abzuwägen und einen autonomen und freien Willen über den eigenen Suizid zu treffen (§§ 4, 5 SuizidhilfeG-E).

Schließlich sollen gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, durch die Suizidwillige ihren eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Entschluss zum Suizid schmerzfrei und sicher umsetzen können, indem sie in einem geordneten Verfahren Zugang zu entsprechenden Medikamenten erhalten (§ 6 SuizidhilfeG-E).⁴⁹

b. Bewertung

Das SuizidhilfeG-E regelt die Suizidhilfe entsprechend den vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Voraussetzungen, gewährleistet so vollumfänglich das Recht auf selbstbestimmtes Sterben und schützt durch das umfassende Beratungskonzept und die ärztliche Aufklärung gleichzeitig die Autonomie des Einzelnen.⁵⁰ Die Normierung in einem eigenen Gesetz wird der Bedeutung der Materie, deren Umfang und der Ausstrahlung auf verschiedene Rechtsbereiche gerecht.

Durch die von den Entwurfsverfassern vorgeschlagene ausdrückliche Normierung eines Erlaubnistatbestands für Jedermann⁵¹ wird dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben zur Durchsetzung verholfen. Denn die Entscheidung des Dritten, einem Sterbewilligen zu helfen, steht in funktionalem Zusammenhang zu dem verfassungsrechtlich geschützten Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Das Bundesverfassungsgericht stellt hierzu fest:

„Die Entscheidung zur Selbsttötung ist in ihrer Umsetzung nicht nur in tatsächlicher Hinsicht davon abhängig, dass Dritte bereit sind, Gelegenheit zur Selbsttötung zu gewähren, zu verschaffen oder zu vermitteln. Die Dritten müssen ihre

⁴⁷ Als Grundlage einer verfassungsrechtlich geschützten Suizidentscheidung, BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (909).

⁴⁸ Begr. SuizidhilfeG-E, S. 10.

⁴⁹ BT-Drs. 20/2332, S. 16.

⁵⁰ Hierzu auch *Helling-Plahr*, Plenarprotokoll 19/223, S. 28263 f.

⁵¹ BT-Drs. 20/2332, S. 12.

*Bereitschaft zur Suizidhilfe auch rechtlich umsetzen dürfen. Anderenfalls liefe das Recht des Einzelnen auf Selbsttötung faktisch leer.*⁵²

Auch nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts bestehen Rechtsunsicherheiten für hilfsbereite Dritte. Während diese durch die übrigen Gesetzesentwürfe mehr oder weniger verstärkt werden, stellt nur der SuizidhilfeG-E die Intention des Bundesverfassungsgerichts deutlich heraus, das Recht auf selbstbestimmtes Sterben für Jedermann zu gewährleisten.

Der Durchsetzung dieses Rechts wird umso mehr dadurch verholfen, dass die erlaubte Hilfe nicht nur Ärzten zustehen soll, sondern grundsätzlich jeder Person und damit insbesondere auch Angehörige straffrei Suizidhilfe leisten dürfen. Es sollte allein dem Suizidwilligen obliegen, ebenso frei und selbstbestimmt, wie er sich für den Suizid entschieden hat, auch darüber zu entscheiden, wer ihm in den letzten Stunden beistehen und bei der Durchführung seines Entschlusses helfen soll.

Nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts ist Grundlage der Hilfe zum Suizid der autonom gebildete, freie Wille des Suizidanten als einzig beachtenswertes Kriterium für die Anerkennung des Suizidwunsches.⁵³ Es darf keine Bewertung dieses Willens, sondern nur eine Prüfung der Ernstlichkeit erfolgen, denn der freie Wille beruht auf selbstgesetzten Maßstäben, die sich einer inhaltlichen Kontrolle entziehen.⁵⁴ In § 3 SuizidhilfeG-E werden die vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Voraussetzungen dieses autonom gebildeten, freien Willens nahezu im Wortlaut normiert. Die Entwurfsverfasser gehen insbesondere zutreffend davon aus, dass der Suizidwillige seinen Willen „frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln“ können muss (§ 3 Abs. 1 SuizidhilfeG-E).⁵⁵

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts schließt insbesondere nicht aus, dass psychisch Kranke, etwa an einer schweren Depression leidende Menschen, einen autonomen, freien Willen zum Suizid bilden können, sofern sie hierzu grundsätzlich fähig sind. Zwar hat das Bundesverfassungsgericht erkannt, dass bereits mit Auftreten einer Depression das Risiko suizidaler Gedanken ansteigt.⁵⁶ Jedoch kann auch das Vorliegen einer

⁵² BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (920); hiermit ist insbesondere der Vorschlag, ein strafbewehrtes Werbeverbot für Suizidhilfe zu normieren (vgl. § 217a BMG-E) unvereinbar.

⁵³ So BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (914).

⁵⁴ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (907).

⁵⁵ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (910).

⁵⁶ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (911).

psychischen Erkrankung, wie einer Depression, das Leben aus Sicht der suizidwilligen Person nicht mehr lebenswert machen und ihn zu einem Suizid bewegen. Da seine Beweggründe jedoch keinerlei Bewertung oder Nachvollziehbarkeitsprüfung zugänglich sind⁵⁷, ist auch ein solcher Entschluss hinzunehmen, sofern die Fähigkeit, einen autonomen Willen überhaupt bilden zu können, nicht ausgeschlossen ist. Dies bedarf, wie die Entwurfsverfasser richtig feststellen, einer Betrachtung im konkreten Einzelfall.⁵⁸

Hierfür dient das von den Entwurfsverfassern vorgeschlagene Schaffen einer organisierten Beratungsinfrastruktur⁵⁹ dem Schutz der Autonomie der suizidwilligen Person ebenso wie dem Lebensschutz. Das Bundesverfassungsgericht hat hierzu festgestellt, dass „sachverständigen Auskunftspersonen aus den Bereichen der Psychiatrie und der Suizidforschung [bestätigt haben], dass das Wissen um die Möglichkeit einer assistierten Selbsttötung zumindest bedingt suizidpräventiv wirken kann.“⁶⁰

Dies berücksichtigen die Entwurfsverfasser, indem geregelt werden soll, dass die beratende Person dem Suizidwilligen alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte vor Augen führen und ihn befähigen muss, auf einer hinreichenden Informationsgrundlage realitätsgerecht das Für und Wider abzuwägen, wobei ihm insbesondere auch Handlungsalternativen aufzuzeigen sind, sodass er seinen Willen auf Basis dieser Kenntnisse frei und selbstbestimmt im Sinne des § 3 SuizidhilfeG bilden kann.⁶¹ Durch den Entwurf wird die Autonomie der Suizidwilligen und das hohe Rechtsgut Leben geschützt, ohne den Suizidanten in eine Rechtfertigungslage zu bringen.⁶²

Die Orientierung an den Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs (§§ 218 ff. StGB in Verbindung mit dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG)) bei der Schaffung der Beratungsinfrastruktur ist sinnvoll. Es handelt sich um eine vergleichbar bedeutende Entscheidung, die ein Leben unwiederbringlich beendet und sowohl Aspekte der Autonomie als auch des Lebensschutzes berührt.⁶³

⁵⁷ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (907).

⁵⁸ BT-Drs. 20/2332, S. 14.

⁵⁹ BT-Drs. 20/2332, S. 10; hierfür sprechen sich auch die an der Bundestagsdebatte am 21.04.2021 beteiligten Abgeordneten nahezu einheitlich aus, vgl. Plenarprotokoll 19/223, S. 28261 ff.

⁶⁰ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (915); dadurch ist auch das oftmals vorgebrachte Argument, durch eine Suizidberatung würden Menschen eher in den Selbstmord getrieben (vgl. etwa Castellucci, Plenarprotokoll 19/223, S. 28263) entkräftet.

⁶¹ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (910 f.); BT-Drs. 20/2332, S. 12 ff.

⁶² So ausdrücklich zulässig laut BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (909).

⁶³ Kritisch *Neumann* NJOZ 2021, 386 (388), die eine Beratungspflicht durch staatlich anerkannte Beratungsstellen grundsätzlich ablehnt, da sie auf eine Begründungs- und Rechtfertigungspflicht hinausliefe. Dies ist aber gerade

Um einen medikamentösen Suizid zu ermöglichen, muss es den Ärzten, wie die Entwurfsverfasser zutreffend erkennen, erlaubt sein, ein Arzneimittel zu diesem Zweck zu verschreiben. § 6 Abs. 1 SuizidhilfeG-E gewährleistet dabei, dass es Ärzten erlaubt ist, Personen, die aus autonom gebildetem, freien Willen ihr Leben beenden wollen, Medikamente zu verschreiben⁶⁴, ohne die Ärzte zu einer Verschreibung zu verpflichten. Auch dies entspricht der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts.⁶⁵

Allein der Suizid durch ärztlich verordnete Medikamente samt notwendiger Aufklärung gemäß § 6 Abs. 2 SuizidhilfeG-E über deren Einnahme kann sicherstellen, dass die Entscheidung des Suizidwilligen, wie von ihm gewünscht, umgesetzt wird.⁶⁶ Darüber hinaus kann auch nur so das von den Entwurfsverfassern erstrebte „Vier-Augen-Prinzip“⁶⁷ bei der Beurteilung des autonom gebildeten, freien Willens gewährleistet werden, denn die spätere Hilfeleistung muss nicht durch eine Person erfolgen, die etwa das Vorliegen einer willensbeeinträchtigenden, psychischen Störung beurteilen kann.

Dass die Medikamente für den Suizid gemäß § 6 Abs. 3 SuizidhilfeG nur von dem Arzt verschrieben werden dürfen, wenn der Suizidant zuvor nachgewiesen hat, dass er umfassend über den Suizid und mögliche Alternativen beraten worden ist, dient dem Schutz der Selbstbestimmtheit der Entscheidung zum Suizid und gleichzeitig der Sicherung dieser Autonomie. Hierdurch wird eine vorschnelle Hilfe verhindert, bevor der Suizidant umfassend über Alternativen aufgeklärt war, die ihn möglicherweise zu einer Entscheidung zum Weiterleben bewegen hätten.

Andererseits dient der Nachweis auch dem Schutz des Helfenden in dem Fall, in dem etwa im Rahmen eines strafrechtlichen Vorwurfs in Frage gestellt werden sollte, dass der Suizid auf einem autonom gebildeten, freien Willen des Suizidanten beruhte. Hierdurch wird eine rechtssichere Hilfeleistung gewährleistet, die dazu geeignet ist, die Zahl der angebotenen Hilfe und damit den Grundrechtsschutz für die sterbewillige Person zu vergrößern.

nicht der Fall, da die suizidwillige Person den Grund für ihren Suizidwunsch nicht darlegen muss. Vielmehr wird keinerlei Erklärung von der suizidwilligen Person, sondern lediglich eine Informationsvermittlung der Beratungsstelle gefordert, vgl. § 4 Abs. 2 SuizidhilfeG.

⁶⁴ BT-Drs. 20/2332, S. 15 unter Verweis auf BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (921).f

⁶⁵ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15.

⁶⁶ Was im Übrigen auch ein Anliegen vieler Suizidwilliger ist, die deshalb bei Sterbehilfevereinen wie dem StHD Hilfe suchen, anstatt sich auf eigene Faust das Leben zu nehmen, *Kusch*, Der Ausklang - § 217 StGB verändert Deutschland (2016), S. 121 f

⁶⁷ BT-Drs. 20/2332, S. 14.

Nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts muss der Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, von einer gewissen „Dauerhaftigkeit“ und „inneren Festigkeit“ getragen werden.⁶⁸ Auch dies berücksichtigen die Entwurfsverfasser, indem in § 4 SuizidhilfeG-E geregelt werden soll, dass die Verschreibung eines Arzneimittels zum Zwecke der Selbsttötung nur erfolgen darf, wenn die Beratung mehr als zehn Tage zurück liegt. Die mindestens verstrichene Zeit von zehn Tagen schützt vor übereilten Suizidscheidungen.

Die Entwurfsverfasser erkennen darüber hinaus völlig zu Recht, dass für die sachgerechte Beratung notwendig ist, dass die beratende Person Einblicke in die Intim- und Privatsphäre, den Gesundheitszustand und die soziale Vernetzung der suizidwilligen Person erhält und eine Verschwiegenheitsverpflichtung der beratenden⁶⁹ Person erfordert.⁷⁰

Um das für eine sachgerechte Beratung erforderliche Vertrauensverhältnis zu gewährleisten und zu schützen, erstreckt sich das Zeugnisverweigerungsrecht nach § 53 StPO regelmäßig auf alle Tatsachen, die der beratenden Person in dieser Eigenschaft anvertraut oder bekanntgemacht wurden.⁷¹ Es umfasst daher auch auf eigene Feststellungen und Beobachtungen der beratenden Person über die beratungserheblichen Tatsachen⁷² oder mögliche Auskünfte Dritter etwa Angehörige oder Freunde der sterbewilligen Person, die nach § 4 Abs. 6 Nr. 2 SuizidhilfeG-E zur Beratung hinzugezogen worden sind.⁷³

III. Fazit

Nach alledem entspricht allein der Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe (BT-Drs. 20/2332) in vollem Umfang den grundsätzlichen Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts. Der Entwurf Castellucci (BT-Drs. 20/904) ist nicht nur strafrechtsdogmatisch widersprüchlich, sondern verfassungswidrig und wird vor dem Bundesverfassungsgericht keinen Bestand haben können.

⁶⁸ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., NJW 2020, 905 (911).

⁶⁹ Es wird davon ausgegangen, dass es sich auf S. 17 der Begr. zum SuizidhilfeG („*Verschwiegenheitspflicht der beratenen Person*“) nur um einen Schreibfehler handelt.

⁷⁰ BT-Drs. 20/2332, S. 17.

⁷¹ So zu § 53 Nr. 3a und 3b (Schwangerschafts- und Drogenberater): KK-StPO/Bader, 8. Aufl. 2019, § 53 Rn. 18, 21, 21c; Ignor/Bertheau in: Löwe/Rosenberg-StPO, § 53 Rn. 41.

⁷² So zu § 53 Nr. 3 (Ärzte u.a.): KK-StPO/Bader, 8. Aufl. 2019, StPO § 53 Rn. 18.

⁷³ So zu § 53 Nr. 3b (Drogenberatung) BeckOK StPO/Huber, 38. Ed. 1.10.2020, StPO § 53 Rn. 20.

Stellungnahme der Malteser zu den Vorschlägen einer gesetzlichen Neuregelung zum assistierten Suizid und der Notwendigkeit eines Gesetzes zur Regelung von Suizidprävention – 28.11.2022

Die Malteser befürworten eine gesetzliche Regelung zum geschäftsmäßig assistierten Suizid, um nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts eine Kontrolle von Angeboten der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe sowie den Schutz vulnerabler Gruppen sicherzustellen. Für wesentlich erachten die Malteser eine umfassende gesetzliche Verankerung der Suizidprävention.

Zur Sicherung der Suizidprävention und zur Regelung der geschäftsmäßigen Suizidassistenz haben die Malteser drei zentrale Forderungen an den Gesetzgeber:

1. In einer pluralistischen Gesellschaft mit unterschiedlichen Vorstellungen über ein gutes Lebensende muss der Einzelne im Sinne der Selbstbestimmung die **Wahlfreiheit** haben zwischen Diensten und Einrichtungen mit unterschiedlichen Leitbildern und Einrichtungskulturen. Dementsprechend müssen Träger des Gesundheits- und Sozialwesens das gesetzlich verankerte Recht haben, Suizidassistenz in ihren Diensten und Einrichtungen abzulehnen. Die Träger und ihre Mitarbeitenden dürfen nicht unmittelbar oder mittelbar dazu gezwungen werden, am assistierten Suizid mitzuwirken oder ihn in ihren Diensten und Einrichtungen zu dulden. Träger und Mitarbeitende können sich dem Prozess der Suizidbeihilfe aber gar nicht entziehen, wenn er in ihrer Einrichtung stattfindet.
2. Es braucht einen Aus- und Aufbau von suizidpräventiven Strukturen, verankert in einem Suizidpräventionsgesetz. **Der Zugang zu Angeboten der Suizidprävention muss flächendeckend, niederschwellig möglich sein, er muss leichter erreichbar sein als der Zugang zur Suizidassistenz.** Die Strukturen der Suizidprävention müssen deutlich erkennbar von den Strukturen der Suizidassistenz getrennt werden. Die Vorausverfügung einer Suizidassistenz, z.B. im Rahmen einer Patientenverfügung für eine zukünftige Situation nicht mehr bestehender Freiverantwortlichkeit, muss ausgeschlossen werden.
3. Dringend erforderlich ist ein weiterer Ausbau der Hospiz- und Palliativarbeit sowie der Trauerbegleitung in einem **Hospiz- und Palliativgesetz II**. 30 Jahre hospizliche und palliative Arbeit zeigen, dass das Wissen und der Ausbau von hospizlichen und palliativen Angeboten suizidpräventiv ist und Alternativen mit einer als angemessen empfundenen Lebensqualität aufzeigen kann.

Zum Inhalt der Stellungnahme:

1. Zu den Maltesern – aus der Praxis der Begegnung mit Menschen in Krisen
2. Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung sowohl der Beihilfe zum Suizid als auch zur Suizidprävention und zum weiteren Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung
3. Konkrete Forderungen an den Gesetzgeber und deren Begründungszusammenhang
 - 3.1. Keine Verpflichtung zur Durchführung oder Duldung von assistiertem Suizid für Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens – Erfahrungen aus der Praxis
 - 3.2. Aus- und Aufbau einer Infrastruktur der Suizidprävention durch ein Gesetz zur Suizidprävention
 - 3.3. Fortschreibung des Hospiz- und Palliativgesetzes von 2015
 - a) in der allgemeinen ambulanten Versorgung
 - b) in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe
 - c) in den Krankenhäusern
 - d) gesetzliche Grundfinanzierung von qualifizierten Trauerbegleitungsangeboten im Kontext der Hospizarbeit, Palliativversorgung und Suizidprävention
 - e) Grundsätzliches
4. Fazit

1. Zu den Maltesern – aus der Praxis der Begegnung mit Menschen in Krisen

Die Malteser gehören mit mehr als 80.000 ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitenden zu den großen sozialen Dienstleistungsorganisationen im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland. Sie sind Träger von

- stationären Pflegeeinrichtungen,
- Krankenhäusern und stationären Hospizen,
- von Jugendhilfeeinrichtungen (insbesondere für psychisch erkrankte Jugendliche),
- Schulen
- und Einrichtungen der Migrationshilfe.

Die Malteser sind einer der größten Anbieter

- in der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland,
- engagieren sie sich in der ambulanten Palliativversorgung genauso wie
- in der Trauerbegleitung
- und sind Träger von ambulanten Pflegediensten.

Zu den Arbeitsschwerpunkten gehören die Versorgung und Begleitung von Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind, etwa in Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Alter und Einsamkeit.

Die Arbeit der Malteser ist dabei geprägt von Toleranz, Respekt, Wertschätzung und der Achtung der Würde eines jeden Menschen. Dies schließt insbesondere die Achtung der individuellen Bedürfnisse und Willensäußerungen ein. Für sie ist jedes Leben wertvoll und schützenswert.

In ihren Diensten und Einrichtungen begegnen die Malteser immer wieder Menschen unterschiedlichen Alters in Krisen und ohne Lebensperspektiven, die sich mitunter den Tod wünschen. Menschen mit Todeswünschen und Suizidgedanken nehmen die Malteser ernst und begegnen ihnen mit Empathie und Zuwendung.

Mit Sorge beobachten die Malteser eine gesellschaftliche Entwicklung, die Suizid - auch unter Beihilfe Dritter - als Ausdruck höchster Selbstbestimmung betrachtet. Aus dem Bewusstsein um die Verletzlichkeit vieler der ihnen anvertrauten Menschen sehen sie sich verpflichtet, sich für eine solidarische mitfühlende Gesellschaft, die das Leben bejaht, einzusetzen und so die Selbstbestimmung vulnerabler Personengruppen zu stärken.

2. Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung sowohl der Beihilfe zum Suizid als auch zur Suizidprävention und zum weiteren Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.02.2020, in dem der § 217 StGB für nichtig erklärt wurde, hat der Gesetzgeber den Auftrag erhalten, sowohl die Möglichkeiten einer Suizidbeihilfe zu regeln als auch mit Hilfe eines „legislativen Schutzkonzeptes“ die Gefahr einer missbräuchlichen Anwendung einer solchen Möglichkeit der Suizidbeihilfe entgegenzuwirken.

Ein frei verantwortlicher, dauerhaft geäußerter Wunsch zur Beihilfe zum Suizid ohne eine Begründung reicht aus, um Hilfe von Dritten in Anspruch zu nehmen. Dies gilt auch für Minderjährige.

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes sind den sogenannten „Sterbehilfevereinen“ keine Grenzen mehr für die Ausübung ihrer Aktivitäten in der Suizidassistenz gesetzt. D.h. der seit zwei Jahren geltende neue Zustand ermöglicht sogenannten „Sterbehilfevereinen“ und Einzelpersonen, ohne staatliche Einschränkungen sowohl für die Suizidassistenz zu werben als diese auch unkontrolliert durchzuführen.

Die Malteser sprechen sich daher für eine gesetzliche Regelung der Suizidassistenz aus, die insbesondere eine Kontrolle, ein Werbeverbot, eine Evaluation mit Offenlegung von Zahlen und Kosten der Durchführung und nachgehende Forschung beinhaltet. Aus ihren praktischen Erfahrungen wird u.a. eine Begrenzung der Zahl von Beratungen sowie eine Begrenzung des Zeitraums, innerhalb dessen die Beratung erfolgen muss, den unbedingt ergebnisoffen zu gestaltenden Begleitungs- und Beratungsprozessen nicht gerecht.

Die Malteser widersprechen mit Nachdruck der Annahme, dass bereits die Möglichkeit der Suizidassistenz eine suizidpräventive Wirkung habe. Die Suizidpräventionsforschung zeigt, dass ein strukturelles Angebot von Suizidassistenz zu mehr Suiziden führt und gewaltsame Suizide nicht verhindert.

Aus Sicht der Malteser ist eine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention im Rahmen eines Suizidpräventionsgesetzes die Voraussetzung für ein „legislatives Schutzkonzept“. Dazu gehört der Ausbau der Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie der Trauerbegleitung. Der Gesetzgeber hat bisher versäumt, diese zwingenden Grundvoraussetzungen für ein „legislatives Schutzkonzept“ zu entwickeln.

Es darf nicht sein, dass der Zugang zur Suizidassistent leichter ist als der zur Unterstützung für Menschen in Krisen. Dieser durch das Bundesverfassungsgericht formulierten Verpflichtung ist der Gesetzgeber insbesondere seitens der zuständigen Ministerien bisher in keiner erkennbaren Weise gerecht geworden.

Nachfolgend führen die Malteser ihre zentralen Forderungen aus, die der Gesetzgeber bei den notwendigen gesetzlichen Neuregelungen beachten muss. Die Forderungen erwachsen aus ihren reflektierten Erfahrungen in der jahrzehntelangen Arbeit nahe am Menschen. Denn in der Praxis ihrer Einrichtungen und Dienste ergeben sich konkrete Fragestellungen rund um den Umgang mit Todeswünschen und assistiertem Suizid.

3. Konkrete Forderungen an den Gesetzgeber und deren Begründungszusammenhang

3.1. Keine Verpflichtung zur Durchführung oder Duldung von assistiertem Suizid für Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens – Erfahrungen aus der Praxis

Diese Forderung berücksichtigt die Sichtweise sowohl der Bewohnerinnen und Bewohner, bzw. der Klientinnen und Klienten und der Mitarbeitenden als auch des Trägers.

a) Aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Klientinnen und Klienten

In einer pluralistischen Gesellschaft mit unterschiedlichen Vorstellungen über ein gutes Lebensende sollte der Einzelne im Sinne der Selbstbestimmung die Wahlfreiheit haben zwischen Diensten und Einrichtungen mit unterschiedlichen Leitbildern und unterschiedlichen Einrichtungskulturen. Menschen, die dies für ihren Schutz wünschen und benötigen, müssen die Möglichkeit haben, transparent und informiert zwischen Einrichtungen mit und ohne Angebot des assistierten Suizids zu wählen. Für sie bedarf es der Sicherung eines schützenden Raumes gegen alle Tendenzen der Normalisierung von Suizidassistent.

Wenn ein geschäftsmäßig assistierter Suizid im direkten Umfeld, z.B. im Nachbarzimmer, vollzogen wird, hat das unweigerlich gravierende Auswirkungen auf die Selbstwahrnehmung und Selbstbestimmung von Mitbewohnerinnen und --bewohnern, Patientinnen und Patienten. Denn Selbstbestimmung findet immer in Bezug auf ein Gegenüber statt: unsere Entscheidungen und Handlungen werden von unserem Umfeld beeinflusst.

Daher bedarf es für Menschen, die dies wünschen oder benötigen, einen Schutz vor „prekärer Selbstbestimmung“, d.h. einer Selbstbestimmung, die formal freiwillig scheint, tatsächlich aber beeinflusst ist von äußerem Druck und Erwartungshaltungen Dritter. Mit ihren Diensten, Einrichtungen und Angeboten sorgen die Malteser für einen Schutzraum, in dem Begleitung gelingen kann – ohne das Leben künstlich zu verlängern oder zu verkürzen.

b) Aus Sicht der Träger und ihrer Mitarbeitenden

Überdies müssen auch Dienste, Einrichtungen und Träger die Möglichkeit haben, nach ihrer ethischen Werthaltung und ihrem Leitbild zu arbeiten. Suizidassistenten sind weder gesetzlich noch nach dem Selbstverständnis der Malteser Aufgabe von Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Weder Einzelpersonen noch Organisationen – unabhängig davon, ob sie konfessionell gebunden sind oder nicht – dürfen dazu verpflichtet werden, Suizidassistenten zu leisten, für diese zu werben, sie zu vermitteln oder eine Durchführung durch Dritte in ihren Diensten und Einrichtungen zu dulden.

Die Erfahrung zeigt: Die Art, wie ein Mensch in einem Dienst oder in einer Einrichtung zu Tode kommt, wirkt sich auf alle im System aus, und so befürchten die Malteser, dass Träger und Mitarbeitende sich dem Prozess der Suizidbeihilfe nicht entziehen können, wenn er in ihrer Einrichtung stattfindet. Denn in der Praxis sind die Grenzen zwischen Mitwirkung und Duldung fließend. Wenn z.B. eine Bewohnerin oder ein Bewohner einer Pflegeeinrichtung sich zum assistierten Suizid entschließt und dazu eine externe Person oder Organisation hinzuzieht, wird es zu Absprachen und Abstimmungen mit der Einrichtung kommen müssen: Das fängt an bei einer Abklärung des Termins, ggf. der Bereitstellung eines eigenen Raumes für Personen, die im Doppelzimmer leben, geht weiter über pflegerische Maßnahmen vor und ggf. nach Einnahme des tödlich wirkenden Mittels, betrifft Absprachen im Umgang mit Komplikationen und endet mit der Versorgung des Leichnams. Dies hat Auswirkungen auf die Kultur und das Selbstverständnis von Trägern und Einrichtungen sowie ihren Mitarbeitenden. Eine solche Dilemma-Situation geht mit einer psychischen Belastung für jeden einzelnen Mitarbeitenden und ganze Teams einher.

Konkret fordern die Malteser daher die Aufnahme einer „Schutzraum-Klausel“ in alle Gesetzesentwürfe:

„(1) Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten. Träger von Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind nicht verpflichtet, an einer Suizidhilfe mitzuwirken oder die Durchführung von Maßnahmen der Suizidhilfe in ihren Räumlichkeiten zu dulden. (2) Voraussetzung für den Ausschluss der Duldung ist, dass der Träger dies (transparent) in einem grundlegenden Leitbild sowie in der Hausordnung festlegt und in den Verträgen mit den Patienten und Patientinnen oder Bewohnern und Bewohnerinnen vereinbart.“

Die „Schutzraum-Klausel“ soll sicherstellen, dass diejenigen Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Klientinnen und Klienten von Diensten und Einrichtungen, die für sich Suizidhilfe ablehnen, sicher sein können, nicht mit Suizidhilfe in einer Einrichtung konfrontiert zu werden. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass Träger, Dienste und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, die nach ihrem eigenen Selbstverständnis und Leitbild Suizidhilfe ablehnen, rechtssicher agieren können.

Durch die transparente Offenlegung der Haltung der Dienste und Einrichtungen (z.B. im Leitbild) haben Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Klientinnen und Klienten die Wahlmöglichkeit, selbstbestimmt für sich zu entscheiden. Durch die vorgeschlagene Regelung wird das Thema Sterben und Tod enttabuisiert und ein transparenter Umgang gefördert. Todeswünsche, aber auch Ängste und Sorgen können offen und empathisch begleitet werden.

3.2. Aus- und Aufbau einer Infrastruktur der Suizidprävention durch ein Gesetz zur Suizidprävention

Aus ihren Diensten und Einrichtungen heraus nehmen die Malteser wahr:

Zunehmende prekäre Lebenssituationen, die mit dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit verbunden sind, führen in aussichtslos erscheinende Krisen. Dies betrifft insbesondere Menschen, die sich aufgrund ihres geringen Grundeinkommens und der steigenden Lebenshaltungskosten an die Ränder der Gesellschaft gedrängt sehen. Dazu gehören u.a. Alleinerziehende, ältere Menschen mit gebrochenen Erwerbsbiografien, Menschen mit Migrationshintergrund und Geflüchtete. Aber auch schwere Erkrankungen oder auch nur die Diagnosestellung selbst rufen Gefühle von Ausgeliefertsein und Ohnmacht hervor. Immer wieder erleben die Mitarbeitenden, dass Menschen angesichts der erlebten Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht, der Sorge, anderen zur Last zu fallen, sich den Tod wünschen. **Die Erfahrung im Umgang mit Menschen in Krisen fordert alle heraus, diese Lebenssituation zu verstehen und eine Beziehung aufzubauen.**

Die Malteser fragen sich dann, wofür steht der Todeswunsch? Wenn Todeswünsche geäußert werden, ist es nicht in erster Linie ein Hilferuf? Ein Zeichen für eine persönliche Krise? Aus ihrer Erfahrung, die sich mit den Erkenntnissen der Suizidforschung (vgl. Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro u.a.) decken, steht hinter jedem Suizidwunsch („ich will nicht mehr leben“) ein Hilferuf („ich will SO nicht mehr leben“). Daher sehen die Malteser ihre Aufgabe nicht darin, Todeswünsche mit Hilfe von Suizidassistenten zu erwidern, sondern dem Anderen in seiner Krise beizustehen und miteinander nach Auswegen zu suchen. Mit der Aussage, sterben zu wollen oder am liebsten tot zu sein, wird das Umfeld nicht zum Schweigen verurteilt, sondern im Gegenteil zur Antwort herausgefordert und zum Ringen um das Leben dieses Menschen. Die Malteser haben vielfach die Erfahrung gemacht, dass Menschen mit Todeswunsch sich auf diese Weise ernstgenommen, wertgeschätzt, gesehen und gewollt fühlen. Darüber finden sie neue Lebenskraft und Perspektiven und der Wunsch „tot zu sein“ verliert an Bedeutung.

Deshalb braucht es für Menschen in existentiellen Lebenskrisen, die suizidale Gedanken haben, eine ausreichende Infrastruktur von Diensten und Einrichtungen der Suizidprävention sowie eine flächendeckende strukturierte Koordinierung von Information und Beratung. Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, für einen optimalen Schutz vulnerabler Personen zu sorgen und geeignete Maßnahmen zur Suizidprävention zur Verfügung zu stellen.

Die Malteser verweisen hierzu auf die einschlägigen Stellungnahmen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms und der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e.V. und fordern mit diesen:

- Aufbau flächendeckender Dienste und Einrichtungen (insbesondere in ländlichen Regionen) zur Beratung und Behandlung von Menschen in Krisen mit niedrigschwelligen ambulanten Vor-Ort- sowie Online-Beratungs- und Krisenanlaufstellen, stationären Einrichtungen der Krisenintervention (unabhängig von einer psychiatrischen Klinik) sowie der aufsuchenden Krisenbegleitung
- Aufbau und Förderung von Netzwerken von Diensten, Einrichtungen, Berufsgruppen, die suizidale Menschen beraten und begleiten
- bundesweite Aufklärungskampagnen zur Suizidprävention

- Entwicklung von berufsgruppenspezifischen Qualifizierungsstandards mit entsprechender Zertifizierung
- eine Informations- und Koordinierungsstelle für Menschen in existentiellen (suizidalen) Krisen auf unterschiedlichen Strukturebenen (Bund/Land/Kreis/Kommune), die die unterschiedlichen Angebote von Krisendiensten kennt und vermittelt mit hierfür besonders geschultem Personal (24/7)

Dabei müssen Strukturen der Beratungen zur Suizidassistenz von Beratungsangeboten der Suizidprävention für Menschen in Krisen oder in Bezug auf Versorgungsmöglichkeiten am Lebensende getrennt werden.

- Das Beratungsangebot im Hospiz- und Palliativkontext, zur Patientenverfügung oder zur gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende muss losgelöst von etwaigen verpflichtenden Beratungen im Vorfeld der Beihilfe zum Suizid bleiben.
- Die Malteser verstehen Patientenverfügung und gesundheitliche Versorgungsplanung als Angebote, die die Selbstbestimmung stärken, die Lebensqualität verbessern und so Ängsten vor Über-/Untertherapie, Schmerzen und Kontrollverlust begegnen, insbesondere in der letzten Lebensphase. Seit über 20 Jahren bieten die Malteser kostenfrei ein eigenes Formular zur Patientenverfügung, Information und Unterstützung bei der Erstellung von Vorausverfügungen und Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung in den stationären Malteser Pflegeeinrichtungen an. Mit der Möglichkeit, lebensverlängernde Maßnahmen abzulehnen und so den Sterbeprozess einzuleiten bzw. dem Sterbeprozess seinen Lauf zu lassen, kann Suizidwünschen vorgebeugt werden bzw. können diese an Bedeutung verlieren. Damit haben Beratungsangebote zur Patientenverfügung und gesundheitlichen Versorgungsplanung eine suizidpräventive Funktion, die auch zukünftig sichergestellt werden muss.
- Daher darf es keine Vorausverfügung einer Beihilfe zum Suizid geben. Die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid darf nur im Rahmen einer zeitlichen Aktualität von der Person mit Suizidabsicht selbst vorgetragen werden. Ein Delegat im Sinne einer Bevollmächtigung, z.B. für die Situation einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung, ist unbedingt auszuschließen. Aufgrund der Tragweite des Suizids sind bei nicht gegebener Freiverantwortlichkeit Interpretationen des natürlichen Willens und die damit einhergehenden Unsicherheiten zu vermeiden.

3.3. Fortschreibung des Hospiz- und Palliativgesetzes von 2015

Das gelungene Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 muss fortgeschrieben werden. Es bedarf eines Hospiz- und Palliativgesetzes II.

a) in der allgemeinen ambulanten Versorgung

- Ausbau und Förderung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, insbesondere durch verstärkte Anreize zur Qualifizierung in Palliative Care von allen in der Versorgung tätigen Mitarbeitenden sowie Festlegung einer Fachquote Palliative Care für Pflegefachkräfte in jedem Pflegedienst
- Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), insbesondere durch Anreize in strukturschwachen Gebieten für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

b) in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

- Aufbau und Ausbau der allgemeinen Palliativversorgung, insbesondere durch verstärkte Anreize zur Qualifizierung in Palliative Care von allen in der Versorgung tätigen Mitarbeitenden und Vergütung der Leistungen über SGB V
- Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende: Sachgerechte Vergütung, insbesondere von koordinativen und qualitätssichernden Leistungen und der gesicherten Einbeziehung von ärztlichem Personal

c) in den Krankenhäusern

- Aufbau und Ausbau der allgemeinen Palliativversorgung, insbesondere durch verstärkte Anreize zur Qualifizierung in Palliative Care von allen Mitarbeitenden sowie Festlegung einer Fachquote Palliative Care für Pflegefachkräfte/Ärzte/-innen in jeder Abteilung eines jeden Krankenhauses
- Ausbau und auskömmliche Refinanzierung von obligatorischen Palliativdiensten (analog der SAPV) in jedem Krankenhaus
- Sicherstellung von Information und Beratung zu hospizlichen und palliativen Angeboten, einschließlich der Trauerbegleitung, sowie Anschlussversorgung in ein Hospiz- und Palliativnetzwerk im Rahmen des Entlassmanagements

d) Gesetzliche Grundfinanzierung von qualifizierten Trauerbegleitungsangeboten im Kontext der Hospizarbeit, Palliativversorgung und Suizidprävention

- Verbesserung des Wissens, um Unsicherheiten bei Verlusterfahrung und Trauerprozessen abzubauen
- Stärkung der Selbstwirksamkeit trauernder Menschen durch Hilfe zur Selbsthilfe und Stabilisierung im Trauerprozess
- Ausbau der Trauerbegleitungsangebote im Kontext der ambulanten und stationären Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie insbesondere in Bezug auf Familiensysteme, in denen ein Eltern-, Großeltern- oder Geschwister stirbt bzw. eine langjährige Beziehung durch Tod oder Trennung endet
- Verbesserung der Zugänge zu Trauerbegleitungsangeboten und Förderung der grundsätzlichen gesellschaftlichen Akzeptanz, niederschwellige Hilfen, aber auch therapeutische Angebote in Anspruch zu nehmen.

e) Grundsätzliches

Trotz des Bemühens von 30 Jahren Hospiz- und Palliativarbeit erleben die Malteser nach wie vor: Es ist nicht ausreichend bekannt, dass die hospizlich-palliative Versorgung sich nicht allein auf körperliche Symptome und Schmerzkontrolle am Lebensende bezieht, sondern ganzheitlich Unterstützung u.a. bei Ängsten psychosozialer oder spiritueller Art umfasst.

Deshalb kann die palliative Versorgung schon frühzeitig mit der Diagnosestellung hinzugezogen werden und den Prozess rund um die Krise der Diagnosestellung und den Verlauf der Erkrankung begleiten.

Die Malteser fordern:

- Durchsetzung einer flächendeckenden Informations- und Beratungsstruktur zu Leistungen der Hospizarbeit, palliativen Versorgung und Trauerbegleitung mit Hilfe einer Verankerung in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Initiativen zur Verbesserung des Images der Arbeit in der Pflege, insbesondere in Pflegeeinrichtungen, und bundesweite Maßnahmen zur Förderung des Pflegeberufes
- Schaffung von **Anreizen zum Aufbau** von ambulanten Hospizdiensten mit qualifizierten Ehrenamtlichen

4. Fazit

Aus den oben angeführten Erfahrungen aus der Praxis wird deutlich: Das Anliegen der Malteser ist es, sich für die ihnen anvertrauten Menschen, die Mitarbeitenden in den Diensten und Einrichtungen und die von Suizid betroffenen Zugehörigen einzusetzen und alles dafür zu tun, damit Menschen mit Todeswunsch und Wunsch nach assistiertem Suizid angemessene Hilfen und Unterstützung im Sinne der Suizidprävention erfahren.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention

vom 27.11.2022

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.02.2020 ist eine Neuregelung der Suizidbeihilfe nötig geworden. Diese Entscheidung hat die Tür zu einer **höchst einschneidenden Entwicklung in unserer Gesellschaft** geöffnet. Im Urteil wird die Gewichtung von Autonomie des Individuums und Schutz des Lebens **deutlich in Richtung der Selbstbestimmung und zu Lasten des Schutzes** verschoben. Damit dies nicht - wie in einigen Nachbarländern – zu einer zunehmenden Normalisierung des assistierten Suizids führt, sind eindeutige Regelungen für dessen Angebot und Durchführung erforderlich.

Eine Neuregelung des assistierten Suizids **hat Einfluss auf die Wahrnehmung des Menschen hinsichtlich seines Daseins**. Wir müssen uns die Frage stellen: Was macht die Legalisierung des ärztlich assistierten Suizides mit jedem einzelnen Menschen, mit der Gesellschaft? Wir müssen diskutieren, was dies bei älteren Menschen auslöst, die zwar im Rahmen ihres Berufslebens viel geleistet haben, aber nun klar von der Gesellschaft signalisiert bekommen: Du wirst nicht mehr gebraucht. Menschen, die erfahren, dass sie von ihrer Familie nicht mehr versorgt werden können, da die Kinder und Enkel irgendwo auf der Welt leben. Die in den Medien hören, wie prekär die Situation in den Pflegeeinrichtungen ist, dass es nicht genügend Pflegekräfte gibt. Die aufgrund ihrer Sozialisation und den frühen Prägungen in Kriegs- oder Nachkriegsjahren keine Fähigkeit erlernen konnten, über Emotionen zu sprechen, um Hilfe zu bitten oder auch einzufordern. Es ist sehr naheliegend, dass mit der Schaffung der Möglichkeit des assistierten Suizids der Gedanke und damit der (un)bewusste Druck entsteht, den Angehörigen und der Gesellschaft zur Last zu fallen.

Ist es richtig, diesen Weg weiter zu gehen statt sorgsam zu schauen, was jeder Mensch braucht, um nicht nur gut leben, sondern auch sterben zu können? Hierzu gehört auch die

Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bei Fragen der medizinischen Behandlung und beim Sterben (vgl. Rügger & Kunz, 2020).

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) setzt sich seit ihrer Gründung vor 50 Jahren für die Stärkung der Suizidprävention in Deutschland ein. In dieser Zeitspanne hat die DGS wesentlich zur Aufklärung und Entstigmatisierung über das Thema beigetragen und hat mit der Initiierung des Nationalen Suizidpräventionsprogrammes die Grundlage für die Vernetzung und Zusammenführung der Akteure auf diesem Feld gelegt. Unsere Haltung gegenüber Menschen in suizidalen Krisen ist von tiefem Respekt und Verständnis geprägt. Wir sehen sie, unabhängig von den zugrundeliegenden Motiven und den Hintergründen, als Menschen in einer inneren- seelischen – aber oft auch körperlichen oder sozialen Not. Wir nehmen sie ernst in ihrer Not, dieses Leben **SO** nicht mehr auszuhalten, und versuchen, mit Ihnen gemeinsam Wege zu finden, dieses Leid zu lindern. Hierzu gehört die vorbehaltlose Annahme des Suizidwunsches aber auch die grundlegende Hoffnung auf Veränderungsmöglichkeit. In diesem Sinne versteht sich Hilfe als ergebnisoffene Beratung, die für das Individuum Raum und Zeit geben soll, den Suizidwunsch zu überdenken und abzuwägen. **Hierzu braucht es Zeit, eine vertrauensvolle Beziehung und das Wissen um realistische Unterstützungsmöglichkeiten.**

Politiker verschiedener Parteien haben der Empfehlung des Bundesverfassungsgerichtes folgend versucht, Regeln für die Durchführung der Suizidassistenz zu entwickeln, die dazu beitragen sollen, **vulnerable Personen zu schützen**, Missbrauch zu vermeiden und andererseits die Suizidassistenz nicht gänzlich zu verunmöglichen.

Wir wissen um die Schwierigkeit der Erarbeitung eines Gesetzentwurfes, ist **doch jedes Individuum in seiner Geschichte einzigartig**. Diesem Umstand muss eine Regelung gerecht werden, die für z.B. präfinal Krebskranke kürzere Wartezeiten vorsieht, für körperlich nicht schwer erkrankte und potenziell depressive Menschen mit noch nicht ausgeschöpften Therapieoptionen längere Fristen.

Auch daher muss die **mindestens zweizeitige Beratung und Begutachtung** hinsichtlich der Freiverantwortlichkeit zwingend durch einen **speziell fortgebildeten Facharzt (m/w) für Psychiatrie und Psychotherapie** erfolgen. Zusätzlich sollten aber auch für individuelle

Probleme **spezifische Beratungsangebote** empfohlen werden können (z.B. bei SozialpädagogInnen, Sucht- oder Schuldnerberatung). Die **Verfügbarkeit ausreichend qualifizierter Beratungs- und Begutachtungsangebote muss zudem geprüft** und regelmäßig evaluiert werden. Wichtig ist zudem die **garantierte personelle und institutionelle Trennung zwischen Beratung und Begutachtung, wobei letztere nach klar bestimmten Qualitätskriterien** zu erfolgen hat.

Einer sorgfältigen Regelung bedürfen auch **Abgabe und Aufbewahrung des Suizidmittels Natrium-Pentobarbital, damit keinesfalls Dritte zu Schaden kommen können**. Anstelle einer ärztlichen Verschreibung sollte **eine behördliche Bescheinigung** treten, da die Mitwirkung an Suiziden laut Bundesärztekammer nicht zur ärztlichen Aufgabe gehört.

Neben der Regelung der Suizidassistenz war es seit der Urteilsverkündung unser Bestreben, den politischen Entscheidungsträgern zu verdeutlichen, dass **vor** jeglicher Regelung der Suizidassistenz die **Stärkung der Suizidprävention** unabdingbare Voraussetzung ist, um die in anderen Ländern zu beobachtende Entwicklung (z.B. erhebliche Zunahme der Suizidassistenzen in allen Ländern, in denen diese legalisiert wurde, mit einer Verschiebung der besonders gefährdeten Gruppe (Frauen im mittleren Lebensalter), Ausweitung zur Legalisierung der Tötung auf Verlangen, Zunahme von Fällen, in denen Betroffene sich nicht mehr äußern können („without request“), Streichung öffentlicher Förderungen in Hospizeinrichtungen, wenn keine Suizidassistenz angeboten wird u.a.) zu verhindern. Ein jüngstes Beispiel der Rechtsprechung eines Falles vor dem Bundesgerichtshof (Az. 6 StR 68/21), zeigt die bereits veränderte Haltung einiger Juristen, die bei einem Tötungsdelikt den bisherigen Fokus der Tatherrschaft nun auf eine normative Ebene legen und damit eine solche Handlung als nicht strafbar deklarieren.

Wir fordern deshalb noch einmal in aller Klarheit fordern, dass **vor** der Regelung der Suizidassistenz eine **gesetzliche Verankerung der Suizidprävention** notwendig ist. Nur eine fundamentale Stärkung aller präventiven Ansätze kann die **Entwicklung der zu erwarteten Schieflage abmildern**. Hierzu bedarf es der **Verankerung der Suizidprävention als Pflichtaufgabe der Daseinsvorsorge** mit einer **gemeinsamen Verantwortungsübernahme von Bund, Ländern und Kommunen** und dem damit verbundenen **Eingang in das Grundgesetz bzw. in die Sozialgesetzbücher**. Zu den konkreten Forderungen gehören Aspekte, die gemäß

dem Thema die gesamte Lebensspanne umfassen und daher über verschiedene Maßnahmenpakete abzubilden wären.

Eine erste Voraussetzung hierfür ist die Einrichtung einer **zentralen Informations- und Koordinierungsstelle**, die über eine kostenlose Rufnummer oder ein Chat-Angebot rund um die Uhr Information, Beratung und ggf. zielgerichtete Weitervermittlung in Behandlungs- und Versorgungsangebote für alle Betroffenen vorhält. Hierzu gehören auch fundierte und qualitativ hochwertige Informationen zu Hilfsangeboten in Deutschland, zum Umgang mit Suizidalität sowie weiteren in diesem Zusammenhang relevante Themen für Angehörige, aber auch für professionelle Helfer sowie für Hinterbliebenen nach einem Suizid. Die Arbeit dieser zentralen Informations- und Koordinierungsstelle muss von **regelmäßigen nationalen Awareness- und Aufklärungskampagnen** flankiert werden, um eine Entstigmatisierung zu fördern und damit betroffenen Menschen den Zugang zu diesen Angeboten zu erleichtern. **Bestehende Versorgungs- und Beratungsangebote** (wie z.B. die Telefonseelsorge, U25 u.a.) **müssen hierfür gestärkt und bei Bedarf weiterentwickelt werden**. Aufgabe dieser Einrichtung ist neben der Informationsvermittlung v.a. auch die **Koordinierung bestehender Aktivitäten und Angebote**, um Schnittstellen gemeinsam zu nutzen und Ressourcen zielgenau einzusetzen.

Eine zweite wichtige Säule der geförderten Suizidprävention sind **ausreichende niedrigschwelliger Angebote**. Diese müssen unabhängig von einer Erkrankung der Betroffenen ebenfalls **rund um die Uhr, bei Bedarf auch aufsuchend (barrierefrei), kostenfrei und ggf. anonym Menschen in suizidalen Krisen** begleiten können. Hierzu sollten bereits bestehende Angebote erweitert, ausgebaut sowie ggf. spezifische Präventionsprogramme für die unterschiedlichen Risikogruppen entwickelt werden.

Da psychische Erkrankungen ein Hauptrisikofaktor für die Entwicklung von Suizidalität darstellen, ist die wiederholte Aufklärung über das Erkennen, Diagnostizieren und leitliniengerechte Behandeln von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Haus- und fachärztlichen Bereich eine wirksame Präventionsstrategie. Dazu bedarf es der **Stärkung der „Sprechenden Medizin“** und ein Fokussieren medizinischer Behandlungsansätze auf eine ganzheitliche – Körper und Psyche umfassenden - Herangehensweise.

Sowohl die niedrigschwellige Versorgung als auch die Stärkung der Kompetenz im haus- und fachärztlichen Bereich ist besonders für die Gruppe der alten Menschen relevant, da diese statistisch zu der Gruppe mit der höchsten Suizidrate gehören. Hierfür ist ein **gesellschaftlicher Wandel der Sichtweise über das Alter, das Alt-Werden und Alt-Sein** (Stichwort Altersdiskriminierung) **notwendig**. Menschen, die aufgrund ihres Alters natürlich auch häufiger an chronischen, einschränkenden und schmerzhaften Erkrankungen leiden, sollten diesen letzten Lebensabschnitt trotz ihrer Einschränkungen **in Würde verbringen dürfen, liebevoll versorgt werden und nicht einsam sein müssen**. Es kann nicht sein, dass sie aus den Medien und öffentlichen Diskussionen wahrnehmen, wie prekär die Lage in Alten- und Pflegeheimen ist und die aufgrund dieses Eindruckes oft genug zum Schluss kommen, dass die Suizidassistenz geboten ist, um ihren Angehörigen (und der Gesellschaft) nicht zur Last zu fallen. **Wir brauchen eine Kultur, in der Altsein geschätzt und geehrt ist und der diese Menschen tatsächlich in die Gesellschaft eingebunden sind und bleiben.**

Ebenso ist der **weitere Auf- und Ausbau palliativer und hospizlicher Angebote** notwendig. Dies muss begleitet sein von einer **flächendeckenden Aufklärung über die Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung sowie über die Themen Trauer, Tod und Sterben**. In den letzten Jahrzehnten wurde dieses Thema aus den familiären Strukturen in die Kliniken ausgelagert und das zum Leben gehörende *Sterben* wurde fast vollständig aus dem Bewusstsein gedrängt. Stattdessen glauben die Menschen, dass die Fortschritte der Medizin scheinbar unbegrenzte Möglichkeiten der Kontrolle von Erkrankungen und eben auch des Todes bedeuten, und haben oft in ihrem Umfeld keine ausreichende medizinische und Leid lindernde Begleitung des Sterbens erfahren müssen. Erst wenn sich dieses Bild verändert, werden Betroffene nicht mehr das Gefühl haben müssen, dass der Weg der Suizidassistenz der Einzige ist, der ihnen Leid erspart.

Dagegen ist eine **staatliche Förderung der Beratung durch Suizidhilfeorganisationen klar abzulehnen**, um zu verhindern, dass „sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt (BVerfG)“. Eine gesonderte Struktur ist ebenfalls nicht erforderlich, sofern die vorhandenen Strukturen mit einer ergebnisoffenen Beratung vorhanden sind und gefördert werden. Darüber hinaus fordern wir ein **Werbeverbot für den**

assistierten Suizid; entsprechende Vereine müssten ihre Tätigkeit einschließlich ihrer Finanzen detailliert offenlegen.

Die Freiwilligkeit der Teilnahme am assistierten Suizid sollte nicht nur natürlichen, sondern auch juristischen Personen garantiert werden. So müssen **Träger von Einrichtungen, etwa von Pflegeheimen, ohne Sanktionen den Sterbehilfeorganisationen den Zutritt verwehren dürfen**, damit ihre Bewohner nicht ungewollt mit assistiertem Suizid konfrontiert werden, was einen äußeren Druck auslösen kann. Dies gilt nicht zuletzt auch für die MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen, da die Praxis des assistierten Suizids auch das Betriebsklima dieser Einrichtungen einschneidend verändern würde.

Das Jugendalter bringt viele Herausforderungen mit sich und so **führen junge Menschen die Statistik der Suizidversuche an**. Die heutigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind in einer Zeit des materiellen Überflusses groß geworden. Über die letzten Jahre wurde jedoch der erlebte Druck in Bezug auf die eigene Leistungsfähigkeit, das Sich-Durchsetzen müssen, um „erfolgreich“ im späteren Leben zu sein, auch durch diese scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten vergrößert. Themen der Krisenintervention und Suizidprävention finden in Elternhaus und bisher auch kaum in Schulen zu wenig Raum. In der Schule kann durch die Lehrplangestaltung kaum berücksichtigt werden, dass die Jugendlichen neben ihrer naturgegebenen Entwicklungsarbeit auf dem Weg zum reifen Erwachsenen von Beginn ihres Lebens mit Herausforderungen durch gesellschaftliche, politische und natürliche Krisen konfrontiert sind. Diese haben über die letzten Jahre ein Ausmaß angenommen, dass sie für die Heranwachsenden fundamentale Ängste in Bezug auf das Leben auslösen. Die Corona-Pandemie hat durch die über längere Zeit bestehende Isolierung die psychischen Belastungen gravierend erhöht. Deshalb müssen **suizidpräventive Strategien bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen**. Hierzu gehören die Verankerung der Entwicklung von Kompetenzen im Erkennen und Umgang mit eigenen psychischen Problemen sowie im Umgang mit Problemen anderer Mitschüler*innen, aber auch den Ausbau und die Förderung spezieller Hilfsangebote für diese Altersgruppe. Für Jugendliche, die bereits manifeste psychische Erkrankungen aufweisen braucht es einen massiven Ausbau von therapeutischen und jugendärztlichen (inklusive psychiatrischen) Versorgungsstrukturen sowohl im ambulanten als auch im

(teil)stationären Bereich. Der assistierte Suizid sollte für Kinder und Jugendliche wegen der Unumkehrbarkeit dieses Schrittes bis zum Alter von 18 Jahren ausgeschlossen sein.

Ebenso wichtig wie die Suizidprävention ist die **Förderung der Forschung** über die Ursachen, das Erkennen und Behandeln von Suizidalität, dies schließt die Erforschung der Hintergründe für die Entwicklung von Wünschen nach Suizidassistenten mit ein. Dazu gehört die Förderung von speziellen Forschungszentren, die z.B. neurobiologisch/ genetische Grundlagenforschung betreiben ebenso, wie die Forschung zur Effektivität jeglicher Interventionen. Nur so können die eingesetzten Mittel optimal verwendet werden. Dringend notwendig ist zudem die Schaffung einer **nationalen Datenbank für die valide Erfassung von Suiziden, aber auch von Suizidversuchen**. Hierbei ist neben der Berücksichtigung des Schutzes der Individuen, Forschenden die Einrichtung von Registern zu ermöglichen. Ebenso erfasst werden müssen alle durchgeführten Suizidassistenten (Wer führt diese wo durch? Wie wurde die Freiverantwortlichkeit garantiert?), ebenso deren Verlauf und etwaige auftretende unerwünschte Ereignisse.

Um das bereits bestehende Wissen um Einflussgrößen wie der Verfügbarkeit einer Suizid-Methode zu erweitern, sind nationale Register bzw. Datenbanken beispielsweise über Hotspots zu führen, deren Sicherung zu veranlassen und die Effekte der Maßnahmen zu begleiten. Dies schließt auch bauliche Aspekte in Kliniken und Krankenhäusern ein, für die eine verpflichtende Zertifizierung zu fordern ist.

Durch eine Regelung der Suizidassistenten in Deutschland wird ein Suizidmittel bereitgestellt, das in Deutschland in dieser Weise bisher nicht zur Verfügung gestanden hat: der Erwerb einer tödlich wirkenden Substanz (z. B. Natrium-Pentobarbital) in Verbindung mit der rechtlich geregelten freiwillig geleisteten Unterstützung bei der Suizidhandlung durch eine andere Person. Aufgrund von Erkenntnissen aus dem Ausland müssen wir davon ausgehen, dass sich damit Menschen das Leben nehmen werden, die mit den bisher zugänglichen Mitteln den Suizid nicht vollzogen hätten.

Die Regelung des Zugangs zu einem Suizidmittel und zur Inanspruchnahme der Assistenten beim Suizid durch eine andere Person mit Hilfe von Gesetzen und Verfahrensvorschriften

erscheint notwendig, um Missbrauch zu verhindern. Was diese jedoch nicht leisten können, ist, Suizidwillige so zu begleiten und zu beraten, dass sich ihnen möglicherweise alternative Wege auftun. Auch die in den einzelnen Gesetzesentwürfen vorgesehenen Beratungen werden diesem grundsätzlich anderen Ansatz der Begleitung von suizidalen Menschen nicht gerecht.

Die hier dargestellten unterschiedlichen Lebensbereiche müssen nicht nur im Grundgesetz, sondern in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern verankert werden. Deshalb ist die Entwicklung eines Suizidpräventionsgesetzes in Abstimmung mit den verschiedenen Ministerien (Gesundheit, Soziales, Familie, Wissenschaft) vorzunehmen. Hier stehen die entsprechenden Verbände/ Gesellschaften/ Gruppen und Experten zur Beratung zur Verfügung.

Die Art und Weise der Regelung der Suizidassistenz wird weitreichende Folgen für uns als Gesellschaft haben. **Unser Zusammenleben ist im Kern durch die gegenseitige gesellschaftliche Verantwortung, den Schutz vulnerabler Menschen sowie der Fürsorge für Schwache und Hilfsbedürftige definiert. Andererseits haben die Autonomie und die Selbstbestimmung jedes einzelnen Individuums höchste Priorität und müssen ebenfalls geschützt werden.** In diesem Spannungsfeld soll nun ein Gesetz geschaffen werden, welches beides vereint.

Die alleinige Regelung der Suizidassistenz wird dem Schutzgedanken nicht gerecht. Deshalb MUSS die Suizidprävention VOR der Suizidassistenzregelung gesetzlich verankert werden.

Literatur

Rüegger, H., Kunz, R (2020). Über selbstbestimmtes Sterben. Zwischen Freiheit, Verantwortung und Überforderung. Zürich: rüffer & rub cares

<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=130875&pos=0&anz=1>

Vorläufige Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland zu den Gesetzentwürfen zum assistierten Suizid (November 2022):

- **Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (BT-Drucksache 20/904)**
- **Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe (BT-Drucksache 20/2332)**
- **Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze (BT-Drucksache 20/2293)**

Die folgende Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro, www.suizidpraevention.de) erfolgt aus wissenschaftlich fundierter suizidologischer Perspektive. Die vorliegenden Gesetzesvorschläge werden hinsichtlich der sich daraus ergebenden Folgen kommentiert. Jede gesetzliche Regelung sollte klarstellen, dass suizidpräventive Angebote vorrangig vorhanden sein müssen.

Einleitung

Suizidalität ist ein verbreitetes Phänomen mit sehr unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven. Von der Philosophie über die Rechtswissenschaft, Ethik, Soziologie, Medizin, Psychologie, Literatur und viele mehr gibt es Publikationen zu diesem Thema. Das multidisziplinäre Dach dieser Wissenschaften ist die Suizidologie.

Die Suizidprävention befasst sich konkret mit dem suizidalen Menschen, dem Verständnis suizidalen Erlebens und Verhaltens und der Frage, können suizidale Handlungen vermieden werden. Neben der Suizidprävention hat die Palliativmedizin eine am suizidalen Menschen ausgerichtete Forschungstradition. Dies wird auch in der Begrifflichkeit deutlich. In der Palliativmedizin spricht man vom "Todeswunsch", in der Suizidforschung von "Suizidalität".

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm befasst sich im Schwerpunkt mit nicht tödlich erkrankten Menschen. Diese bilden die absolute Mehrheit der Menschen mit Suizidgedanken. Die folgenden Ausführungen stellen diese Menschen in den Mittelpunkt und nicht die Klientel der palliativen und hospizlichen Versorgung.

Menschen haben Suizidgedanken in einer krisenhaft erlebten Situation. Sie hat häufig äußere Auslöser. Dies kann beispielsweise die Trennung von einem Partner sein, der Verlust einer Arbeitsstelle, Ängste vor Verlust von Autonomie im Alter oder vor den Folgen einer Erkrankung und der Verlust des Lebenssinns. Diese krisenhaften Situationen begleiten häufig psychische Erkrankungen, treten aber auch außerhalb psychischer Störungen auf. Menschen in krisenhaften Situationen sind oft in ihrer Wahrnehmung, Entscheidungsfindung und in ihren Handlungsmöglichkeiten festgefahren und eingeschränkt. Das ist ein Phänomen, das in der Forschung als "psychische Einengung" bekannt ist. Das bedeutet jedoch nicht zwingend, dass die Freiverantwortlichkeit eingeschränkt ist.

Deshalb braucht es ein Schutzkonzept für alle Menschen in suizidalen Krisen. Menschen *mit* psychischen Erkrankungen als auch *ohne* psychische Erkrankungen benötigen Unterstützung, wenn keine vermeidbaren Suizide oder assistierten Suizide gefördert werden sollen.

Suizidalität: Begrifflichkeiten und Mythen

Bevor auf die einzelnen Gesetzesvorschläge eingegangen wird, muss zunächst Grundsätzliches zu den Begrifflichkeiten erwähnt werden. Es gibt keine Definition von Suizidalität, die das gesamte Spektrum dieses Phänomens menschlichen Denkens, Verhaltens und Erlebens abdeckt. Unter suizidalem Verhalten wird eine Reihe von Verhaltensweisen, zu denen Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche und der Suizid selbst gehören, aufgeführt.

In der Palliativmedizin wird häufig der Begriff Todeswunsch verwendet. Der Todeswunsch reicht von der Akzeptanz des Todes, dem Hoffen auf einen baldigen Beginn des Sterbeprozesses mit oder ohne Wunsch nach Beschleunigung bis hin zur akuten Suizidalität mit einem zunehmenden Handlungsdruck, je drängender und akuter der Wunsch nach selbst herbeigeführtem Sterben ist.

Die Ambivalenz hinsichtlich des Wunsches zu leben oder zu sterben ist ein grundlegendes Merkmal von Suizidalität. Ambivalenz ist geprägt vom Hin- und Herschwanken zwischen eigentlich „Nichtsterbenwollen“, aber so „Nichtweiterlebenkönnen“. Wir erleben dies häufig als Gleichzeitigkeit von Sterbewünschen und Lebenswillen. Es gibt keine determinierende Entwicklungslogik von Suizidgedanken zur Suizidhandlung. Letztlich ist die Reaktion der Umgebung auf die suizidale Kommunikation der Betroffenen entscheidend, ob sich aus Suizidgedanken ein Suizid oder auch ein assistierter Suizid ergibt oder nicht.

Ein weiteres grundlegendes Merkmal von Suizidalität ist die Unbeständigkeit von Suizidgedanken, was sich letztlich auch in den Wiederholungsraten von Suiziden ausdrückt. Nach einem Suizidversuch besteht eine Wiederholungsrate von 28 % in den folgenden zehn Jahren; durch Suizid versterben 4,6 %; im Zeitraum ab 10 Jahren versterben noch 6,7 % durch Suizid. Dass die sogenannte „Dauerhaftigkeit“ von Suizidvorstellungen in zwei Gesprächen in kurzem zeitlichen Abstand geklärt werden kann ist wissenschaftlich nicht begründbar.

Wissenschaftlich werden nicht verwendet wertende oder interpretierende Begriffe wie Freitod, Selbstmord, suizidwillig oder Sterbewunsch. Suizidalität ist fast nie ein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern geprägt durch kognitive Einengung, durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen. Selbstmord hingegen beinhaltet die Konnotation einer Straftat sowie eine Stigmatisierung des Suizidalen als potentiell Kriminellen. Suizidwillig oder Sterbewunsch negieren die der Suizidalität innewohnende Ambivalenz der Suizidvorstellungen.

Deshalb ist eine der größten Mythen über Suizidalität, dass jene, die Suizidgedanken äußern, auch unbedingt die Absicht haben zu sterben. Vielmehr wollen sie unter den gegebenen – oder von ihnen so erlebten – Umständen nicht mehr weiterleben. Vor diesem Hintergrund ist auch die Verwendung der Begriffe „Suizidwunsch“, „sterbewillig“ oder „suizidwillig“ wertend und unzutreffend, da sie der Komplexität des suizidalen Erlebens und auch der suizidalen Person nicht gerecht werden.

Eine weitere Unterscheidung ohne eine wissenschaftliche Grundlage ist die zwischen „Affektsuiziden“, „Spontansuiziden“ und sogenannten „wohlüberlegten“ Suiziden. Mit dieser Unterscheidung wird eine Stigmatisierung von Menschen vorgenommen, die Hilfe in Beratungsstellen suchen oder ihrem Leben ohne Suizidassistenz ein Ende gesetzt haben. Die Gefahr besteht, dass diese Menschen als „psychisch krank“, „nicht freiverantwortlich“ handelnd etikettiert werden. Suizidprävention richtet sich gegen die Stigmatisierung suizidaler Personen.

Ebenfalls ist der oft verwendete Begriff des „Bilanzsuizids“ nicht in der wissenschaftlichen Forschung belegt. „Bilanzsuizid“ wird im philosophischen und juristischen Diskurs

konzeptionell herangezogen, um in Abgrenzung gegen den Suizid im Rahmen psychischer Krankheit den Suizid im Vollbesitz psychischer und kognitiver Kräfte zu beschreiben.

Ein ebenso häufig behaupteter Mythos ist, dass die Legalisierung eines assistierten Suizids sogenannte "Brutalsuizide" verhindert. Dass es einen "Switch" von den sogenannten "harten" Suiziden zu den assistierten Suiziden gibt, konnte wissenschaftlich nicht nachgewiesen werden. Im Gegenteil: Die Rate der Suizide, die ohne Assistenz vorgenommen werden, nimmt in allen Ländern, die den assistierten Suizid oder die Tötung auf Verlangen legalisiert haben, nicht ab. Im Vergleich zu den Ländern ohne Legalisierung steigt sie tendenziell.

Grundsätzlich sind Suizidalität und Suizid komplexe Phänomene und das Ergebnis vielfältiger Einflüsse, d. h. vom *Gesundheitssystem, der Gesellschaft, der Kommune, von Beziehungen und Individuum*. Für das Entstehen von Suizidalität spielt nicht nur eine einzelne Bedingung eine Rolle.

Suizidprävention

Die Suizidprävention hat sich historisch von einer eher patriarchalen (den Suizid verdammenden, strafenden oder den Menschen unbedingt retten wollenden), religiös motivierten und tabuisierenden Haltung zu einer den Suizid annehmenden, verständnisvollen, die Selbstbestimmung des Individuums achtenden, modernen, wissenschaftlich fundierten, humanistischen Grundhaltung entwickelt. Im Vordergrund stehen das Verständnis der individuellen Umstände der Betroffenen und das Angebot – nicht der Zwang – zur Hilfe. Über die Annahme oder Ablehnung von Hilfe entscheidet der Betroffene selbst. Die Straflosigkeit suizidaler Handlungen steht von Seiten der Suizidprävention nicht zur Disposition, sondern sie ist vielmehr eine der unabdingbaren Voraussetzungen präventiver Arbeit. Dies gilt ebenso für die Akzeptanz der suizidalen Krise der Betroffenen. Sie als Ausdruck einer existentiellen Notlage ernst zu nehmen, ist überhaupt erst die Voraussetzung für stützende Kontakte.

Die Suizidprävention stellt eine Vielzahl von Interventionen bereit, die auf allen Ebenen der Gesellschaft – von der Ebene des Individuums bis hin zur politischen, gesamtgesellschaftlichen Ebene – ansetzen (WHO 2014). Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln ist der am besten nachgewiesene suizidpräventive Effekt. Dazu gehören die Entgiftung des Haushaltsgases, die Einschränkung des Zugangs zu Schusswaffen, aber auch die Verblisterung und Beschränkung der Abgabemenge von Medikamenten, die in Überdosierung tödlich wirken. Nachgewiesen ist auch, dass die Einschränkung des Zugangs zu einer Suizidmethode nicht zu einem Anstieg bei anderen Suizidmethoden geführt hat, d. h. es wird nicht auf eine andere Methode zugegriffen. Wissenschaftlich ist nachgewiesen, dass die Einschränkung der medialen Verbreitung von Suizidmethoden und -anleitungen nachweislich suizidpräventive

Effekte hat. Zukünftig könnten gerade über die Medien soziale Zielgruppen im Sinne des assistierten Suizids beeinflusst werden. Den Gefahren gesellschaftlicher Erwartungshaltungen, autonomiegefährdender sozialer Pressionen und einer Normalisierung der Suizidassistenz möchte das Bundesverfassungsgericht explizit entgegen wissen.

Besondere Verantwortung im Rahmen der Suizidprävention hat die Gesellschaft durch die Bereitstellung flächendeckender (besonders auch niedrigschwelliger) Angebote, im Gesundheitswesen (Psychiatrie, Geriatrie, Psychosomatik, Psychotherapie) und durch die psychosoziale oder spezifisch für suizidgefährdete Personen angebotene Beratung. Dazu kommen weitere spezialisierte Behandlungsangebote wie medizinische Hilfen, Schmerztherapie, Palliativ- und Hospizarbeit sowie allgemeine Präventionsprogramme für suizidale Risikogruppen (z. B. Suchtkranke) und viele andere mehr, durch welche suizidgefährdete und suizidale Menschen individuell angesprochen und unterstützt werden.

Das Problem des Beratungsprozesses

Eine Verknüpfung des Beratungsprozesses per se mit dem Zulassungsprozess zum assistierten Suizid muss vermieden werden.

A.

Grundsätzlich gilt, dass die Voraussetzung jeder freien Entscheidung und von Selbstbestimmung zum (assistierten) Suizid die Straffreiheit des Suizids ist. Selbstbestimmung schließt vielfältige Entscheidungsmöglichkeiten ein. Optionen sind eine Entscheidung zum Suizid, zum assistierten Suizid, für das Sterben in palliativmedizinischer Betreuung oder für die Ablehnung oder Annahme lebenserhaltender Maßnahmen.

Eine Beratung muss sich jeder Bewertung entziehen und die unvoreingenommene, nicht wertende, die aktuelle Situation des Betroffenen verstehende und den Wunsch nach (assistierten) Suizid akzeptierende Haltung beinhalten. Diese Haltung ist eine Grundvoraussetzung dafür, Lösungen zu entwickeln und freie Entscheidungen zu treffen. Ergebnisoffenheit kennzeichnet gute Beratung in dieser Lebenssituation. Der Beratungsprozess benötigt jedoch ausreichend Zeit. In Abhängigkeit von der individuellen Problemlage kann die Dauer dieses Prozesses sehr unterschiedlich lang sein.

Allein die gesetzliche und gegebenenfalls sogar organisatorische Verknüpfung von Beratungsangeboten mit dem Zulassungsprozess zum assistierten Suizid wirft eine besondere Problematik auf: Ist ein Ziel der Beratung die Vergabe einer Zulassung zum Prozess des assistierten Suizids, so hat dies direkt Einfluss auf die Inhalte und den Verlauf der Beratung.

Der/die Beratung Suchende wird seine/ihre Äußerungen diesem Ziel anpassen, der oder die Beratende wird in seinem/ihrer Verständnis der Situation des/der Beratenen auch von dem Wissen beeinflusst, dass am Ende der Beratung eine Entscheidung über eine Zulassung steht.

Die Unabhängigkeit beider Beteiligten von der Frage einer Zulassung zum Prozess des assistierten Suizids ermöglicht erst einen Prozess einer real unabhängigen Beratung, wie sie Grundlage von Beratung und Therapie in der Suizidprävention ist. Eine unabhängige Beratungssituation ermöglicht die Unterstützung zu einer selbstbestimmten Entscheidung in existentiellen Lebensfragen. Dies können Zugänge zu entlastenden Behandlungen, ein verändertes Verständnis der vorliegenden (interpersonellen) Problemlagen oder aber auch die freiverantwortliche Entscheidung zum Suizid beinhalten. Gerade die Reflexion der zur Suizidalität führenden Erfahrungen, Einstellungen und psychischen Bedingungen und auch die Veränderung von Lebensumständen kann auf diese Weise freiwillig und auf Augenhöhe erfolgen, ohne dass eine*r der Beteiligten des Beratungsprozesses die Macht hat, über die Gewährung des assistierten Suizids zu entscheiden. Eine derartige Beziehung innerhalb einer Beratung braucht Zeit und eine größere Anzahl an Kontakten (Treffen), um die Problemlagen gut zu verstehen und Lösungsoptionen zu finden. Nur so ist dem Betroffenen das *Erkennen von Handlungsalternativen zum Suizid* und die Bewertung von deren jeweiligen Folgen möglich.

B.

Um eine selbstbestimmte Entscheidung *in Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen* treffen zu können, sind häufig weitere *umfassende Beratungen und Aufklärung* hinsichtlich möglicher Entscheidungsalternativen erforderlich. Diese fachkundigen Informationen und Aufklärungen müssen Hilfsmöglichkeiten und Behandlungsoptionen enthalten, die individuell auf die Situation der Betroffenen ausgerichtet sind und gegebenenfalls sehr umfangreich sein müssen. Diese Optionen umfassen beispielsweise Bereiche der Medizin außerhalb von psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, d. h. es müssen zur fachkundigen Aufklärung und Beratung weitere fachärztliche Disziplinen hinzugezogen werden. Darüber hinaus müssen soziale Hilfen, Hilfen aus dem Bereich der Palliativmedizin und Hospizversorgung und viele andere mehr zur Verfügung stehen und rasch vermittelt werden können.

C.

Auf jeden Fall ist aus fachlicher Sicht eine Dreiteilung in Beratung, Begutachtung und Durchführung der Assistenz bei der Formulierung einer gesetzlichen Regelung strikt vorzusehen. Suizidpräventive Beratung und Begutachtung für einen assistierten Suizid dürfen nicht von der gleichen Person oder Institution erfolgen.

Eine Beratung, die sich *suizidpräventiv* nennt, darf nicht den assistierten Suizid ermöglichen. Verpflichtende Beratungsstellen für den assistierten Suizid und damit verbundene Beratungsangebote müssen sowohl hinsichtlich der Einrichtungen als auch der handelnden Personen deutlich erkennbar getrennt von suizidpräventiven Angeboten sein.

Das Problem der Feststellung der Freiverantwortlichkeit

Als Kriterien der Freiverantwortlichkeit werden neben *Erkennen von Handlungsalternativen zum Suizid* und Bewertung von deren jeweiligen Folgen, *Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen* und *der umfassenden Beratung und Aufklärung* hinsichtlich möglicher Entscheidungsalternativen auch die „*Dauerhaftigkeit*“ und „*innere Festigkeit*“ des Suizidentschlusses angesehen. Zudem muss eine freie Suizidentscheidung *unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung* gebildet worden sein. Diese drei vom Bundesverfassungsgericht zuletzt beschriebenen Kriterien sind in der Praxis nur schwierig zu erheben.

Die Anforderungen an die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Suizidentschlusses sind je nach der individuellen Lebenssituation *unterschiedlich*. Die Klärung der Dauerhaftigkeit bzw. inneren Festigkeit des Suizidentschlusses ist auch mit hoher psychiatrisch-psychotherapeutischer Fachkompetenz kaum valide festzustellen. Der in der Psychiatrie bekannte Zustand der kognitiven Einengung akut suizidgefährdeter Personen kann nicht nur für Außenstehende den Eindruck einer eindeutigen Entschlossenheit hervorrufen. Doch diese ist nicht beständig. Schematische, für alle Antragsteller einheitliche Fristen sind deshalb nur schwer in Einklang mit der empirischen Realität zu bringen: Die Situation ist z. B. bei Partnerschaftsproblemen, Prüfungsversagen, narzisstischen Krisen, Insolvenz, Verlust des Lebenspartners oder nach einem Unfall mit irreversibler Querschnittslähmung sehr unterschiedlich – und wird auch individuell sehr unterschiedlich erlebt und beurteilt. Bei terminalen Krankheiten muss die Situation wiederum nochmals anders beurteilt werden.

Die Feststellung einer akuten psychischen Störung ist eine psychiatrisch-psychotherapeutische Kernkompetenz. Allerdings dürfte es auch hier nicht immer eindeutig zu diagnostizieren sein, ob und in welcher Art und Weise die Suizidvorstellung von einer psychiatrischen Erkrankung beeinflusst ist. Beispielsweise führen Depressionen und vorübergehende Lebenskrisen zu einer eingeschränkten Einwilligungsfähigkeit. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Suizidalität häufig auch bei relativ leichten, vorübergehenden psychischen Störungen, oft auch nur bei einzelnen psychopathologischen Symptomen auftritt und Suizidentschlüsse von den Betroffenen selbst in ca. 80 % bis 90 % der Fälle als Fehlentscheidung gewertet und revidiert werden, wenn Suizidhandlungen überlebt wurden.

Die dargestellten Beurteilungen benötigen neben der bereits erwähnten Fachkompetenz weitere sehr spezifische suizidologische, suizidpräventive und darüber hinaus auch ethische Expertise. Bisher ist jedoch die Vermittlung suizidologischen Wissens und suizidpräventiver Expertise kaum Gegenstand von Studium, Aus-, Fort- und Weiterbildung. Mit einer Approbation (auch nicht bei Veterinären, Zahnärzten etc.) erlangt man keine Kompetenz für die Beurteilung der noch nicht einmal konkret definierten Freiverantwortlichkeit. Es besteht die Gefahr, dass nicht auf die individuelle Situation der jeweils anfragenden Personen eingegangen wird, sondern die "Freiverantwortlichkeit" in Form von Manualen oder "Checklisten" standardisiert abgefragt wird.

Es ist dringend zu vermeiden, dass tödlich wirkende Medikamente für den unkontrollierten Hausgebrauch z. B. auf Rezept abgegeben werden

Wenn tödlich wirkende Medikamente zu einem etwaigen Gebrauch als Suizidmittel auf Rezept ausgegeben werden, ist sicherzustellen, dass diese nicht von Unbefugten, eventuell in Unwissenheit oder aber auch in deren eigener suizidaler Krise, eingenommen werden. Aus der wissenschaftlichen Evaluation von Giftnotzentralen (Jahresbericht des Giftinformationszentrums der Länder Hessen und Rheinland-Pfalz 2005) ist bekannt, dass Vergiftungen durch Medikamente den größten Anteil möglicher Vergiftungen darstellen. Davon geschehen viele in suizidaler Absicht. In internationalen Studien konnte belegt werden, dass die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln im Haushalt zur signifikanten Senkung von Suiziden beiträgt.

Werbung für den assistierten Suizid darf nicht erlaubt sein

Das BVerfG betont in seinem Urteil zu § 217 StGB, dass es legitim sei, wenn der Gesetzgeber verhindern wolle, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt und soziale Pressionen entstehen, die bestimmten Menschen den assistierten Suizid als gesellschaftlich erwünschte Form des Sterbens nahelegen. Vor diesem Hintergrund befürworten wir unbedingt eine Regulierung der Werbung für den assistierten Suizid bis hin zum Verbot.

Werbung nutzt wissenschaftlich fundierte Mittel der Manipulation, um Personen in Hinblick auf die Ziele der Werbenden zu beeinflussen. Schon heute können Algorithmen von Google und Facebook suizidale Personen unter ihren Nutzern identifizieren. Die legale Promotion des assistierten Suizids in diesen Kontexten könnte auf diese Weise zu vermehrten und

vorschnellen Suiziden führen. Die Wirkung von Werbung für Formen der Assistenz beim Suizid kann sein, dass

- suizidpräventive, aber auch allgemeine medizinische und palliativmedizinische Angebote diskreditiert und nicht in Anspruch genommen werden.
- Vorurteile über die angebliche Rechtlosigkeit schwer kranker Menschen und deren Behandlung verbreitet werden (wie z. B. Zwangsbehandlung, -ernährung, Leidensverlängerung).
- der assistierte Suizid als normale und eventuell auch erstrebenswerte Form der Lebensbeendigung etabliert, traditionelle Formen der Sterbebegleitung und des Lebensendes jedoch diskreditiert werden.
- die Suche nach Unterstützung in existentiellen Krisen implizit als individuelle Schwäche kommuniziert wird und damit suizidale Krisen nicht überwunden werden können.

Forschung und Dokumentation

Assistierte Suizide müssen ausführlich dokumentiert und der Forschung zugänglich gemacht werden. Statistische Daten zum assistierten Suizid und dem Suizidgeschehen insgesamt müssen halbjährlich veröffentlicht werden. Die wissenschaftlichen Kenntnisse zur Praxis des assistierten Suizids sind in Deutschland noch nicht gegeben. Veröffentlichungen entsprechender Zahlen durch "Sterbehilfe"-organisationen entsprechen in keiner Weise international anerkannten Kriterien der Vollständigkeit, Generalisierbarkeit, Validität und Reliabilität. Entsprechend ist, analog zur Situation in anderen europäischen Ländern (z. B. in den Niederlanden), eine wissenschaftliche Begleitung der Rechtspraxis einer zu schaffenden Regelung des assistierten Suizids gesetzlich zu verankern.

Zudem sind die Suizidzahlen im Allgemeinen halbjährlich und ohne zeitliche Verzögerung zu veröffentlichen. Aktuell ist es in Deutschland – anders als in vielen europäischen Ländern (z. B. in Irland und Großbritannien) – nicht möglich, zeitnah mit Hilfe von Suiziddaten Suizidcluster und -epidemien zu erkennen. Dies schränkt wichtige Forschung für die Suizidprävention erheblich ein. Die zeitnahe Datenerhebung muss erleichtert und verbessert werden.

Köln/Berlin/Kassel, 27.11.2022

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

<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,¹ 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.

¹ 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 [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 [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 halten² und mit der Mehrheit der Bevölkerung³ 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.⁴

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*

² 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.

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

⁴ 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.⁵

Das Bundesverfassungsgerichts folgt in seinem Suizidhilfe-Urteil diesem etablierten Verständnis⁶ und verwendet die Begriffe „Autonomie“, „freier Wille“ oder „Freiverantwortlichkeit“ einer Suizid-Entscheidung gleichbedeutend.⁷ Kontextbezogen fordert es zudem eine „gewisse ‚Dauerhaftigkeit‘ und ‚innere Festigkeit‘“ des Suizidwillens.⁸

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,

⁵ 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 (2019⁸) Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, S.99-154.

⁶ BVerfGE 153, 182 – Rn.240-247.

⁷ 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.

⁸ 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 versorgungserische 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.⁹

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,¹⁰ ein nennenswerter Anteil von Ärzten ihren Patienten in *bestimmtem* Fällen Assistenz leisten würde, und selbst wenn die dafür notwendige rechtliche und gesellschaftliche

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

¹⁰ Vgl. für 2021 etwa: <<https://www.dgho.de/aktuelles/presse/pressemeldungen/assistierte-selbsttoetung-bei-krebspatient-innen-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 Suizidassistenten 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.¹¹ Zudem sollte das Hinzuziehen einer unabhängigen „Zweitinstanz“ verpflichtend werden – sowohl zur Bestätigung/Überprüfung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches als auch zum Zweck der damit zusammenhängenden 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

¹¹ 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.

Stellungnahme von Maximilian Schulz zu den Gesetzentwürfen

- a) Der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling und weiterer Abgeordneter, Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung, BT-Drucksache 20/904
- b) Der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Petra Sitte und weiterer Abgeordneter, Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe, BT-Drucksache 20/2332
- c) Der Abgeordneten Renate Künast, Dr. Nina Scheer und weiterer Abgeordneter, Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze, BT-Drucksache 20/2293

Sehr geehrte Abgeordnete,
Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich habe dieses Jahr eine Kolumne für den Spiegel geschrieben, in der ich mich für die Sterbehilfe ausspreche. Auch wenn mir aufgrund meines Rollstuhls in der Gesellschaft oft zumindest unbewusst eine Passivität unterstellt wird, ist doch das Gegenteil der Fall. Was die Menschen natürlich nicht sehen ist, wie eifrig ich versuche, am Leben gestalterisch teilzunehmen. Ich mache gerade meinen Bachelor und bewerbe mich bereits für ein Masterprogramm, ich habe einen Podcast über Filme und Serien, ich lese viel, um auf dem Laufenden zu bleiben, und mein Lieblingsverein hat dieses Jahr nach langer Abstinenz die zweitgrößte Trophäe auf internationalem Parkett errungen. Man könnte sagen ich bin im besten Alter, mitten im Leben mit der Hoffnung und der Aussicht auf viele weitere, erfolgreiche und aufregende Jahre.

Die ideale Sterbehilfe bedeutet für mich Lebensqualität! Sie schenkt mir Zeit, die ich nicht darauf verwenden muss, die Art und den Zeitpunkt eines würdigen Todes entweder strafrechtlich abzustimmen oder von meiner medizinischen Notlage abhängig machen zu müssen. Sie bewahrt mich davor, mir überhastet das Leben zu nehmen oder durch den Versuch meine medizinische und psychische Lage zu verschlimmern.

Ich habe viel Zeit meines Lebens in Krankenhäusern verbracht. Deshalb kann ich mittlerweile mit Gewissheit sagen, dass es sehr viel mehr zwischen Leben und Tod gibt, als es den meisten Menschen bewusst sein dürfte. Und ich habe Menschen kennengelernt, die explizit darum baten, aus diesem Zustand der Zerrissenheit befreit zu werden. Wenn die Sterbehilfe auf eigenen Wunsch strafrechtlich oder mangels ärztlicher Bescheinigung nicht möglich ist oder verzögert wird, bleibt man mit dem Suizid auf sich allein gestellt. Dazu muss man jedoch gesundheitlich noch in einem halbwegs passablen Zustand sein. Sollte ich diesen Zeitpunkt verpassen, wäre ich da, wo oben genannte Weggefährten waren - nicht mehr mitten im Leben aber auch nicht tot, sondern einfach zerrissen.

Mit Blick auf die Methode bleibt zudem die Befürchtung, den eigenen Zustand medizinisch sogar noch zu verschlimmern. Mit einem gescheiterten Suizidversuch muss man nicht nur den Rest des Lebens mit weniger Lebensqualität auskommen, sondern auch der Gewissheit und der Reue, sich selbst darum gebracht zu haben. Ich möchte Abschied nehmen können und gleiches möchte ich Angehörigen und Liebsten ermöglichen, die ansonsten mit Schmerzen und Unverständnis über das eigene Ableben alleine und in Unwissenheit gelassen würden.

Man kann den Freitod nicht verbieten. Aber man kann ihn selbstbestimmt, würdevoll und vor allem schmerz- und angstfrei gestalten. Und das meine ich, wenn ich sage, dass die Sterbehilfe befreiend auf meine und die vieler anderer Leidensgenossen wirken kann: Diese quälenden Gedankenspiele wären mir genommen. Angehörige würden gleichzeitig in den Freitod eingebunden und vom Stigma der möglichen Mitschuld am Tod eines Familienangehörigen befreit zu werden. Ärzte und Pflegepersonal könnten beraten und begleiten, ohne darüber entscheiden und Verantwortung übernehmen zu müssen, ob es sich bei dem Patienten nun um eine medizinische Notlage und daher vermeintlich „richtigen“ oder „falschen“ Fall der Sterbehilfe handelt.

Es muss jedoch sichergestellt werden, dass jeder Sterbenswillige hinlänglich und erschöpfend informiert ist über jede Form der therapeutischen oder medizinischen Alternativen und nur auf eigenen Wunsch, nicht aufgrund materieller Mängel ihm Zugänge zu diesen verwehrt werden. Die Sterbehilfe darf nie die aus materiellen Mängeln attraktivere Alternative sein. Auch muss gewährleistet werden, dass die Person frei von anderen Zwängen und Einflüssen entscheiden kann. Deshalb habe ich mich in dem Gesetzesvorschlag von Helling-Plahr, Lindh et al. wiedergefunden, da er, als begleitende Maßnahme zur Sterbehilfe, auch die Aufklärung vorsieht und andere Formen der Versorgung nicht gegeneinander ausspielt, sondern allein im Entscheidungsrahmen des Einzelnen liegt. Denn es ist von enormer Bedeutung, dass auch die Angehörigen miteingebunden und mitbetreut werden in den Prozess des selbstbestimmten Ablebens und die Möglichkeit haben zur Abschiednahme. Und für mich bedeutet die Verfügbarkeit von Sterbehilfe auch dahingehend Lebensqualität und Lebenszeitverlängerung, da man jederzeit auf diese Leistung zurückgreifen kann. Je komplizierter das Verfahren, von Beratung bis Umsetzung, umso eher die Befürchtung, die Gefahr aus einer falsch verstandenen Verpflichtung heraus, der Sterbehilfe nachzukommen, damit all der bürokratische Mehraufwand nicht „vergebens“ war, auch angetrieben durch die Angst, keine zweite Chance hierfür zu bekommen.

In all den vorliegenden Anträgen wird die Schutzpflicht des Staates mit der individuellen Freiheit einer jeden Person abgewogen. Was ich mit meinen Worten anbringen möchte, war der Versuch, die Schutzpflicht des Staates in der Sterbehilfe mit dem selbständigen Wunsch nach Sterbehilfe über die Lebensqualität zu versöhnen. Je freier ich über den Zeitpunkt und die Art meines Todes entscheiden kann, desto eher schützt der Staat meine Lebenszeit und vor allem auch Lebensqualität.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Prof. Dr. Arndt Sinn
(Prof. h.c. National University
Kaohsiung)

Lehrstuhl für Deutsches und
Europäisches Straf- und Strafprozess-
recht, Internationales Strafrecht
sowie Strafrechtsvergleichung

Vors. Der Ethikkommission

Direktor des



Heger-Tor-Wall 14
49069 Osnabrück
Telefon: (0541) 969-6133 DW 6135
Fax: (0541) 969-4852
LS-Sinn@uos.de
zeis@uos.de

Osnabrück, 27. November 2022

Stellungnahme:

Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (BT-Drs. 20/904)

Öffentliche Anhörung am 28.11.2022 im Rechtsausschuss des Deut- schen Bundestages

A. Einleitung

Der Gesetzentwurf einer Gruppe von 85 Abgeordneten mehrerer Fraktionen vom 7. März 2022¹ sieht nach der Nichtigkeitsklärung von § 217 StGB a.F. durch das Bundesverfassungsgericht im Februar 2020² erneut eine Regulierung der geschäftsmäßigen Suizidhilfe über ein strafbewehrtes Verbot vor.

Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung aus § 217 Abs. 1 StGB a.F. findet sich wortgleich in dem Entwurf wieder. Zur Umsetzung der Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts ist in Absatz 2 der Norm ein besonderer Rechtfertigungsgrund für Förderungshandlungen enthalten. Danach handelt nicht rechtswidrig, wer einer volljährigen und einsichtsfähigen Person zu ihrer Selbsttötung Hilfe leistet

¹ BT-Drs. 20/904.

² BVerfGE 153, 182.

(Abs. 2 S. 1 Nr. 1), sofern das Sterbeverlangen dieser Person nach Überzeugung eines Facharztes freiwillig, ernsthaft und dauerhaft gebildet wurde (Abs. 2 S. 1 Nr. 2) und mindestens ein individuell auf die Person angepasstes Beratungsgespräch stattgefunden hat (Abs. 2 S. 1 Nr. 3). Die ärztliche Überzeugung vom freien Willen der Person ist in der Regel in zwei Terminen mit einem Mindestabstand von drei Monaten durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie festzustellen (Abs. 2 S. 1 Nr. 2 a. E.). Eine Ausnahme gilt bei Unzumutbarkeit einer zweiten Untersuchung, welche insbesondere im Falle einer unheilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung und kumulativ einer begrenzten Lebenserwartung vorliegen soll, sofern für die Freiwilligkeit, Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Verlangens nach ärztlicher Überzeugung in einer zweiten Untersuchung offensichtlich keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten sind (Abs. 2 S. 2).

Durch den Entwurf wird die Regel der straflosen Suizidhilfe durch eine Ausnahme in Form des Verbots der *geschäftsmäßig* geleisteten Suizidhilfe eingeschränkt.³ Ergänzt wird dieses Regel-Ausnahme-Prinzip um die in Absatz 2 enthaltene Rückausnahme, die zur Rechtmäßigkeit der geschäftsmäßigen Suizidhilfe unter den oben genannten Voraussetzungen führt.

Neben der Regelung des § 217 StGB-E soll mit dem Entwurf ein neuer § 217a StGB-E eingeführt werden, der die Werbung für die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellt. Zudem enthält der Gesetzentwurf eine Ergänzung von § 13 Abs. 1 BtMG-E, durch welche die Anwendung von Betäubungsmitteln nach Anlage III des BtMG als begründet eingestuft wird, sofern die Voraussetzungen des § 217 Abs. 2 StGB-E vorliegen. Das erlaubt es Ärzten, entsprechende Mittel an suizidwillige Personen zu verschreiben oder ihnen Mittel dieser Art zu überlassen.

B. Zu § 217 StGB

I. Schutzgut/legitimer Zweck

Mit dem Gesetzentwurf zu § 217 StGB-E soll in Fällen der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung die Autonomie der suizidwilligen Person und das Rechtsgut Leben geschützt werden, indem sicherzustellen ist, dass die Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens *freiverantwortlich* getroffen wird.⁴

Diese gesetzgeberische Zielsetzung lag auch § 217 StGB a.F. zugrunde.⁵ Dort musste die Begründung indes bezweifelt werden, weil nach der Regelung auch Fälle der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung unter Strafe standen, in denen der Selbsttötungsentschluss freiverantwortlich getroffen wurde. Die vom Gesetzgeber angeführte Selbstbestimmungsfreiheit war insofern nicht betroffen, ein Angriff auf das Leben von

³ Vgl. *Sinn*, in: SK-StGB, Bd. 4, 9. Aufl. 2017, § 217 Rn. 9.

⁴ BT-Drs. 20/904, S. 2.

⁵ BT-Drs. 18/5373, S. 2 f.

dritter Seite nicht gegeben.⁶ Das Bundesverfassungsgericht stellte in seiner Entscheidung zu Recht fest, dass der bezweckte Autonomieschutz durch die getroffene Regelung in sein Gegenteil verkehrt wurde und die Autonomie des einzelnen verletze.⁷ Autonomiefeindlichen Einflüssen auf die Selbstbestimmungsfreiheit über das eigene Leben dürfe nicht mit einem völligen Ausschluss der Selbstbestimmungsfreiheit in einem bestimmten Bereich begegnet werden, wie dies bei § 217 StGB a.F. gegeben war.⁸

Diesem Vorwurf ist § 217 StGB-E nicht ausgesetzt. Durch die Einführung des besonderen Rechtfertigungsgrunds in Absatz 2 der Regelung besteht keine Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, sofern die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind, die nach Auffassung der Entwurfsverfasser die Freiverantwortlichkeit des Selbsttötungsentschlusses sicherstellen. Der Schutz der Autonomie und des Rechtsguts Leben des jeweiligen Suizidwilligen tritt als Zweck der Regelung somit klar zutage (s. jedoch unter B. V. zur Konstruktion als Rechtfertigungsgrund).

Die Entwurfsverfasser führen zudem die Überlegung an, dass Angebote geschäftsmäßig geleisteter Suizidhilfe diese Form der Lebensbeendigung als ebenso „normal“ wie ein natürliches Ableben in der gesellschaftlichen Wahrnehmung verankern könnten.⁹ Davon seien autonomiegefährdende Pressionen insbesondere für ältere und kranke Menschen im Zusammenhang mit den hohen Kosten der Pflege und der Gesundheitsversorgung zu erwarten.¹⁰ Diese Gefahr wurde schon als Begründung für die Regelung des § 217 StGB a.F. angeführt¹¹ und hinter ihr verbarg sich insofern das Ziel, die *Marktmechanismen* von Angebot und Nachfrage auszuschalten.¹² Letztendlich stellte auch das Bundesverfassungsgericht bei seiner Entscheidung nicht in Frage, dass der Gesetzgeber davon ausgehen durfte, „dass von einem unregulierten Angebot geschäftsmäßiger Suizidhilfe Gefahren für die Selbstbestimmung in Form von sozialen Pressionen ausgehen können“.¹³ Die gesetzgeberische Zielsetzung hinsichtlich der Begrenzung von Marktmechanismen einer geschäftsmäßigen Suizidhilfe zum Schutz Dritter wurden folglich verfassungsrechtlich unbeanstandet gelassen.

Die mit § 217 StGB a.F. vorgenommene Art der Marktregulierung in Form eines – für verfassungswidrig erklärten – vollständigen Verbots wird nunmehr von einer Regulierung ersetzt, welche die Entstehung eines (sogar kommerziellen) Marktes zwar erlaubt, die Marktteilnehmer aber mit Verfahrensanforderungen gemäß § 217 Abs. 2 StGB-E reguliert. Ein weiterer regulierender Eingriff besteht im ebenfalls geplanten Verbot der Werbung für geschäftsmäßige Suizidhilfe in § 217a StGB-E (s. unten B. IV.).

⁶ Sinn, in: SK-StGB, Bd. 4, 9. Aufl. 2017, § 217 Rn. 4.

⁷ Vgl. BVerfGE 153, 182 Rn. 279.

⁸ Vgl. BVerfGE 153, 182 Rn. 277.

⁹ BT-Drs. 20/904, S. 12.

¹⁰ BT-Drs. 20/904, S. 12.

¹¹ BT-Drs. 18/5373, S. 13.

¹² Sinn, in: SK-StGB, Bd. 4, 9. Aufl. 2017, § 217 Rn. 5.

¹³ BVerfGE 153, 182 Rn. 257.

Darüber hinaus soll das schon bei § 217 StGB a.F. durch den Gesetzgeber als gefährlich bewertete Machtgefälle zwischen dem Suizidwilligen und dem geschäftsmäßig Suizidhilfe Leistenden¹⁴ dadurch entschärft werden, dass letzterer zu seiner Straffreiheit das Verfahren des § 217 Abs. 2 StGB-E beachten muss. Dieses soll die Autonomie des gefährdeten Suizidwilligen sicherstellen und einer Ausnutzung des Machtgefälles durch den geschäftsmäßigen Suizidhelfer entgegenwirken, indem die Position des Suizidwilligen durch gesetzliche Vorschriften abgesichert wird.

II. Deliktsnatur

Die Entwurfsverfasser ordnen § 217 StGB-E – wie schon die Vorgängerregelung¹⁵ – als abstraktes Gefährdungsdelikt ein.¹⁶ Dies war hinsichtlich § 217 StGB a.F. zu kritisieren, da der Schutz des autonom gebildeten Sterbewillens als Schutzgut sich weder systematisch noch ausdrücklich in der Regelung finden ließ, beispielsweise in Form einer festzustellenden Beeinflussung des Suizidenten.¹⁷ Auch in diesem Entwurf wird zwar tatbestandlich jegliche geschäftsmäßig geleistete Suizidhilfe erfasst (s. dazu unten B. V.). Mit den Rechtfertigungskriterien des neuen Absatzes 2 kommt allerdings die zu bannenden Gefahr eines nicht freiverantwortlich gebildeten Sterbewillens hinreichend zum Ausdruck; eine solche abstrakte Gefahr ist gegeben, wenn die autonomiesichernden und vor Übereilung schützenden Voraussetzungen nicht vorliegen. Vor diesem Hintergrund kann die Einordnung als abstraktes Gefährdungsdelikt Bestand haben.

III. Vereinbarkeit mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB a.F.

Das Bundesverfassungsgericht hat § 217 StGB a.F. für mit dem Grundgesetz unvereinbar und damit nichtig erklärt. Das begründete es mit einer faktischen *Entleerung* des aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht gemäß Art. 2 Abs. 1, Art. 1 Abs. 1 GG abgeleiteten Rechts auf Selbsttötung in weiten Teilen.¹⁸ Zugleich stellte das Gericht jedoch klar, dass der Gesetzgeber die organisierte Suizidhilfe weiterhin regulieren dürfe, indem beispielsweise gesetzliche Aufklärungs- oder Wartepflichten als prozedurales Sicherungskonzept normiert würden.¹⁹ Diesen vorgezeichneten Weg haben die Entwurfsverfasser mit § 217 StGB-E beschritten. Darin enthalten sind sowohl Aufklärungs- als auch Wartepflichten, um die Freiverantwortlichkeit des Suizidwillens sicherzustellen.

¹⁴ Sinn, in: SK-StGB, Bd. 4, 9. Aufl. 2017, § 217 Rn. 5.

¹⁵ BT-Drs. 18/5373, S. 16.

¹⁶ BT-Drs. 20/904, S. 11.

¹⁷ Sinn, in: SK-StGB, Bd. 4, 9. Aufl. 2017, § 217 Rn. 7.

¹⁸ BVerfGE 153, 182 Rn. 278.

¹⁹ BVerfGE 153, 182 Rn. 339 f.

Entgegen den vielfach vorgebrachten verfassungsrechtlichen Einwänden gegen den Einsatz des Strafrechts zur Regulierung der geschäftsmäßigen Suizidassistenz²⁰ hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung betont, dass der hohe verfassungsrechtliche Rang von Autonomie und Leben den Einsatz des Strafrechts grundsätzlich legitimiere.²¹ Das Gericht hat ausdrücklich die Option benannt, Aufklärungs- und Wartepflichten, so wie sie der Entwurf vorsieht, im Strafrecht zu verankern.²²

Den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts entsprechend²³ ist eine Rechtfertigung der geschäftsmäßigen Suizidhilfe nicht an materielle Kriterien, wie etwa eine schwere Krankheit des Suizidwilligen, geknüpft. Dass § 217 Abs. 2 S. 2 StGB-E bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung die notwendigen ärztlichen Untersuchungstermine zur Feststellung des freiverantwortlichen Sterbeverlangens von zwei auf einen reduziert, gerät damit nicht in Konflikt. Das Bundesverfassungsgericht hatte dies bereits im Voraus mit dem Hinweis gebilligt, die Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Sterbewillens könnten von der jeweiligen Lebenssituation abhängig gemacht werden.²⁴

Gerade durch § 217 Abs. 2 S. 2 StGB-E wird zudem sichergestellt, dass in besonderen Situationen, in denen die Wartefrist dem Suizidwilligen unzumutbar wäre, das Recht auf Selbsttötung mit Unterstützung Dritter weiterhin wahrgenommen werden kann und nicht faktisch leerläuft.

Es erscheint zudem angemessen, gemäß § 217 Abs. 2 Nr. 2 StGB-E die Mitwirkung eines nicht an der Selbsttötung beteiligten Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie zu verlangen, um die Freiverantwortlichkeit des Suizidwillens festzustellen. Zwar ist die Nutzung geschäftsmäßiger Suizidhilfeangebote einem Suizidwilligen infolgedessen nur unter Mitwirkung eines solchen Arztes möglich. Die Aufhebung des in § 16 S. 3 der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer geregelten Verbots ärztlicher Suizidhilfe durch den Deutschen Ärztetag 2021 sollte jedoch faktisch dazu beitragen, dass eine ausreichende Anzahl von Ärzten bereit ist, in diesem Stadium mitzuwirken. In dieser frühen Mitwirkung ist auch kein Gewähren oder Verschaffen einer Gelegenheit zur Selbsttötung zu sehen,²⁵ jedenfalls entfällt aber nach Auffassung der Entwurfsverfasser die Förderungsabsicht.²⁶

²⁰ Vgl. m.w.N. *Sinn*, in: SK-StGB, Bd. 4, 9. Aufl. 2017, § 217 Rn. 12.

²¹ BVerfGE 153, 182 Rn. 268.

²² BVerfGE 153, 182 Rn. 339.

²³ BVerfGE 153, 182 Rn. 340.

²⁴ BVerfGE 153, 182 Rn. 340.

²⁵ Vgl. *Sinn*, in: SK-StGB, Bd. 4, 9. Aufl. 2017, § 217 Rn. 19 ff.

²⁶ BT-Drs. 20/904, S. 13.

Der Gesetzentwurf fügt zudem einen Satz 3 in § 13 Abs. 1 BtMG ein, der Ärzten die Verschreibung von tödlich wirkenden Medikamenten nach Anlage III des BtMG bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 217 Abs. 2 StGB-E erlaubt.²⁷ Der Ärzteschaft wurden somit alle bestehenden Hürden genommen, um nach individueller Überzeugung Suizidhilfe zu leisten. Sollten sich unter diesen Umständen dennoch keine Ärzte finden, die bereit sind, im Verfahren nach § 217 Abs. 2 StGB-E und bei der Selbsttötung mitzuwirken, so ist dies Ausfluss ihrer Gewissensfreiheit und kein Umstand, dem der Staat mit einer Pflicht zur Suizidhilfe abhelfen dürfte.²⁸

Ebenso entspricht das verpflichtende Beratungsgespräch nach § 217 Abs. 2 Nr. 3 StGB-E den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts. Der Suizidwillige solle nach Auffassung des Gerichts in die Lage versetzt werden, seine Entscheidung auf einer breiten Tatsachengrundlage zu treffen und er solle dabei keinen Fehleinschätzungen unterliegen.²⁹

IV. Merkmal der Geschäftsmäßigkeit

Nach dem Entwurf soll eine Strafbarkeit wegen Suizidhilfe davon abhängen, ob diese im Sinne des § 217 Abs. 1 StGB-E „geschäftsmäßig“ geleistet wird. Das schon für § 217 Abs. 1 StGB a.F. maßgebliche Merkmal war insbesondere deswegen Kritik ausgesetzt, weil es Ärztehandeln erfassen konnte.³⁰ Nur eine restriktive Auslegung verhinderte dies, indem Ärzte so lange nicht geschäftsmäßig handelten, wie sie die (auch wiederholte) Suizidhilfe am Einzelfall orientierten und ihr Selbstverständnis weiterhin auf das Heilen ausgerichtet war, weil in diesen Fällen nicht von einem nachhaltigen Betreiben oder Anbieten der Suizidhilfe gesprochen werden konnte.³¹

Das Bundesverfassungsgericht stellte in seiner Entscheidung fest, dass zumindest ein kategorischer Ausschluss von Ärzten oder eine Privilegierung von Heilberufen eine unzulässige Auslegung des Merkmals der Geschäftsmäßigkeit darstelle, die dem gesetzgeberischen Ziel zuwiderliefe und damit gegen das Bestimmtheitsgebot des Art. 103 Abs. 2 GG verstieße.³² Damit hat das Bundesverfassungsgericht zwar keine bestimmte enge oder weite Auslegung des Merkmals vorgeschlagen.³³ Im Gesetzentwurf wird jedoch betont, dass jede mit Wiederholungsabsicht angebotene Suizidhilfe geschäftsmäßig geleistet werde.³⁴ Die Entwurfsverfasser stellen insofern keine hohen Anforderungen an das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit. Eine restriktive Auslegung ist durch die Recht-

²⁷ BT-Drs. 20/904, S. 17.

²⁸ Vgl. BVerfGE 153, 182 Rn. 289.

²⁹ BVerfGE 153, 182 Rn. 246.

³⁰ Vgl. m.w.N. Sinn, in: SK-StGB, Bd. 4, 9. Aufl. 2017, § 217 Rn. 28.

³¹ Vgl. Sinn, in: SK-StGB, Bd. 4, 9. Aufl. 2017, § 217 Rn. 42.

³² BVerfGE 153, 182 Rn. 336.

³³ Krit. Hillenkamp JZ 2020, S. 618 ff., 623.

³⁴ BT-Drs. 20/904, S. 12.

fertigungsmöglichkeit in § 217 Abs. 2 StGB-E, die auch für die Ärzteschaft gilt, darüber hinaus nicht mehr zwingend notwendig.

V. Rechtfertigungsgrund statt Tatbestandsausschluss

Die Entwurfsverfasser wollen die geschäftsmäßig geleistete Suizidhilfe regulieren, indem ein generelles tatbestandliches Verbot in § 217 Abs. 1 StGB-E aufgestellt wird. Dieser Regel wird in Absatz 2 ein besonderer *Rechtfertigungsgrund* als Ausnahme zur Seite gestellt, wonach die Suizidhilfe in bestimmten Fällen für rechtmäßig erklärt wird, wenn ein Verfahren zum Autonomieschutz des Suizidwilligen durchgeführt wurde. Strafrechtsdogmatisch ist diese Regelungstechnik nicht *unproblematisch*, weil sich mit der Formulierung von tatbestandsmäßigem Verhalten in einer Strafvorschrift die Vorstellung verbindet, dass dieses geschilderte Verhalten einen strafrechtserheblichen *Unwert* darstellt.³⁵ Einer als tatbestandlich umschriebenen Handlung misst der Gesetzgeber also dementsprechend einen *Unwert* bei.³⁶ Mit den Merkmalen, die in einer Strafvorschrift das strafbare Verhalten beschreiben (Tatbestandsmäßigkeit) werden also typische³⁷ Verhaltensweisen formuliert, die es zu vermeiden gilt. Die Tatbestandsmäßigkeit ist damit (nur) ein Mittel, um ein *typischerweise* rechtswidriges Verhalten zu erkennen (Tatbestandsmäßigkeit als *ratio cognoscendi* der Rechtswidrigkeit). Die im Gesetzentwurf gewählte Konstruktion beschreibt nun die geschäftsmäßig geleistete Suizidhilfe als einen strafrechtserheblichen *Unwert* und lässt mit Absatz 2 eine Rechtfertigung dieser zu, was die Verwirklichung von Unrecht für diese Fälle ausschließt. Der Unwert kann auf der Tatseite in einem Veränderungsunwert oder Verhaltensunwert bestehen,³⁸ der auf Täterseite durch den personalen Unwert gespiegelt wird.³⁹ Ein *Veränderungsunwert* kann hier nicht in dem (nicht tatbestandlichen) Suizid der einzelnen Person bestehen, da dies der „verfassungsprägende[n] Grundvorstellung des Menschen als eines in Freiheit zu Selbstbestimmung und Selbstentfaltung fähigen Wesens“⁴⁰ widersprechen würde. Wird dieser Passus nämlich in der Weise verstanden, dass Ausgangspunkt jeder Überlegung die autonom handelnde Person ist, kann es keinen Unwert darstellen, diese Person bei der Ausführung seines autonom gebildeten Willens und Wahrnehmung seines verfassungsrechtlich garantierten Rechts auf selbstbestimmtes Sterben zu unterstützen. Erst bei Nichtvorliegen der Voraussetzungen des § 217 Abs. 2 StGB-E können Zweifel am autonom gebildeten Willen aufkommen, erst dann kann ein Unwert im Sinne einer abstrakten Gefährdung des Lebens dieser Person bestehen. Insoweit ist also § 217 Abs. 1 wie ein „*offener Tatbestand*“ konstruiert: Das typische unwerte Verhalten wird in § 217

³⁵ Gropp/Sinn, StrafR AT, 5. Aufl. 2020, § 5 Rn. 26.

³⁶ Gropp/Sinn, StrafR AT, 5. Aufl. 2020, § 2 Rn. 18.

³⁷ Der Deliktstypus ist aber nicht mit einem Durchschnitts- oder Häufigkeitstypus gleichzusetzen, vgl. dazu Arthur Kaufmann, Analogie und „Natur der Sache“, 1982, S. 38.

³⁸ Gropp/Sinn, StrafR AT, 5. Aufl. 2020, § 2 Rn. 20.

³⁹ Gropp/Sinn, StrafR AT, 5. Aufl. 2020, § 2 Rn. 26 f.

⁴⁰ BVerfGE 153, 182 Rn. 279.

Abs. 1-E nicht allseitig und erschöpfend durch sachlich-gegenständliche Merkmale umschrieben.⁴¹ Das Verbot wird erst aus dem Zusammenlesen mit Abs. 2-E erkennbar. Dass es solche „offenen Tatbestände“ zu vermeiden gilt, ist heute allgemein anerkannt.⁴²

Davon abgesehen könnte sich der tatbestandlich vertypte Unwert aber auch aus den schon zuvor angesprochenen für eine autonome Suizidentscheidung gefährlichen *Marktmechanismen* ergeben. Diese sind nach Auffassung der Entwurfsverfasser geeignet, eine Gefahr für die Autonomie Dritter darzustellen, wenn sich der Suizid durch geschäftsmäßige Angebote der Suizidhilfe als normale Art der Lebensbeendigung in der Gesellschaft einstellt und damit dritte Personen faktisch in den Suizid gedrängt werden. Ob allein in der Beteiligung an diesem Markt allerdings ein strafrechtlich relevanter Unwert gesehen werden kann, ist zweifelhaft.⁴³ Jedenfalls hat aber das Bundesverfassungsgericht es unbeanstandet gelassen, dass der Gesetzgeber bei „einem unregulierten Angebot geschäftsmäßiger Suizidhilfe Gefahren für die Selbstbestimmung in Form von sozialen Pressionen“ annimmt.⁴⁴

Den genannten Problemen im Zusammenhang mit der Suche nach dem in § 217 Abs. 1-E vertypten Unwert bei der geschäftsmäßigen Suizidhilfe hätten sich die Entwurfsverfasser enthalten können, wenn der Absatz 2 ähnlich wie § 218a Abs. 1 StGB als *Tatbestandsausschluss* formuliert worden wäre. Anders als beim Schwangerschaftsabbruch würde eine solche Regelung auch keine Diskussionen über die trotz Tatbestandsausschluss anzunehmende Bewertung des Verhaltens als rechtswidrig auslösen.⁴⁵ Eine Nothilfe gemäß § 32 StGB sowie eine Notstandshilfe nach § 34 StGB gegen den geschäftsmäßigen Suizidhelfer kommt mangels Angriffs bei der Nothilfe⁴⁶ und mangels eines notstandshilfefähigen Rechtsguts⁴⁷ wegen der Preisgabe des eigenen Lebens durch den Suizidwilligen ohnehin nicht in Betracht. Hinzukommt der *Vorteil*, dass mit einem Tatbestandsausschluss der strafrechtsdogmatische status quo, der ohne eine Regulierung der geschäftsmäßigen Suizidhilfe bestünde, hergestellt würde. Denn bisher gilt: Der lebensbeendende Akt gegen sich selbst ist für den Suizidenten straffrei. Der Freitod des Suizidenten ist kein tatbestandsmäßiges Verhalten und scheidet deshalb als Anknüpfungspunkt für eine Teilnahme aus. Zu Recht wird in der Literatur⁴⁸ darauf hingewiesen, dass der zum Suizid Hilfeleistende weder das Leben des Suizidenten noch

⁴¹ Vgl. *Welzel*, Das Deutsche Strafrecht, 11. Aufl. 1969, S. 49; krit. schon *Roxin*, Offene Tatbestände und Rechtspflichtmerkmale, 1970, S. 53 ff., 86 ff.

⁴² Vgl. kritisch zur Lehre von den „offenen Tatbeständen“ *Sinn*, Die Nötigung im System des heutigen Strafrechts, 2000, S. 332 f.; *Freund*, in: MüKo-StGB, Bd. 1, 4. Aufl. 2020, Vor. §§ 13 ff. Rn. 18 ff.; *Jakobs*, StrafR AT, 2. Aufl. 1991, 6. Abschn. Rn. 61-63.

⁴³ Vgl. *Sinn*, in: SK-StGB, Bd. 4, 9. Aufl. 2017, § 217 Rn. 7.

⁴⁴ Vgl. schon oben B. I. und BVerfGE 153, 182 Rn. 257.

⁴⁵ Vgl. m.w.N. *Gropp/Wörner*, in: MüKo-StGB, Bd. 4, 4. Aufl. 2021, § 218a Rn. 4 ff.

⁴⁶ Vgl. *Perron/Eisele*, in: Schönke/Schröder, StGB, 30. Aufl. 2019, § 32 Rn. 25/26.

⁴⁷ Vgl. *Perron*, in: Schönke/Schröder, StGB, 30. Aufl. 2019, § 34 Rn. 9.

⁴⁸ Vgl. *Hecker* GA 2016, S. 453 ff., 459.

dessen Selbstbestimmung angreift. Er unterliegt vielmehr dem übergeordneten - strafrechtlich gesehen freien - Entschluss des Sterbewilligen, sein Leben zu beenden und beteiligt sich somit nicht an fremdem Unrecht, sondern an einer straffreien Selbsttötung. Ist die Freiverantwortlichkeit zweifelhaft, so gelten bei Selbsttötungen die Maßstäbe, die zur mittelbaren Täterschaft entwickelt wurden. Außerdem kann fahrlässiges Verhalten vorliegen. Bei Tötungen von fremder Hand wird dem Vorrang der Selbstbestimmung vor dem Leben durch § 216 StGB eine enge Grenze gesetzt. Mit einer Systematik, die § 217 Abs. 2 StGB als Tatbestandsausschluss formuliert, würde man nun genau dieses bereits bestehende System *bestätigen* und durch die Merkmale in Absatz 2-E die Merkmale der Freiverantwortlichkeit konkretisieren, die Hilfeleistung prozeduralisieren und dadurch legalisieren. Die unter den Bedingungen des § 217 Abs. 2-E geleistete geschäftsmäßige Suizidhilfe bliebe tatbestandslos, wie sie es nach geltender Rechtslage bei vorausgesetzter Freiverantwortlichkeit mangels einer Anknüpfungstat ebenfalls ist. Diese Hilfe ist auch nach gegenwärtiger Rechtslage *rechtmäßig*, weil sie einem autonomen Willen untergeordnet ist: „Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.“⁴⁹ Das das BVerfG mit dieser Freiheit *rechtlich garantierte Freiheit* meint, dürfte keinem Zweifel unterliegen. Damit kann eine Hilfe dafür, dass diese Freiheit in Anspruch genommen wird, nicht rechtswidrig sein. Im Übrigen wird durch die Prozeduralisierung der Hilfeleistung deren Legalität bestätigt.

Davon abgesehen ist auch die Einordnung des Rechtfertigungsgrundes gemäß § 217 Abs. 2 StGB-E nach den anerkannten Rechtfertigungsprinzipien nicht *unproblematisch*. Rechtfertigungsgründe können nicht ohne Weiteres erfunden werden.⁵⁰ Vielmehr muss sich in ihnen ein Rechtfertigungsprinzip nachweisen lassen. Abseits des Streits⁵¹ auf der Suche nach diesen Grundsätzen sind jedenfalls die Prinzipien des mangelnden, weichenden/überwiegenden Interesses anerkannt. Im Falle des § 217 Abs. 2-E könnte es sich um eine Rechtfertigung aufgrund mangelnden Interesses oder infolge einer Interessenabwägung weichenden Interesses handeln.⁵² Soll der Unwert des tatbestandsmäßigen Verhaltens nach § 217 Abs. 1 StGB-E in den Marktmechanismen mit ihren Auswirkungen auf Dritte erblickt werden, so liegt ein Fall des mangelnden Interesses *nicht* vor: Allein, weil die Autonomie der Person im Sinne des Absatzes 2 festgestellt wurde, reduziert sich nicht der soziale Druck auf andere, der von der geschäftsmäßigen Suizidhilfe aus Sicht der Entwurfsverfasser ausgeht, und damit auch nicht der (angenommene) tatbestandliche Unwert.

Insofern könnte es sich nur um einen Fall des *weichenden Interesses* handeln, indem das Recht des einzelnen Suizidwilligen, mit Hilfe geschäftsmäßig geleisteter Suizidhilfe

⁴⁹ BVerfGE 153, 182 Ls 1c.

⁵⁰ Vgl. Sinn NStZ 2004, S. 585 ff., 590.

⁵¹ Vgl. m.w.N. Roxin/Greco, StrafR AT, 5. Aufl. 2020, § 14 Rn. 38 ff.

⁵² Gropp/Sinn, StrafR AT, 5. Aufl. 2020, § 5 Rn. 33.

aus dem Leben zu scheiden, mit dem Interesse Dritter abgewogen wird, nicht durch faktischen gesellschaftlichen Druck in den eigenen Suizid gedrängt zu werden. Gesetzestechnisch wäre das ein Fall der gesetzgeberischen *Vorwegabwägung*,⁵³ die hier zugunsten der individuellen Freiheit, sich das Leben zu nehmen und hierfür auch bei Dritten Hilfe zu suchen und soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen,⁵⁴ zu Lasten des kollektiven Interesses, von gesellschaftlichen Pressionen bei einer lebensbeendenden Entscheidung frei zu sein, entschieden wird. Ganz ähnlich formuliert es das Bundesverfassungsgericht: „Die Achtung vor dem grundlegenden, auch das eigene Lebensende umfassenden Selbstbestimmungsrecht desjenigen, der sich in eigener Verantwortung dazu entscheidet, sein Leben selbst zu beenden, und hierfür Unterstützung sucht (vgl. Rn. 208 ff.), tritt in Kollision zu der Pflicht des Staates, die Autonomie Suizidwilliger und darüber auch das hohe Rechtsgut Leben zu schützen. Diese sind von Einwirkungen und Pressionen freizuhalten, welche sie gegenüber Suizidhilfeangeboten in eine Rechtfertigungslage bringen könnten.“⁵⁵ Man mag zwar über diese Argumentation ein rechtfertigendes Prinzip nachweisen können, allerdings löst das nicht das Problem des *nicht tatbestandlich umschriebenen Unwerts* in § 217 Abs. 1 StGB-E.

Jenseits der Suche nach einem (klassischen) Rechtfertigungsprinzip gehen die Entwurfsverfasser bei § 217 Abs. 2 S. 1 StGB-E davon aus, dass es sich um „prozedurale (Rechtfertigungs-)Voraussetzungen“ handele.⁵⁶ Die Diskussion um Inhalt, Reichweite, Anwendungsgebiete und den Regeln, denen prozedurale Legalisierungen und Rechtfertigungsmöglichkeiten folgen, ist nicht neu⁵⁷ und kann an dieser Stelle nicht nachgezeichnet werden. Nach *Eicker* sind prozedurale Regelungen im (Straf-)Recht solche, „die das Recht darauf beschränken, angestrebte Ziele (z.B. Rechtsgüterschutz, Rechtfertigung von Verhalten) indirekt durch die Einrichtung und rechtliche Normierung von selbstregulatorischen Prozeduren zu erreichen.“⁵⁸ *Saliger* beschreibt diese Regelungstechnik bei Rechtfertigungsgründen als „die von der Einhaltung spezifischer Verfahrensnormen abhängende Strafflosigkeit rechtsgutsverletzender Handlungen.“⁵⁹ Ob diese Strafflosigkeit aber gerade auf der Ebene der Rechtfertigung zu finden sein muss, wird zu Recht bezweifelt.⁶⁰ Im geltenden Recht sind Formen „prozeduraler Legalisierung“⁶¹ ebenfalls auf Ebene der Tatbestandsmäßigkeit zu finden, wie etwa im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs gemäß § 218a Abs. 1 StGB.⁶² Die straffreistellenden Vorschriften des

⁵³ Vgl. dazu *Sinn* NStZ 2004, S. 585 ff., 592 m.w.Nw.

⁵⁴ Vgl. BVerfGE 153, 182 Rn. 212 f.

⁵⁵ BVerfGE 153, 182 Rn. 223.

⁵⁶ BT-Drs. 20/904, S. 13.

⁵⁷ Vgl. *Eiker* NK 2012, S. 68 ff.; *Eser*, in: FS Hassemer 2000, S. 43 ff.; *Hassemer*, in: FS Mahrenholz, 1994, S. 731 ff.; *Popp* ZStW 118 (2006), 639 ff.; *Saliger*, in: FS Hassemer, 2010, S. 599 ff.; krit. *Stratenwerth*, in: FS Hassemer, 2010, S. 639 ff.

⁵⁸ *Eiker* NK 2012, S. 68 ff., 69.

⁵⁹ *Saliger*, in: FS Hassemer, 2010, S. 599 ff., 601 f.

⁶⁰ *Popp* ZStW 118 (2006), S. 639 ff., 664.

⁶¹ Zu diesem vorzugswürdigen Begriff *Saliger*, in: FS Hassemer, 2010, S. 599 ff., 611.

⁶² Vgl. *Saliger*, in: FS Hassemer, 2010, S. 599 ff., 607 f.

Kastrationsgesetzes stellen ein weiteres Beispiel für eine prozedurale Legalisierung dar.⁶³ Teilweise wird in diesem Zusammenhang die von einer Einwilligung getragene und medizinisch indizierte Kastration nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 KastrG bereits als Tatbestandsausschluss zur Körperverletzung angesehen.⁶⁴ Auch mit der Lehre von der objektiven Zurechnung darf man davon ausgehen, dass bei Einhaltung der in § 217 Abs. 2 S. 1 StGB-E genannten Voraussetzungen kein rechtlich relevantes Risiko geschaffen wird.

Angesichts dieser Einwände wäre eine Regelung des § 217 Abs. 2 StGB-E als Tatbestandsausschluss vorzuziehen und würde systematische Brüche vermeiden.

VI. Bestimmtheit der Dokumentationsklausel

Die Voraussetzungen des § 217 Abs. 2 S. 1, 2 StGB-E sind gemäß Satz 3 in allen Punkten zu *dokumentieren*. Diese Dokumentationspflicht ist sowohl für die geschäftsmäßig Suizidhilfe Leistenden als auch für die Strafverfolgungsbehörden sinnvoll. Erstere können damit nachweisen, dass sie die gesetzlichen Anforderungen zur Straffreiheit ihrer Suizidhilfe erfüllen und reduzieren somit das Risiko, langwierigen Ermittlungsverfahren mit ungewissem Ausgang unterworfen zu werden. Für die Strafverfolger wiederum verringert sich der Aufwand der Sachverhaltsaufklärung.

Unklar bleibt dabei jedoch, welche Auswirkungen eine fehlerhafte oder unzureichende Dokumentation auf die Rechtfertigung der geschäftsmäßig geleisteten Suizidhilfe hat. Würde die Dokumentationspflicht als Voraussetzung der Rechtfertigung angesehen werden, so entfielen bei einem Verstoß dagegen die Rechtfertigung, selbst wenn die zu dokumentierenden Voraussetzungen vorlägen. Nach der Gesetzesbegründung dient die Dokumentationspflicht der Rechtssicherheit der geschäftsmäßig Suizidhilfe leistenden Person.⁶⁵ Sie dient also dem Schutz des Suizidhelfers. Deshalb sollten aus einem Verstoß keine direkten, für den Suizidhelfer negativen Rechtsfolgen abgeleitet werden. Die Dokumentationspflicht muss demnach als eine *Obliegenheit* des geschäftsmäßig Hilfeleistenden betrachtet werden. Sie nimmt aber nicht an den Rechtfertigungsvoraussetzungen⁶⁶ teil, weil trotz fehlender oder mangelhafter Dokumentation nicht automatisch auf eine fehlende Autonomie der sterbewilligen Person geschlossen werden kann. Wird die Dokumentationspflicht nicht erfüllt, so müssen die Strafverfolgungsbehörden ihrer Pflicht zur Sachverhaltsaufklärung und das Gericht seiner Amtsermittlungspflicht hinsichtlich des Vorliegens der materiellen Rechtfertigungsvoraussetzungen nachkommen, sodass im Falle mangelhafter Dokumentation eine Rechtfertigung weiterhin möglich bleibt.

⁶³ Vgl. *Saliger*, in: FS Hassemer, 2010, S. 599 ff., 607.

⁶⁴ Vgl. *Sternberg-Lieben*, in: Schönke/Schröder, StGB, 30. Aufl. 2019, § 223 Rn. 56.

⁶⁵ BT-Drs. 20/904, S. 16.

⁶⁶ So wie die Entwurfsverfasser Absatz 2 verstanden wissen wollen.

Stellt die Dokumentationspflicht in § 217 Abs. 2 S. 3 StGB-E also keine materielle Voraussetzung der Rechtfertigung dar, so verletzt die Aufnahme dieser Obliegenheit in den Katalog der Rechtfertigungsvoraussetzungen das in Art. 103 Abs. 2 GG verankerte Bestimmtheitsgebot, das auch für Rechtfertigungsgründe Geltung beansprucht.⁶⁷ Deshalb sollte die Dokumentationspflicht aus Absatz 2 Satz 3 in einen eigenen Absatz 3 *verschoben* werden.

C. Zu § 217a StGB

§ 217a StGB-E bewehrt die Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung mit Strafe, um nach dem Willen der Entwurfsverfasser der gesellschaftlichen Normalisierung der Selbsttötung entgegenzuwirken.⁶⁸ Die Normstruktur orientiert sich dabei an dem 2022 vom Bundestag aufgehobenen Verbot der Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft in § 219a StGB a.F.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung festgestellt, dass der Staat Maßnahmen treffen darf, damit Menschen in schweren Lebenslagen nicht mit Angeboten der Suizidhilfe konfrontiert und damit autonomiegefährdend unter Druck gesetzt werden.⁶⁹ Es ist deswegen grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn der Entwurf ein solches Werbeverbot aufstellt.

In der Entwurfsbegründung wird jedoch ausgeführt, Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen dürften auf „Informationen der in der Vorschrift ausdrücklich genannten Stellen hinweisen“.⁷⁰ Diese Stellen finden sich in der vorgeschlagenen Norm selbst nicht wieder. Dort ist in § 217a Abs. 4 StGB-E lediglich vorgesehen, dass Ärzte, Krankenhäuser oder Einrichtungen auf die Tatsache hinweisen dürfen, dass sie Hilfe zur Selbsttötung unter den Voraussetzungen des § 217 Abs. 2 StGB-E leisten. Eine Klausel wie in § 219a Abs. 4 Nr. 2 StGB a.F. ist nicht enthalten, die den Hinweis auf Informationen zuständiger Bundes- und Landesbehörden, Beratungsstellen sowie Ärztekammern vom Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche ausnahm.

Nach dem vorgeschlagenen Gesetz erlaubt ist damit lediglich der Hinweis darauf, dass Suizidhilfe geleistet wird. Neben dem „Ob“ der Suizidhilfe lässt die Norm es aber nicht zu, sachlich über das „Wie“ der Suizidhilfe zu informieren.⁷¹ Es bleibt unklar, ob dieses Ergebnis von den Entwurfsverfassern angestrebt wurde.

⁶⁷ Gropp/Sinn, StrafR AT, 5. Aufl. 2020, § 3 Rn. 9.

⁶⁸ BT-Drs. 20/904, S. 3.

⁶⁹ BVerfGE 153, 182 Rn. 235.

⁷⁰ BT-Drs. 20/904, S. 16.

⁷¹ Vgl. zu § 219a StGB vor dessen Aufhebung OLG Frankfurt NStZ-RR 2021, 106.

Der Schriftenbegriff des § 217a Abs. 1 StGB-E im Gesetzentwurf muss darüber hinaus durch den 2021 eingeführten Inhaltsbegriff des § 11 Abs. 3 StGB *ersetzt* werden.

D. Zusammenfassung

Der Gesetzentwurf setzt die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts an die Regulierung der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung um und bringt die staatliche Pflicht des Lebensschutzes mit dem Recht des einzelnen auf selbstbestimmtes Sterben in einen angemessenen Ausgleich.

Das Individualschutzgut des Lebens des jeweiligen Suizidwilligen findet in der Norm des § 217 StGB-E entsprechenden Anklang und wird ergänzt um den Schutz des Lebens Dritter, das durch einen unregulierten Markt geschäftsmäßiger Suizidhilfe und daraus entstehende soziale Pressionen nach Auffassung der Entwurfsverfasser gefährdet ist.

Zur Eindämmung dieser Gefahren durch Marktmechanismen erscheint zudem das Verbot der Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung in § 217a StGB-E geeignet, auch wenn unklar bleibt, inwiefern sachliche Informationen über die Suizidhilfe dem Verbot unterfallen sollen.

Einer Überprüfung sollte die Ausgestaltung des § 217 Abs. 2 StGB-E als Rechtfertigungsgrund statt als Tatbestandsausschluss unterzogen werden, die im System der Rechtfertigungsgründe zu systematischen Brüchen führt.

Darüber hinaus sollte die in § 217 Abs. 2 S. 3 StGB-E enthaltene Obliegenheit in Form der Dokumentationspflicht in einen neuen Absatz 3 überführt werden, um die Bestimmtheit der Norm sicherzustellen.

Prof. Dr. Prof. h.c. Arndt Sinn



Suizidprävention als genuin ethisches Erfordernis

Kurzstellungnahme im Rahmen der
öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages
zum Antrag

Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen

BT-Drucksache 20/1121

1. Vorbemerkung

Die nachfolgende Stellungnahme gebe ich als einzelgeladener Sachverständiger in meinem persönlichen Namen ab. Als Mitglied des Deutschen Ethikrates sowie als Mitglied der zuständigen Arbeitsgruppe beziehe ich mich gleichwohl im Wesentlichen auf die im Rat einstimmig beschlossene und am 22.9.2022 veröffentlichte DER-Stellungnahme „Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit“. Mit Blick auf die suizidpräventionsrelevanten Folgen der COVID-19-Pandemie für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene verweise ich auf die am 28.11.2022 veröffentlichte DER-ad-hoc-Empfehlung „Pandemie und psychische Gesundheit“, in der die außerordentlich hohe Dringlichkeit suizidpräventiver Angebote für (krisengeschüttelte) Kinder und Jugendliche nochmals herausgestellt wird.

2. Suizidprävention – Begleitung in suizidalen Lebenskrisen – Suizidassistenz

2.1 Suizidprävention umfasst ein breites Spektrum von (vorsorgenden bzw. vorbeugenden) Interventionen bzw. Handlungsfeldern. Die *allgemeine* Prävention adressiert die Gesamtbevölkerung, um dem Aufkommen eines suizidalen Verlangens entgegenzuwirken. Die *selektive* Prävention nimmt bestimmte Zielgruppen (Suchterkrankte, Trauernde, schwer Erkrankte, Menschen in passageren Lebenslagen usw.) in den Blick, bei denen das Suizidrisiko typischerweise erhöht ist. Die *indizierte* Prävention konzentriert sich auf einzelne Personen, bei denen ein latentes oder manifestes Suizidales Begehren offenkundig ist. Alle drei Handlungsfelder bedingen sich wechselseitig; der Übergang ist – gerade mit Blick auf selektive und indizierte Suizidprävention – oftmals fließend.

2.2 In der öffentlichen Diskussion um den assistierten Suizid wird oft der Begriff der Suizidhilfe verwendet. Dieser Begriff ist – wie übrigens der verwandte Begriff der Sterbehilfe – allerdings sehr unscharf. Mit ihm kann nicht nur die unmittelbare Assistenz bei der Umsetzung eines Suizidwunsches gemeint sein, sondern auch die (hilfreiche) Begleitung in suizidalen Lebenskrisen. Selbst die Suizidprävention könnte als Suizidhilfe im Sinne eines hilfreichen Umgangs mit dem gesellschaftlichen oder individuellen Phänomen der Suizidalität verstanden werden. Deshalb sollten „Suizidprävention“,

„Begleitung in suizidalen Lebenskrisen“ sowie „Suizidassistent“ in ihrer jeweils begrifflichen Unterscheidung verwendet werden.

2.3 Die „Begleitung in suizidalen Lebenskrisen“ stellt einen Grenzfall zwischen Suizidprävention und Suizid (-assistent) da: Als Teil der Suizidprävention bestärkt sie in der Dynamik suizidaler Prozesse bis zuletzt die vorfindlichen Lebensbindungen der suizidalen Person. Sobald sich deren freiverantwortliche Entscheidung in einer unzweideutigen Suizidabsicht manifestiert hat, steht sie deren Vollzug (einschließlich etwaiger Assistenz Dritter) nicht im Wege.

3. Grundsatz: Suizidprävention als Bedingung der Möglichkeit freiverantwortlicher Entscheidungen im Vor- und Umfeld suizidaler Lebenskrisen und Suizidentscheidungen

3.1 Suizidprävention dient der Vorbeugung und Vermeidung von Lebenslagen, in denen Personen sich – aus welchen Gründen zunächst auch immer – genötigt oder getrieben sehen, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Ihre Berechtigung und Notwendigkeit steht bei allen nicht freiverantwortlichen Suizidabsichten/-wünschen außer Frage. Dies trifft auf (vermutlich) über 90% der Suizidwilligen zu. Gelegentlich angezweifelt wird ihre Berechtigung bei freiverantwortlichem Suizidbegehren. Hier könnte der Eindruck entstehen, suizidpräventive Angebote und Interventionen behinderten den Vollzug freiverantwortlicher Lebensentscheidungen – hier des freiverantwortlichen Suizids.

3.2 Selbstbestimmung ist nicht gleich Selbstbestimmung. *Freiverantwortliche* Selbstbestimmung setzen zunächst ein ausreichendes *Wissen* um die jeweiligen Tatbestandsmerkmale voraus. Dies setzt sowohl eine hinreichende Kenntnis der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte wie eine hinreichende geistige und psychische Reife voraus, die die entscheidungserheblichen Gesichtspunkte reflektieren und beurteilen können. Sodann bedarf es eines ausreichend eigenständigen *Wollens* dessen, wozu sich eine Person entscheidet. Subtile Einwirkungen von innen oder außen können solches freiverantwortliche Wollen in seiner Substanz gefährden. Schließlich muss die freiverantwortliche entscheidende Person zwischen unterschiedlichen, für sie realistischen Optionen *wählen* können. Je nach Eingriffstiefe sowie den kurz- wie langfristigen Auswirkungen ihrer Entscheidungen muss an freiverantwortlichen Entscheidungen ein unterschiedliches Maß an *Wissen, Wollen* und *Wählenkönnen* vorausgesetzt werden, um das Niveau einer freiverantwortlichen Entscheidung angemessen sichern zu können. Das gilt grundsätzlich für alle selbstbestimmten Entscheidungen im Rahmen der persönlichen Lebensführung. Im Kontext von freiverantwortlichen Suizidentscheidungen ist ein hohes Niveau erforderlich. Immerhin ist sie in ihrem Vollzug nahezu unumkehrbar.

3.3 Freiverantwortliche Suizidentscheidungen sind als Ausdruck des Rechts auf Selbstbestimmung grundsätzlich immer zu respektieren. Aber auch freiverantwortliche Entscheidungen sind immer in konkrete Lebensumstände eingebunden. Freiverantwortliche Suizidentscheidungen sind in der Regel Entscheidungen für den Tod, weil die betreffende Person *unter den obwaltenden Bedingungen ihres Lebens* (Krankheit, Einsamkeit, Erschöpfung, Lebensattheit usw.) nicht mehr leben kann und/oder leben will. Suizidwünsche sind oftmals nicht nur unbeständig („volatil“), sondern in der Regel gepaart mit einem veritablen Lebenswillen. Allerdings erschließen sich der suizidalen Person in ihrer konkreten Lebenssituation keine befriedigenden Gestaltungs-

möglichkeiten mehr. Insofern erscheint der Suizid manchen als Akt letzter Freiheit, sich der zumindest subjektiv empfundenen Unerträglichkeit der Lebenssituation zu entziehen.

- 3.3** Suizidprävention hat grundsätzlich die Aufgabe, Menschen überhaupt nicht erst in Lebenslagen kommen zu lassen, in der sie sich subjektiv genötigt sehen, sich (freiverantwortlich) für oder gegen einen Suizid entscheiden zu müssen. Suizidprävention hält den subjektiv verfügbaren Gestaltungsspielraum für die freiverantwortlich-selbstbestimmte Lebensführung eines Menschen möglichst weit offen. Darin liegt ihr genuin ethisches Erfordernis und ihre ethische Legitimation: Suizidprävention schränkt Freiheitsoptionen von Menschen (in suizidalen Lebenskrisen) nicht nur nicht ein, sondern hält sie erst offen. Sie schützt Suizidwillige vor der Gefahr „prekärer Selbstbestimmung“, in der „Entscheidungen durch subtil wirkende Beeinflussungen in einen unbestimmten Grenz- oder Graubereich geraten, in denen sie in fremdgetriebene Selbstbestimmungen umzukippen und damit ihre Freiverantwortlichkeit einzubüßen drohen“ (DER 2022, 110). So besehen ist Suizidprävention eine Bedingung der Möglichkeit realer Freiheit.

4. Ethische Verantwortlichkeiten in allgemeiner, selektiver und indizierter Suizidprävention

- 4.1** Im Rahmen der **allgemeinen Suizidprävention** stehen insbesondere Staat und Gesellschaft in besonderer Verantwortung. Der Respekt vor einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung freilich entbindet zu keinem Zeitpunkt von der Verantwortung, so weit wie möglich Sorge zu tragen, dass Menschen sich nie gezwungen sehen, eine solche Entscheidung zu treffen. Darin besteht die besondere Verantwortung staatlicher und gesellschaftlicher Institutionen. Ihre Verantwortung besteht vor allem in der Gewährleistung einer umfassenden Suizidprävention – und zwar über die gesamte Lebensspanne, in allen relevanten Lebensbereichen, zeitnah und in der Fläche. Zur allgemeinen Suizidprävention zählen sodann Strategien zur Überwindung von Tabuisierung und Stigmatisierung suizidaler bzw. suizidwilliger Personen. Alle gesellschaftlichen Gruppen – und hier seien besonders die Religions- und Weltanschauungsgemeinschaften erwähnt – sollten jedwede undifferenzierte Pönalisierung des Suizids auf der einen oder aber seine unreflektierte Heroisierung auf der anderen Seite unterlassen.

Ausdrücklich darauf hinzuweisen ist, dass die Gewährleistungsverantwortung des Staates – hier konkret des Gesetzgebers – über die im Initiativantrag bereits fokussierten Maßnahmen hinausgreift. Sie umfasst auch die Korrektur makropolitische Entwicklungen im Bereich des Sozialen und der Gesundheitsversorgung wie Altersarmut, Einsamkeit, Teilhabeverluste, Pflegenotstand, Versorgungsmängel in existenzbedrohlichen Krisen durch politische Großereignisse usw. Damit einher geht das verstärkte Bemühen die forschungsbasierte Generierung von Wissen über Suizidalität sowie dessen Kommunikation in die Breite der Öffentlichkeit. Zudem darf seelische Gesundheit der körperlichen nicht unbesehen nachgeordnet werden. Hier ist an die unterschiedlichen Dimensionen eines längst üblichen umfassenden Gesundheitsverständnisses zu erinnern.

- 4.2** Im Handlungsfeld **selektiver Suizidprävention** stehen besonders jene Einrichtungen und Institutionen, in denen auf Grund ihrer spezifischen Lebenslagen vermehrt suizidale Personen leben oder situationsbedingt in Berührung kommen, in der Verantwor-

tung, ihre Angebote konsequent an den Zielen der Suizidprävention orientieren. Suizidpräventive Maßnahmen umfassen zunächst alle einschlägigen diagnostisch-therapeutischen Interventionsangebote. Sie umfassen vor allem aber auch Lebensräume, die soziale Teilhabe und eine fühlbare Erfahrung von Zugehörigkeit in einer Gemeinschaft vermitteln. Dies stärkt Lebensbindungen und kann die sich aufschaukelnde Dynamik eines konkreten suizidalen Begehrens unterbrechen. Ebenso kann in Einrichtungen der Langzeitpflege oder des Hospizwesens eine umfassende Palliativkultur Suizidwünschen am Lebensende entgegenwirken.

Sollte sich an der Grenze einer suizidpräventiven Begleitung von Menschen in suizidalen Lebenskrisen die Option der betroffenen Person zu einer freiverantwortlichen Entscheidung *für* einen Suizid und gegebenenfalls *für* das Ersuchen um Assistenz verichten, stehen Einrichtungen und Institutionen in der Pflicht, diese Option als Ausfluss der Letztverantwortung eines Menschen für seine Lebensgestaltung zu respektieren und – je nach eigenem Grundverständnis – den Vollzug eines Suizides und gegebenenfalls einer Assistenz nicht mehr zu verhindern oder möglicherweise selbst durch entsprechende Angebote zu ermöglichen. Hier findet alles Bemühen um eine Suizidprävention ihre ethische Grenze.

- 4.3** Im Handlungsfeld **indizierter Suizidprävention** stehen neben An- und Zugehörigen gerade professionelle Fachkräfte in besonderer Verantwortung. Die Einbindung von An- und Zugehörigen kann, sofern die suizidale Person dem zustimmt, wichtige Ressourcen mobilisieren, die die Lebensbindungen der suizidalen Person stärken. In allen ambulanten und stationären Einrichtungen, die immer wieder mit suizidalen Personen konfrontiert werden, müssen speziell qualifizierte Fachkräfte bereitstehen, die bei Bedarf mindestens die verfügbaren medizinischen, pflegerischen, psychosozialen wie seelsorgerisch-spirituelle Begleitungsangebote vermitteln können. Nicht zu vergessen sind die Beratungsangebote des Allgemeinen Sozialdienstes oder spezifische Angebote für spezifische Lebenskrisen wie Cyber-Mobbing, Überschuldung, Vereinsamung. Gerade hier kommt auch ehrenamtlichen Akteurinnen und Akteuren – etwa der Telefonseelsorge – eine wichtige suizidpräventive Verantwortung zu.

Zum Handlungsfeld indizierter Suizidprävention zählt auch informelle wie formelle Angebote *ethischer* Beratung. Sie steht keinesfalls im Widerspruch zu freiverantwortlichen Suizidentscheidungen, sondern fördert ihre Validität. Natürlich ist jede freiverantwortliche Entscheidung für oder gegen einen Suizid immer eine *höchstpersönliche*. Sie ist im Letzten immer zu respektieren. Diese *Letztverantwortung* einer zum Suizid neigenden Person ist aber keine *Alleinverantwortung* für das Zustandekommen ihrer Entscheidung. Ihr sollte in begleitenden Gesprächen die Möglichkeit eröffnet werden, ihre höchstpersönliche Entscheidung in Verantwortung für sich und andere betroffene abzuwägen und zu bilden. Die Aufgaben solcher Gespräche sind vielfältig: Sie unterstützen die Selbstaufklärung der Motivlage: „Warum will ich was?“ Sie vermitteln die nötigen Informationen, die die zum Suizid bereite Person für eine Entscheidung benötigt. Keinesfalls aber darf es in solchen formellen oder informellen Beratungsgesprächen darum gehen, durch subtile Beeinflussungen die betroffene Person in irgendetwelche, von außen vorgegebenen Richtungen zu „dirigieren“ (professionsmoralisches Verbot „direktiver Beratung“).

- 5. Fazit:** Der vorliegende Antrag „Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen“ greift wesentliche Aspekte der genuin ethisch gebotenen Suizidprävention auf. Er verknüpft zurecht suizidpräventive Angebote mit der Ermöglichung

selbstbestimmter Lebensführung und insbesondere freiverantwortlicher Entscheidungen im Um- und Vorfeld eines möglichen Suizids. Freilich: Die Dringlichkeit einer gestärkten breitgefächerten Suizidprävention (allgemein, selektiv, indiziert) besteht unabhängig der Frage einer rechtlichen Regelung der Suizidassistenten. Dass der Antrag auf Stärkung der Suizidprävention in ihrer ganzen Breite zeitgleich mit oder – weit besser – sogar noch vorab zur gesetzlichen Regelung von Suizidassistenten erfolgt, unterstreicht den Willen des Gesetzgebers, noch diesseits der konkreten Ausgestaltung der Suizidassistenten in jedem Fall einer bestimmten Form der Normalisierung des Suizids im Sinne einer emotionalen Gewöhnung und damit einer schleichenden „Vergleichgültigung“ gegenüber der Lebenslage von Menschen in suizidalen Krisen entgegenwirken zu wollen.

Eine solche Vergleichgültigung in der Öffentlichkeit würde aber nicht nur die Lage der meisten suizidalen Menschen verschlechtern, deren Suizidwunsch keinesfalls einer freiverantwortlichen Entscheidung entspringt. Sie würde auch die Lage möglicherweise freiverantwortlich entscheidender Personen gefährlich in Richtung einer prekären Selbstbestimmung verschieben. Dem gilt es – unbeschadet eines *Ob* und des konkreten *Wie* einer gesetzlichen Regelung der Suizidassistenten – in der ganzen Breite des Parlamentes entschieden entgegenzuwirken.

Berlin, den 22.11.22

gez. Andreas Lob-Hüdepohl



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zu den Gesetzesentwürfen zum Themenkomplex der Suizidassistenz und der Suizidprävention bezogen auf Menschen in palliativen Erkrankungssituationen

(Stand: 23.11.2022)

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) sieht trotz des sichtbaren Bemühens der Initiator:innen bei allen drei vorliegenden Gesetzesentwürfen für die Gruppe der Menschen mit fortschreitenden Erkrankungen und begrenzter Lebenserwartung – also für Situationen, die regelhaft palliativmedizinischen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen – gravierende Mängel, Unschärfen und missverständliche Regelungen, die inhaltlich unzureichend erscheinen und in der Umsetzung nicht praktikabel sind.

Deshalb lehnt die DGP die Umsetzung dieser Gesetzesvorhaben ab. Stattdessen empfiehlt sie die Fortsetzung der notwendigen Diskussion über einen angemessenen Umgang mit der Frage der assistierten Selbsttötung. Zu erörtern wären auch die grundsätzlichen Fragen, ob eine gesetzliche Regelung der Suizidassistenz überhaupt zielführend sein kann oder ob andere flankierende Maßnahmen das im BVerfG-Urteil vom 26.02.2020 bestätigte Grundrecht auf Inanspruchnahme einer Hilfe beim Suizid angemessener abbilden können. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die aktuell gültige Gesetzeslage der Ausübung dieses Grundrechts nicht im Wege steht, da eine Suizidassistenz nicht als Straftat angesehen wird und diese bereits praktiziert wird.

Auch eine Eingrenzung unerwünschter Aktivitäten von Suizidhilfeorganisationen sehen wir in keinem der vorliegenden Gesetzentwürfe. Es ist eher davon auszugehen, dass diese die größten Profiteure einer gesetzlichen Regelung sein werden, da sie bereits jetzt Strukturen vorhalten oder aufbauen, mit denen sie die Anforderungen der geplanten Gesetze erfüllen und somit ein Höchstmaß an Legitimation und Möglichkeiten der Verbreitung ihrer Angebote erhalten.

Die DGP unterstützt aufgrund der fortbestehenden Informationsdefizite zu Alternativen und Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen, die die Selbsttötung als Option in Betracht ziehen, sowohl die Stärkung der Suizidprävention allgemein wie auch insbesondere den Ausbau der Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung für schwerkranke Menschen mit fortschreitenden Erkrankungen. Zudem sehen wir die gezielte Information der Öffentlichkeit über die Möglichkeiten zur Gestaltung des Lebensendes unter würdevollen Bedingungen als dringend notwendig an, z.B. in Form einer breit angelegten Kampagne, auch um Vorurteilen hinsichtlich eines als unvermeidlich befürchteten Verlustes an Selbstbestimmung und Würde am Lebensende entgegenzutreten.

Die Gesetzesentwürfe aus Perspektive der DGP

1. Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe:
Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr et al¹
2. Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze: Gesetzesentwurf der Abgeordneten Renate Künast et al²
3. Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung:
Gesetzesentwurf des Abgeordneten Dr. Lars Castellucci et al³

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin sieht folgende Punkte, die in den o.g. Gesetzesentwürfen geregelt oder eben nicht geregelt werden, als besonders kritisch:

1. Die Gesetzesvorlagen berücksichtigen nicht die besondere Beziehungsebene zwischen dem sterbewilligen Menschen und potentiell zur Suizidhilfe bereiten Helfer:innen.

Keiner der drei Gesetzesentwürfe beschreibt die Beziehungsebene zwischen der/dem Assistenzausführenden und der/dem Suizidwilligen als Voraussetzung für eine Suizidhilfe. Aus Perspektive der juristischen Argumentation folgt das einer gewissen Logik, spiegelt aber nicht die Realität der medizinischen Perspektive, insbesondere die der Palliativversorgung, wider. Durch die Reduktion auf eine „Juristisierung“ (analog des Begriffs „Medikalisierung“) des Lebensendes entsteht dabei die Gefahr, dass die Suizidhilfe zum formalen Verwaltungsakt einer anzubahnenden Dienstleistung degradiert wird und die besonderen Umstände der Situation einer/eines sterbewilligen Schwerkranken unzureichend gewürdigt werden.

Patient:innen mit fortgeschrittenen Erkrankungen äußern immer wieder Todes- und Suizidwünsche und drücken dadurch in der Regel aus, dass sie ihr Leben **so** als nicht mehr lebenswert empfinden. Häufig verleihen Todeswünsche im Kontext der palliativmedizinischen Versorgung der Angst vor einem leidvollen Sterbeprozess und dem Wunsch nach einem Sicherheitsversprechen im Sinne einer „Suizidoption“ Ausdruck und gehen nicht mit einer akuten Suizidalität einher.

Die Hospiz- und Palliativversorgung bietet eine Vielzahl an Möglichkeiten, Menschen in diesen Lebenssituationen zu unterstützen. Eine verantwortliche Begleitung umfasst neben der Kontrolle körperlicher Symptome als wesentlichen Wirkfaktor die Bereitschaft, zu den Betroffenen (den Erkrankten wie ihren An- und Zugehörigen) in eine vertrauensvolle Beziehung zu treten. So sind in Studien zur Wirksamkeit der spezialisierten (ambulanten) Palliativversorgung „Letztverlässlichkeit“ und das „vollumfängliche Sicherheitsversprechen“, das sich aus einem Gefühl des Verstanden- und Begleitetseins ableitet, als relevante Faktoren beschrieben worden. Diese Qualität einer zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Betroffenen in ihrer letzten Lebensphase und Begleitenden ist aus palliativmedizinischer Perspektive in hohem Maße geprägt durch die individuelle Bereitschaft zur Verantwortung und Fähigkeit der im Feld Tätigen, dieses Beziehungsgeschehen zuzulassen, und essentielle Grundlage der sich bildenden therapeutischen Beziehung.

Der assistierte Suizid bleibt die absolute Ausnahme bei der Begleitung schwerkranker und sterbender Patient:innen. Aber auch bei optimaler Palliativversorgung wird es immer schwerkranke Menschen geben, für die ein Suizid alternativlos erscheint. Diese individuelle Entscheidung ist zu akzeptieren.

¹ <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf>

² <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf>

³ <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf>

Für angemessen, verantwortungsvoll und umsichtig agierende Palliativärzt:innen ist eine Mitwirkung an einer Suiziddurchführung ohne die Klärung dieser Beziehungsebene und die Frage an den suizidwilligen Menschen, was ihn an diesen Punkt kommen lässt, nicht denkbar – letztlich unabhängig von einer bereits vorausgegangenen rechtlichen Klärung des Suizidhilfe-Ansinnens.

Dieses Beziehungsgeschehen in seiner Komplexität und Individualität und das dialogische Ringen um eine „beste Möglichkeit“ können nicht gesetzlich geregelt werden. Daher ist es nicht überraschend, dass dies in keinem der vorliegenden Gesetzesentwürfe zur Suizidassistenz aufgegriffen wird. Vielmehr führt jeder der vorliegenden Entwürfe durch die zwangsläufige Notwendigkeit der Normierung und Standardisierung des assistierten Suizids auf der Grundlage der prinzipiell gegebenen Berechtigung zu der oben genannten „Juristisierung“ des Lebensendes, in der die persönliche Einlassung eine nachgeordnete oder keine Rolle spielt. Damit wird die gegenwärtige Praxis der fürsorglichen Unterstützung der Betroffenen faktisch überflüssig. Um diesen Beziehungsaspekt beraubt wird die Durchführung der Suizidassistenz zur „Dienstleistung“ an der/dem Sterbewilligen. Damit läuft jede der vorgelegten Regelungen Gefahr, indirekt die Suizidhilfe inklusive der organisierten Suizidhilfe zu fördern. Unserer Kenntnis nach sind Suizidhilfeorganisationen bereits jetzt dabei, die nötigen Voraussetzungen zu schaffen und eine Infrastruktur gemäß einzelner Gesetzesvorschläge aufzubauen, so würden sie durch jeden aktuell vorliegenden Gesetzesentwurf legitimiert und (wenn auch ungewollt) gefördert.

2. Die gewählten Fristen und Konzepte für die Ermittlung der Dauerhaftigkeit respektive Unveränderlichkeit und Freiverantwortlichkeit eines Suizidwunsches erscheinen willkürlich.

Die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Feststellung eines „autonom gebildeten freien Willens“, einer „inneren Festigkeit“ sowie einer „gewissen Dauerhaftigkeit“ stellt eine große Herausforderung dar. Es handelt sich hierbei ausschließlich um unbestimmte Rechtsbegriffe, die in hohem Maße einer subjektiven Betrachtung und Einschätzung unterliegen. Die genannten Fristen von 10 Tagen bzw. 8 Wochen im Entwurf Helling-Plahr et al scheinen willkürlich festgelegt zu sein. Die im Entwurf von Künast et al geforderte Voraussetzung der Feststellung der Unveränderbarkeit eines Sterbewunsches setzt indirekt voraus, dass zunächst Versuche unternommen werden müssten, den Sterbewunsch tatsächlich zu verändern. Im Entwurf von Castellucci et al wird alternativ eine Begutachtung durch psychiatrisch erfahrene Ärzt:innen gefordert, die eine „Psychiatisierung“ zur Legitimation der Ausübung des Grundrechts zur Feststellung einer ausreichenden Urteilsfähigkeit, d.h. als frei von psychisch beeinträchtigenden Faktoren, nach sich zieht.

3. Die Konzepte zur Überlassung einer tödlichen Substanz berücksichtigen relevante Begleitumstände nicht ausreichend.

Alle drei Gesetzesentwürfe ermöglichen der/dem Suizidwilligen nach dem Durchlaufen des geforderten Verfahrens die Entgegennahme einer tödlichen Substanz. Ob zur Mitnahme in die eigene Häuslichkeit, ins Pflegeheim oder an jeden beliebigen Ort, ist nicht geregelt. Auch der Ort, an dem der Suizid durchgeführt wird, und das Setting können somit frei gewählt werden, womit selbst der öffentliche Raum eine Möglichkeit darstellt. Neben den Risiken, die sich daraus ergeben, dass nicht verlässlich sichergestellt werden kann, wer die Substanz letztlich tatsächlich zu sich nimmt oder verabreicht bekommt und wo die Substanz bleibt, wenn die/der Suizidwillige sie nicht einnimmt oder an einer anderen Ursache verstirbt, ergeben sich aus diesem Umstand weitere folgenschwere Probleme, z.B. für Angehörige, wie später ausgeführt.

Auch sind die Auswirkungen eines Suizides auf Angehörige hinlänglich bekannt und erforscht. In dem vorgelegten Gesetzesentwurf ist kein Konzept für die Begleitung Nahestehender vorgesehen,

insbesondere nicht die dringend notwendige Unterstützung etwaiger (hochaltriger) Lebenspartner, Kinder, Enkel oder Freunde. Wenn alleinlebende Menschen einen solchen Suizid „einsam“ für sich vollziehen, kann nicht sicher von einem würdevollen Sterben ausgegangen werden, da niemand weiß, wie die Sterbeumstände letztlich waren und wann und wo die Verstorbenen aufgefunden werden.

Näheres zum notwendigen Klärungsprozess im Abschnitt „Ärztliche Rolle bei der Suizidassistenz“.

4. Konkrete Hinweise zu den Konzepten im Einzelnen

Zum Entwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr et al.

Insbesondere für schwerkranke Patient:innen im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung stellt nicht nur das Aufsuchen einer Beratungsstelle, wie im Entwurf von Helling-Plahr et al gefordert, sondern auch der Prozess eines solchen Beratungsverfahrens selbst eine große Belastung und teilweise unüberwindbare Hürde dar. Dies gilt im Übrigen auch für hochaltrige multimorbid erkrankte Menschen, die ebenso wie Schwerkranke mit einer nicht-heilbaren fortschreitenden Erkrankung einen „geschützten Raum“ für Gespräche über die Gestaltung des eigenen Lebensendes benötigen, der durch eine vertrauenswürdige und verlässliche Beziehung zum Gegenüber geprägt sein sollte. Ein authentisches Gespräch über Todes- und Suizidgedanken setzt ein Vertrauensverhältnis zum Gegenüber voraus, welches im Rahmen einer institutionalisierten professionellen Beratungssituation, die diese Umstände nicht würdigt, schwer vorstellbar ist.

Der besondere Bedarf der Menschen mit bestehenden fortschreitenden Erkrankungen, das heißt, die Gruppe der Menschen mit palliativmedizinischem Unterstützungsbedarf ist somit in dem vorgelegten Entwurf nicht gewürdigt.

Zum Entwurf der Abgeordneten Renate Künast et al.

Künast et al versuchen dieser besonderen Lage schwerkranker Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen durch die Differenzierung zwischen einem Regelfall und einer medizinischen Notlage zu entsprechen. Aufgrund der Erfahrungen aus der Palliativversorgung erscheint es sinnvoll, die Situation von Menschen in einer „medizinischen Notlage“ von derjenigen jener Menschen zu unterscheiden, die nicht aus gesundheitlichen Gründen einen assistierten Suizid in Anspruch nehmen wollen. Beim Versuch, die geplanten Vorgaben in die Praxis zu übersetzen, zeigt sich jedoch im Entwurf die Limitiertheit einer möglichen Umsetzung. Gemeint sind sicherlich Menschen, die aufgrund einer schweren Erkrankung einen Suizidwunsch äußern. Wie aber soll eine „medizinische Notlage“ genau definiert werden? Die Medizin befasst sich nicht nur mit physisch belasteten Patient:innen. Insbesondere die Palliativmedizin betrachtet Patient:innen in ihrer Gesamtheit mit allen physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Aspekten. D.h., auch eine psychische, soziale (z.B. Einsamkeit) oder spirituelle (z.B. Sinnkrise) Notlage könnte nach diesem Verständnis als „medizinische Notlage“ aufgefasst werden. Bei einem Menschen, der z.B. aufgrund eines entstellenden Tumorleidens im Gesichtsbereich und der damit einhergehenden seelischen Belastung seinem Leben ein Ende setzen möchte, ist nicht eindeutig zu beantworten, unter welchen Voraussetzungen diese Konstellation eine Notlage rechtfertigt oder nicht.

Die genannten Voraussetzungen für eine medizinische Notlage gem. dieses Gesetzesentwurfes erscheinen unscharf und unangemessen für viele schwerkranke Menschen mit fortschreitenden Erkrankungen: Ihren Sterbewillen gegenüber der Ärztin/dem Arzt schriftlich abzufassen, wird für einen Großteil von ihnen aufgrund ihres schlechten Allgemeinzustandes nicht möglich sein. Auch finden sich im Gesetzesentwurf keine weiterführenden Hinweise, was als ausreichende Darstellung empfunden wird und wer diese letztlich beurteilt. Der Gedanke hinter dem Ansatz, eine Legitimation eines beschleunigten

nigten Verfahrens zu erreichen, ist nachvollziehbar und gerade für schwerkranke Menschen mit dem Wunsch nach Suizidassistenz von Bedeutung. Aber auf der praktischen Ebene erscheint dies nicht umsetzungsreif und damit alltagsfern.

Ähnliches gilt für das Kriterium einer „gefestigten freiwilligen Entscheidung“ und den Hinweis, bei geringen Zweifeln sei ein Gutachten einzuholen: Bei Menschen in palliativer Erkrankungssituation sind (je nach Qualifikation und Erfahrung der jeweiligen Ärzt:innen) in den allermeisten Fällen zumindest geringe Zweifel an deren gefestigter freiwilliger Entscheidung denkbar. Eingedenk der Erkenntnisse zu Ambivalenz und Double Awareness erfahren und erleben Betroffene oft parallel und zeitgleich die intensive Auseinandersetzung mit der unausweichlichen Annäherung an das Lebensende und das ungebremste Aufrechterhalten von Hoffnung und Lebenshunger. Offen bleibt auch hier, wie damit prozedural zu verfahren ist, welche Art von Gutachten Klarheit schaffen soll, welche fachliche Qualifikation hier – speziell bei Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen – erforderlich ist und was ein wirklich realistischer Zeitrahmen ist, um ein solches Gutachten zu bekommen. Die vorgegebenen Fristen erscheinen ambitioniert kurz für die Komplexität des Prozesses und die zu fordernde Sorgfalt. Auch hier kommt die praktische Umsetzbarkeit des Ansinnens zu kurz.

Der Punkt der Nennung von Alternativen („Ärztlicher Hinweis auf alle medizinischen Alternativen, die Leid auch nur geringfügig lindern können (inkl. Nachforschungspflicht, dass keine weiteren anerkannten Mittel existieren))“ erscheint ähnlich alltagsfremd und limitiert: Auch dieser Punkt ist allgemein für alle Ärzt:innen jeder Fachrichtung formuliert, ohne spezifische Qualifikationsanforderungen zu stellen oder den prozeduralen Weg zu präzisieren. Die Operationalisierung der geforderten „Nachforschungspflicht“ bleibt genauso vage wie die voraussetzende inhaltliche Tiefe der Beurteilung von „Alternativen“. Nur ca. 3,5 % aller tätigen Ärzt:innen verfügen über eine Zusatzqualifikation im Bereich der Palliativmedizin und sind somit nachweislich erfahren in einer professionellen Betrachtungsweise bezüglich der Möglichkeiten zur Leidenslinderung für schwerkranke Menschen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen. So besteht nach Einschätzung der DGP Anlass zur Sorge, dass den besonderen Bedarfen der palliativ erkrankten Menschen in diesem Aspekt nicht adäquat entsprochen wird. Die notwendige Einschätzung einer weiteren Ärztin bzw. eines weiteren Arztes erfordert, dass alle o.g. Aspekte in vollem Umfang ein zweites Mal erhoben werden müssen, was für Palliativpatient:innen problematisch sein kann. Die Tatsache, dass zwei bereitwillige unabhängige Ärzt:innen gefunden werden müssen, die ggfs. die Patient:innen an ihrem Aufenthaltsort aufsuchen müssen, ist unter Maßgabe der vorgegebenen zeitlichen Fristen herausfordernd. Der Begriff der „unabhängigen Ärzt:innen“ ist darüber hinaus nicht spezifiziert oder verbindlich definiert. Die Vergütung – wie gefordert – an die Möglichkeiten der Betroffenen anzupassen, wozu Informationen über die finanzielle Situation der Betroffenen eingeholt werden müssten, wirkt ebenso unhaltbar. Das ist insbesondere in der Situation schwererkrankter Patient:innen nicht nur eine sachliche Zumutung, sondern entsprechend des situativ oftmals anzutreffenden Gefühls der hilflosen Ohnmacht inklusive sozialer Ängste der Betroffenen eine potentiell kontraproduktive Vorgehensweise. Die Vergütungsfrage sollte nicht durch die Leistungserbringer mit den Betroffenen zu klären sein, da dies den wünschenswerten Aufbau eines Vertrauensverhältnisses deutlich erschweren kann.

Zum Entwurf des Abgeordneten Dr. Lars Castellucci et al.

In diesem im Strafrecht verankerten Entwurf wird der Begriff der „Geschäftsmäßigkeit“ aufgegriffen, der bereits in dem für nichtig erklärten §217 StGB Gegenstand sehr unterschiedlicher juristischer Interpretationen war. Eine grundsätzliche Klärung ist nicht erfolgt, weshalb es unglücklich ist, diesen ungeklärten Begriff und die damit verbundenen Unsicherheiten neuerlich in der Ordnungssystematik zu bemühen. So ist letztlich unklar, ob diejenigen, die Suizidhilfe nicht geschäftsmäßig – z.B. außerhalb

ihrer beruflichen Rolle als Arzt/Ärztin oder als einmalige ärztliche Handlung – zu leisten bereit sind, dann überhaupt unter die gesetzlichen Regelungen fallen.

Im Gegensatz zur Begründung des Bundesverfassungsgerichtes beim Urteil zum §217 wird im Entwurf von Castellucci keine akute psychische Störung als regelbares Ausschlusskriterium genannt, sondern eine psychische Erkrankung. Inwieweit eine psychische Erkrankung eine „autonome Entscheidungsfindung“ beeinträchtigt, wird auch für Fachärzt:innen für Psychiatrie schwer zu beurteilen sein, da der Begriff der Autonomie eher einer philosophischen Dimension entstammt. Auch körperliches Leid (starke Schmerzen, Luftnot usw. mit daraus resultierenden Ängsten) kann in diesem Verständnis eine „autonome Entscheidungsfindung“ beeinträchtigen. Psychisch erkrankte und ggfs. stark leidende Menschen wären hier gegenüber Menschen mit körperlichen Erkrankungen ungerechtfertigt benachteiligt, wobei bereits oben erwähnt wurde, dass eine klare Trennung zwischen Körper und Psyche häufig nicht gelingen kann. Hinzu kommt, dass es in der Begründung des BVerG heißt, dass bei der Feststellung der „Eigenverantwortung und Selbstbestimmtheit von Suizidwilligen dieselben Grundsätze gelten sollen wie bei der Einwilligung in eine Heilbehandlung“ (RN 242). Bei einer Einwilligung in eine Heilbehandlung werden sicherlich andere Maßstäbe angesetzt und wird auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine Einwilligung ohne psychiatrische Begutachtung zugestanden. Auch wird ein abschließendes Urteil zum Vorliegen eines autonom gebildeten Suizidwillens wahrscheinlich nicht in Folge einer einzigen Untersuchung möglich sein – zumindest dann nicht, wenn die Person der Psychiaterin/dem Psychiater bis dahin völlig unbekannt ist.

Die psychiatrische Begutachtung, wie von Castellucci et al gefordert, delegiert die Beurteilung an eine vermeintlich gegebene Fachexpertise. Aber auch diese ist limitiert: Nicht alle Psychiater:innen werden bei nichtpsychiatrischen Patient:innen (z.B. schwerkranken Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen) umfassende Informationen zur Symptomlinderung bei körperlichen Leiden anbieten können. Mit Blick auf lebensbegrenzend erkrankte Menschen erscheint es in solchen Fällen schwer vermittelbar, warum sich diese Patient:innengruppe einer psychiatrischen Untersuchung oder Begutachtung unterziehen muss, zumal selbst im Falle einer zusätzlichen psychischen Erkrankung sich daraus bei dieser Betroffenenengruppe nur in den seltensten Fällen eine weiterführende psychiatrische Behandlung ergeben würde. Hier scheinen die Strukturen nicht ausdifferenziert, um den Entwurf in der Praxis umsetzen zu können, zumal eine zeitnahe Verfügbarkeit qualifizierter Psychiater:innen vor allem im ambulanten Bereich auch in absehbarer Zeit nicht gegeben zu sein scheint.

Die praktische Erfahrung der Palliativmedizin belegt, dass für schwer erkrankte Menschen die Vermittlung zu einem allgemeinen oder spezialisierten Versorgungs- und Unterstützungsangebot aufgrund der Komplexität der Problemkonstellation von größter Bedeutung ist. Hier ist im multi-professionellen Zusammenspiel ein abgestimmter Einsatz von Expert:innen der Suizidprävention, Palliativmedizin oder aus dem Bereich der psychologischen oder sozialen Unterstützung erforderlich – deren Einbindung ist aber in der aktuellen Gesetzesvorlage nicht zwingend gefordert.

Wie bei allen vorliegenden Entwürfen ist auch hier das Kriterium zur „Dauerhaftigkeit“ willkürlich gewählt. Fraglich bleibt auch, was passiert, wenn die Selbsttötung nicht nach der gesetzten Frist von 2 Monaten erfolgt, sondern z.B. später. Liegt dann ein Straftatbestand vor? Wer trägt dafür die Verantwortung? Auch muss befürchtet werden, dass eine solche Frist, innerhalb derer die Selbsttötung erfolgen muss, erheblichen zusätzlichen Druck auf evtl. zweifelnde Menschen auslöst, wenn nur noch wenige Tage bleiben, um die tödliche Substanz einzunehmen.

Insbesondere in der Lebensrealität von schwer erkrankten Menschen wird hier der Eindruck, durch einen Suizid die letzte Möglichkeit der Kontrolle auszuüben, durch eine Fristenregelung nicht mehr nur als fortwährend aufrechtzuerhaltende Option begleitend zum natürlichen Verlauf der Erkrankung

betrachtet, sondern mit einem imperativen Handlungsdruck zum „Termingeschäft“ verdichtet. Das ist kontraproduktiv und abzulehnen.

Diskussion

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) positioniert sich zur Frage des assistierten Suizids und etwaiger gesetzlicher Regelungen aus der fachlichen und wissenschaftlichen Perspektive der Kenntnisse des angemessenen Umgangs mit Todes- und Suizidwünschen bei Menschen mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen und palliativmedizinischem Unterstützungsbedarf. Die DGP bezieht sich dabei überwiegend auf die Belange dieser Patient:innen und derer Zugehörigen. Für andere Betroffene, die einen assistierten Suizid anstreben, kann die DGP keine validen Aussagen machen und allenfalls Wissen und Erfahrungen aus dem Umgang mit Sterbewünschen in die Diskussion einbringen.

1. Ärztliche Rolle bei der Suizidassistenz

Für Betroffene wie professionell Tätige bedeutet die aktuelle rechtliche Lage ein Maximum an Freiheit und Selbstbestimmung. Für die Ärztin/den Arzt geht dies mit einer großen Verantwortung und unter Umständen auch mit erheblichen Rollenkonflikten einher. Angesichts der Tragweite einer Entscheidung zur Suizidassistenz erscheint dies allerdings eine zu akzeptierende und eventuell sogar notwendige Zumutung.

Menschen, die im Rahmen einer schweren Erkrankung in existentielle Krisen geraten und Todeswünsche entwickeln, wenden sich an ihre Ärzt:innen und hier ist es unbedingt ärztliche Aufgabe, sich dieser Situationen anzunehmen, zuzuhören, die Not der Betroffenen zu verstehen und gemeinsam nach Alternativen zu suchen.

Einem Menschen beim Suizid zu helfen kann nach unserer Überzeugung keine ärztliche Aufgabe mit einem entsprechend anderer medizinischer Maßnahmen hinterlegten Prozedurenkatalog sein, sondern ist immer Resultat einer persönlichen Einlassung. Die Definition einer ärztlichen Leistung würde – analog zur Durchführung anderer medizinischer Maßnahmen – u.a. eine objektivierbare Therapiezieldefinition und Indikationsstellung voraussetzen. Nach unserem Verständnis kann der Impuls, das eigene Leben zu beenden, nur vom Betroffenen selbst, nicht aber vom Arzt oder von der Ärztin ausgehen, es gibt keine medizinische Indikation, den Tod herbeizuführen.

Dennoch ist die Berufsgruppe der Ärzt:innen in der Bitte um Suizidassistenz häufig adressiert, sowohl als Beratende wie auch als Assistenzausführende. Ärzt:innen verfügen aufgrund des Zugangs zu potentiellen Suizidmitteln, der fachlichen Kenntnis um deren Anwendung und der ärztlichen Berufserfahrung über eine entsprechende Methodenkompetenz. Diese sollte aber nicht Anlass sein, der Juristisierung eine unkritische Medikalisierung folgen zu lassen. Durch Definition von Prozessschritten – wie in den vorgelegten Gesetzesentwürfen –, die alle medizinischen Sorgfaltskriterien einfordern, ist hier aber die reale Gefahr zu sehen, dass nicht der auf dem Beziehungskontext basierenden persönlichen Bereitschaft rechtssicherer Raum gewährt wird, sondern schleichend dem Übergang ins medizinische Leistungsspektrum Vorschub geleistet wird.

Die individuelle Beziehungsebene und das daraus resultierende Verständnis für die Not des Gegenübers ist das entscheidende Qualitätskriterium, das gleichzeitig die Gefahr der Verzerrung bei fehlender Objektivität und Objektivierbarkeit birgt und somit ein letztlich nicht aufzulösendes

Dilemma darstellt. Wir haben es in diesen Ausnahmesituationen mit Beziehungskonstruktionen zu tun, die in so hohem Maße individuell sind, dass eine juristische Regelung ihnen nach unserer Einschätzung nicht umfänglich gerecht werden kann. Wohl aber besteht die Gefahr, dass eine rechtssichere Rahmenvorgabe, die dies nicht würdigt, diesen Prozess abkürzt und eine einfache Lösung für ein komplexes Problem bietet – dann allerdings unter Missachtung relevanter Sorgfaltsaspekte zum Schutz der Betroffenen und letztlich auch zum Schutz der beteiligten Ärzt:innen.

An dieser Stelle ist es die individuelle Entscheidung des „Menschen, der auch Arzt ist“, diesen von Patient:innen selbst gewählten Weg zu begleiten oder eine Begleitung abzulehnen, beide Wege gehen mit einer großen persönlichen – nicht zwingend ärztlichen – Verantwortung einher. Die vorgelegten gesetzlichen Regelungsentwürfe erscheinen uns hierzu nicht hilfreich.

2. Die Rolle von Teams und Einrichtungen in der Palliativversorgung

Es muss bedacht werden, dass eine handlungsbereite Ärztin bzw. ein handlungsbereiter Arzt im Rahmen der Palliativversorgung selten alleine in der Versorgung Kranker agiert. Vertreter:innen weiterer Professionen, wie Gesundheits- und Krankenpflegende, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen und andere werden durch das ärztliche Handeln möglicherweise mit in die Verantwortung genommen und müssen im Fall einer Bereitschaft zur Suizidassistenz auf die ärztliche Handlung reagieren. So müssen sie ebenso die Chance erhalten, ihr professionelles Rollenbild zu Fragen der Suizidassistenz einzubringen.

Einrichtungen, die mit dem Wunsch nach Suizidassistenz konfrontiert werden können, und deren Mitarbeitende sollten sich unbedingt verantwortungsvoll mit ihrer Haltung und dem möglichen Umgang mit solchen Anfragen auseinandersetzen, wie es die DGP unter Mitwirkung vieler Akteure aus der Praxis in ihren Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz formuliert hat⁴.

3. Die Rolle der An- und Zugehörigen

In der Palliativversorgung gehören An- und Zugehörige per Definition zur Zielgruppe und es ist bekannt, dass die Patient:innen ebenso in hohem Maße davon profitieren, dass die Palliativversorgung sich auch der ihnen nahestehenden Menschen annimmt. Aber insbesondere für die Zugehörigen selbst wird die Verarbeitung eines Verlustes und der Umgang mit dem Sterben einer nahestehenden Person um ein Vielfaches leichter, wenn sie von Beginn an in Prozesse und Entscheidungen einbezogen werden. Die Auswirkungen eines Suizides auf das Umfeld sind hinlänglich bekannt, weshalb unserer Ansicht nach auch bei der Suizidassistenz und dem Weg dorthin die Zugehörigen nicht aus dem Blick geraten dürfen. Insbesondere in der Überlassung todbringender Substanzen und in einem unklaren Setting, in dem die Substanz eingenommen wird, sehen wir ein hohes Gefährdungspotential für Zugehörige und das soziale Umfeld.

⁴ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.): Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: Zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/220318_Broschuere_Suizidassistenz_100dpi.pdf

4. Gesellschaftlicher Diskurs über Suizidassistenz und Informationen über Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung

Die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod und der Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen werden in unserer Gesellschaft immer noch verdrängt. Daher braucht es einen gesellschaftlichen Diskurs zur Enttabuisierung dieser Themen, insbesondere im Rahmen der Diskussion um Suizidassistenz. Auch wenn eine hochwertige Hospiz- und Palliativversorgung nicht die Lösung für alle Probleme darstellt, bestehen in der Bevölkerung immer noch erhebliche Informationsdefizite und Fehlannahmen bzgl. der Behandlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten am Lebensende wie auch davor⁵. Oft führen diese Irrtümer bzgl. der Patientenrechte und der Möglichkeit zur Ablehnung von nicht (mehr) gewünschten Behandlungsmaßnahmen wie künstliche Ernährung und Intensivtherapie zur Angst vor einem Verlust der Kontrolle über die elementarsten Umstände des Lebens und lassen den Wunsch, dem durch einen (assistierten) Suizid zuvorzukommen, entstehen. Daher ist hier eine intensivierete Aufklärungsarbeit notwendig, wie sie beispielsweise in der Öffentlichkeitskampagne **#dasistpalliativ**⁶ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vorangetrieben wird. Ein solches Angebot fördert die niedrigschwellige Auseinandersetzung mit dem Thema und kann helfen, Ängste abzubauen, über Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und den wichtigen gesellschaftlichen Diskurs zum Thema anzuregen.

5. Suizidprävention als zwingend notwendiger „Erster Schritt“

Die aktuellen politischen Bemühungen zur Regelung der Suizidassistenz fokussieren sich nahezu ausschließlich auf die Organisation und Durchführung des letzten Schrittes eines zumeist langen Prozesses, der dem Wunsch nach Unterstützung beim freiverantwortlichen Suizid vorausgegangen ist. Bei zunehmender Suizidalität verengt sich der Blick der Betroffenen verstärkt auf Gedanken, die sich mit der Durchführung eines Suizides befassen. Die aktuellen Gesetzesvorschläge regeln also nur das vermeintliche Ende dieses Prozesses und somit nur den letzten Schritt. Es erscheint aber dringend erforderlich, hier schon viel früher anzusetzen, um den Blick der Betroffenen entsprechend weiten und auf mögliche Alternativen richten zu können. In der Palliativmedizin hat sich inzwischen der Ansatz der „Frühen Integration“ (early integration) etabliert, wodurch Patient:innen bereits im Zusammenhang mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung unterstützende Angebote, Therapien wie auch Möglichkeiten zur Gestaltung eines würdevollen Lebensendes aufgezeigt werden. Es ist durch wissenschaftliche Studien belegt, dass hierdurch nicht nur die Lebensqualität gesteigert, sondern auch Depressivität und Ängste vor einem leidvollen Sterben erheblich reduziert werden können. Somit betrachten wir eine gute hospizliche und palliative Versorgung auch als Teil der Suizidprävention, die dringend weiter ausgebaut und sicher finanziert werden sollte. Wichtig ist hierbei, dass eine Förderung der Suizidprävention unbedingt unabhängig und losgelöst von etwaigen Regelungen zur Suizidassistenz erfolgen muss und eine Beratung zur Suizidassistenz niemals von gleicher Stelle wie eine Beratung zur Suizidprävention erfolgen kann.

Wir begrüßen daher die Bemühungen der Abgeordnetengruppe um Herrn Castellucci, die mit ihrem Entschließungsantrag hierzu einen ersten Schritt unternommen hat. Um diesen Antrag in einen Gesetzesentwurf zu überführen, empfehlen wir dringend die Einbindung der relevanten Organisationen aus dem Bereich der Suizidprävention wie auch der Hospiz- und Palliativversorgung.

⁵ Simon et al, MedR 2004, 305 (Fehlerhafte) Zuordnung von Maßnahmen entlang des Patientenwillens im Kontext „Sterbehilfe“ durch Vormundschaftsrichter

⁶ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Informations- und Aufklärungskampagne „das ist palliativ“:
<https://www.dasistpalliativ.de/>

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft sehen wir unsere Aufgabe auch darin, die Bereiche der Aus-, Fort- und Weiterbildung dahingehend weiterzuentwickeln, dass Fertigkeiten im Umgang mit Sterbewünschen und Kenntnisse zu Angeboten der Suizidprävention feste Bestandteile in den entsprechenden Curricula werden. Bereits bestehende und wissenschaftlich evaluierte Konzepte – wie z.B. der Universitätsklinik Köln – zeigen, wie hilfreich solche Qualifizierungsmöglichkeiten für Menschen aller Berufsgruppen sind, die mit Sterbewünschen konfrontiert werden können.

6. Aufklärung als Möglichkeit der Suizidprävention

Eine Auswertung von Anfragen in der DGP-Geschäftsstelle zur Suizidhilfe (s. Anhang) zeigt ein erhebliches Unwissen zu Patientenrechten und Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung und verdeutlicht gleichzeitig die überwiegend daraus resultierenden Beweggründe für den Wunsch nach einer Suizidassistenz. Somit sehen wir auch in einer breit angelegten Öffentlichkeitskampagne (ggf. unter Einbeziehung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) eine Möglichkeit der Suizidprävention. Menschen, die aufgrund fehlender Kenntnisse zu Möglichkeiten der Gestaltung des Lebensendes ihr Leben nicht mehr als lebenswert empfinden, werden unter Umständen nicht nach gezielten Angeboten der Suizidprävention suchen, sondern nur noch nach Unterstützung bei der Umsetzung eines Suizides. Deshalb erscheinen hier auch politische Bemühungen zur Aufklärung geboten zu sein, damit eine etwaige Entscheidung für einen Suizid nicht auf falschen Annahmen beruht und somit nur eingeschränkt als „freiverantwortlich“ oder zumindest nicht als wohl abgewogen gelten kann.

Fazit

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin spricht sich gegen die Umsetzung eines der vorliegenden Gesetzesentwürfe zur Suizidassistenz aus. Die aktuell bestehende Gesetzeslage bietet bereits einen Handlungsspielraum, der die Umsetzung der Suizidassistenz prinzipiell ermöglicht. Sofern eine gesetzliche Regelung als unumgänglich eingeschätzt wird, sollten die in diesem Papier aufgeführten kritischen Anmerkungen zu den bestehenden Gesetzesentwürfen unbedingt beachtet werden. Vor einer definitiven gesetzlichen Regelung erachten wir nachfolgende Maßnahmen als dringlich. Diese bedürfen keiner Änderung der Gesetzeslage.

- Ausbau von Angeboten der Hospizarbeit und Palliativversorgung
- Breit angelegte Kampagne zur Information der Bevölkerung über die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung einschließlich des Rechts zur Beendigung einer bereits begonnenen, nun nicht mehr gewünschten Therapie, wie z.B. Intensivtherapie, künstliche Ernährung oder Beatmung, Dialyse, Bestrahlung und Chemotherapie
- Stärkung der Aus- und Fortbildung aller in der Palliativversorgung tätigen Berufsgruppen zum Umgang mit Todeswünschen
- Förderung des gesellschaftlichen Diskurses und Enttabuisierung von Tod und Sterben durch niedrigschwellige Öffentlichkeitsarbeit
- Erfassung von assistierten Suiziden auf Totenscheinen und in der Todesursachenstatistik, um das Geschehen im Auge zu behalten und nach gegebener Zeit zu evaluieren. Daraus ließen sich evtl. weitere Schritte ableiten.
- Förderung und Finanzierung der Suizidprävention, entsprechend der Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), des Nationalen Suizidpräventionsprogrammes (NaSPro), des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)⁷

⁷ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Nationales Suizidpräventionsprogramm, Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention: Eckpunkte für eine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention <https://www.dgpalliativmedizin.de/category/210-stellungnahmen-2022.html?download=1220>

Anhang

Auswertung von 53 Anfragen zum assistierten Suizid an die Geschäftsstelle der DGP

Seit dem Urteil des BVerfG im Februar 2020 erreichten die DGP-Geschäftsstelle zahlreiche Anfragen zu der Frage: „Wo kann ich die Pille bekommen?“, Von diesen wurden 53 Anfragen im Zeitraum eines Jahres (11/2020 bis 10/2021) ausgewertet.

- **Alter:** von 20 bis 89 Jahre
- **Geschlecht:** M=33 W = 20
- **Genannte Erkrankungen:** 1 Psychose / 4 Depressionen / 2 Demenz / 5 Krebs im Frühstadium / 41 keine akute schwere Erkrankung
- **Lebenssituation:** 36 alleine lebend / 11 verh./ 1 bei Eltern / 5 k.A.
- **Ist der Suizidwunsch / -plan mit Nahestehenden kommuniziert?** Ja / Nein
15 ja / 32 nein / 6 k.A.
- **Genannte Gründe für den Suizidwunsch:** Angst vor qualvollem Sterben / Angst vor Pflegebedürftigkeit / Sinnlosigkeit des Weiterlebens, Nutzlosigkeit, Einsamkeit, Gutes Leben gehabt „das ist jetzt lang genug“, keine Belastung für andere (Kostenfaktor) / psychisches Leid, Selbstbestimmung des Zeitpunktes.
- **Welches Vorgehen** (Methode, Setting, Ort) wird gewünscht: „Pille für den Notfall mit nach Hause nehmen“ / Einnahme zuhause begleitet von Ärztin/Arzt oder Pflege / keine konkreten Vorstellungen
- **Wissensdefizite** (z.B. zu Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung, medizinische Möglichkeiten, rechtliche Situation, Patientenrechte, usw.): 100%: Bei allen Anfragenden lagen erhebliche Wissensdefizite vor.
- **Gesprächsergebnisse:** 51 zunächst zufrieden mit Aufklärung und „anderem Rettungsanker“ / 2 warten auf gesetzliche Regelungen bzw. suchen weiter

Deutlich war bei den Anfragen, dass es bei 51 von 53 Anfragen nicht um einen akuten Sterbewunsch ging, sondern um die Ängste vor dem, was da noch kommen kann, und eine Art „Rettungsanker“ gesucht wurde. Hier kann es wichtig sein, nicht nur den Suizid als möglichen Ausweg im Auge zu haben (wie es bei den aktuellen Gesetzesentwürfen der Fall ist), sondern über alle anderen Möglichkeiten der Gestaltung des Sterbens mit möglichst wenig belastenden Symptomen aufzuklären. Die Tatsache, dass sich bei allen Anfragenden erhebliche Wissensdefizite zu Patientenrechten und Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung zeigten, weist auf die Notwendigkeit hin, im Rahmen einer breit angelegten Aufklärungskampagne den Ängsten vom Menschen etwas entgegenzusetzen.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) steht als wissenschaftliche Fachgesellschaft für die interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung. Ihre mehr als 6.000 Mitglieder aus Medizin, Pflege und weiteren Berufsgruppen engagieren sich für eine umfassende Palliativ- und Hospizversorgung in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten. Im Zentrum steht die bestmögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Behandlung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen. Gemeinsames Ziel ist es, für weitgehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität zu sorgen - in welchem Umfeld auch immer Betroffene dies wünschen. www.palliativmedizin.de

Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland zum Antrag „Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen“ (BT-Drucksache 20/1121)

Staatliche wie gesellschaftliche Institutionen auf der Makroebene tragen eine wesentliche Verantwortung für eine möglichst umfassende Suizidprävention – über die gesamte Lebensspanne, in allen relevanten Lebensbereichen, zeitnah und in der Fläche (Deutscher Ethikrat 2022).

Die folgende Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro, www.suizidpraevention.de) umfasst die Expertise zur gesetzlichen Regelung der Suizidprävention aus wissenschaftlich fundierter suizidologischer und suizidpräventiver Perspektive. Das NaSPro ist ein innovatives Netzwerk von Expert*innen der Suizidprävention und Expert*innen aus verschiedenen Interventionsbereichen, Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen.

In Deutschland versterben jährlich mehr als 9.000 Menschen durch Suizid. Insgesamt versterben in Deutschland wesentlich mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, AIDS, illegale Drogen und Gewalttaten zusammen. 2020 betrug die Suizidrate bei Männern bei 16,9 pro 100 000 für Männer und 5,4 pro 100 000 für Frauen (Statistisches Bundesamt Deutschland 2021). Die Zahl der Suizidversuche wird mindestens 10-mal höher als die Zahl der Suizide geschätzt. Die Lebenszeitprävalenz für Suizidgedanken kann auf über 10 % der Bevölkerung geschätzt werden.

In Deutschland sind von einem Suizid eines nahestehenden Menschen jedes Jahr geschätzt mehr als 100.000 Menschen mittelbar betroffen. Die WHO geht davon aus, dass von jedem vollendeten Suizid durchschnittlich bis zu fünfundzwanzig Personen direkt betroffen sind. Dazu gehören besonders An- und Zugehörige sowie enge Freunde und Freundinnen.

Ein Suizid hat auch psychische Folgen für weitere nahestehende Menschen (z. B. Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen, Mitschülerinnen und Mitschüler, Mitstudierende), in Ausübung ihres Berufes mit Suiziden und suizidalen Handlungen konfrontierte Menschen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Angehörige von Pflegeberufen, Lokführerinnen und Lokführer, Angehörige von Polizei und Feuerwehr u. a.) sowie Zeugen suizidaler Handlungen. Deren Anzahl ist vermutlich erheblich, aber unbekannt.

Zu assistierten Suiziden in Deutschland gibt es keine statistisch validen Angaben. Auch die Forschungslage in anderen Ländern ist sehr lückenhaft. Todesursachen aus anderen Ländern legen nahe, dass bei einer Förderung assistierter Suizide deren Anzahl die der Suizide ohne Assistenz überschreiten kann. Die Statistiken von Ländern zeigen auch auf, dass im Zusammenhang mit einer "Liberalisierung" der gesetzlichen Regelungen des assistierten Suizids auch die Rate der Suizide ohne Assistenz ansteigt (Jones et al. 2022) .

I. Suizidprävention

Suizidprävention richtet sich im Schwerpunkt an Menschen mit Gedanken an einen Suizid. Zur Prävention suizidaler Handlungen bis hin zum Suizid dienen alle Möglichkeiten der universellen, selektiven und indizierten Prävention, d. h. präventiver Maßnahmen von der Ebene der Gesellschaft über die Unterstützung bestimmter Risikogruppen bis hin zur individuellen Begleitung in suizidalen Krisen (WHO 2014).

Die Ansätze in der Praxis der Suizidprävention haben sich verändert. Im Vordergrund steht das Verständnis der individuellen Umstände der Betroffenen und das Angebot – und nicht der Zwang – zur Hilfe. Über die Annahme oder Ablehnung von Hilfe entscheiden die Betroffenen selbst. Damit die betroffenen Personen überhaupt Unterstützung erst in Erwägung ziehen können, ist die Straflosigkeit suizidaler Handlungen unabdingbar. Dies gilt ebenso für die Akzeptanz der Suizidgedanken (auch der Gedanken an einen assistierten Suizid) der Betroffenen. Suizidgedanken als Ausdruck einer existentiellen Notlage ernst zu nehmen ist überhaupt erst die Voraussetzung für stützende Kontakte.

Suizidprävention hat zum Ziel:

- Die Vermeidung von suizidalen Handlungen und Suiziden - Hauptziel der Suizidprävention.

- Den Erhalt und die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit von Menschen, die von Suizidalität, suizidalen Handlungen und Suiziden mittelbar und unmittelbar betroffen sind.
- Die Förderung der Kompetenz von Institutionen und Personen, die in Kontakt mit suizidalen Personen sind.
- Die Förderung des allgemeinen Wissens in der Gesellschaft zum Suizid, zur Hilfe in Lebenskrisen, zu ihren Rechten und Möglichkeiten bezüglich medizinischer Behandlungen, den Möglichkeiten der Palliativmedizin und der Leidensminderung beim Sterben.
- Unkomplizierte Erreichbarkeit suizidpräventiver Angebote ohne Einschränkungen (barrierefrei).

Jeder, der Hilfe sucht, sollte unkompliziert und schnell qualifizierte Hilfe finden können.

Diese Ziele werden erreicht durch:

- Die – stützende und/oder therapeutische – Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen. Eine Begleitung soll den Menschen ermöglichen, sich in einem geschützten Rahmen mit ihren Vorstellungen von einem Suizid und/oder ihrem Sterben auseinanderzusetzen und *selbstbestimmt und in freier Verantwortung* Abstand von suizidalen Handlungen zu nehmen.
- Bereitstellung und Finanzierung einer hinreichenden Anzahl von qualifizierten - niedrigschwelligen/barrierefreien - Einrichtungen für die Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen und die regionale Vernetzung aller für die Suizidprävention relevanten klinischen und außerklinischen Angebote.
- Die Vernetzung aller verfügbaren suizidpräventiven Angebote im Rahmen einer bundesweiten Informations- und Koordinierungsstelle mit einer bundeseinheitlichen Rufnummer und Webseite sowie die Förderung von Öffentlichkeitsarbeit, um diese Angebote bekannt zu machen und ihre Akzeptanz zu fördern.
- Einrichtungen und Angebote der Suizidprävention müssen deutlich von verpflichtenden Beratungen und damit verbundenen Beratungsangeboten für den assistierten Suizid getrennt sein. Anerkannte qualifizierte Einrichtungen der Suizidprävention dürfen keine Dienstleistungen für assistierte Suizide erbringen.

II. Der Gesetzgeber ist gefordert, die Suizidprävention zu stärken

“Die Strukturen der Suizidprävention müssen gestärkt und eine angemessene, dauerhafte und verlässliche Finanzierung sichergestellt werden. Eingeschlossen ist die

Gewährleistung von personellen Ressourcen spezifisch ausgebildeter Professionen ebenso wie eine Förderung der Interventionen und entsprechenden Kompetenzen. Diese Regelfinanzierung muss auch verstärkt praxisorientierte Angebote der Aus- und Weiterbildung einschließen” (Deutscher Ethikrat 2022).

Im Rahmen des Projekts “Suizidprävention Deutschland – aktueller Stand und Perspektiven”, wurde in intensiver, auch internationaler Zusammenarbeit ein ausführlicher Forschungsbericht zum aktuellen Stand der Suizidprävention in Deutschland erarbeitet, an dem sich insgesamt mehr als 60 Autor*innen beteiligten und in den Informationen von fast 1 000 Expert*innen eingingen. Ausgehend von der Analyse der Suizidprävention in Deutschland, den Empfehlungen der WHO (2014, 2021) und dem internationalen Forschungsstand zur Suizidprävention wurden Vorschläge für konkrete Maßnahmen und Handlungsempfehlungen für Deutschland entwickelt (Schneider et al. 2021: <https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf>).

Wesentliche Ergebnisse des Berichts waren:

In Deutschland findet Suizidprävention an vielen Stellen statt: im klinisch-stationären und ambulanten Alltag, in der niedergelassenen ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Praxis, in Apotheken, Beratungsstellen, im medizinischen Dienst von Unternehmen und Organisationen, in der Telefon- und Chatberatung etc. Es gibt durchaus Initiativen und wirksame Angebote, durch die Menschen in suizidalen Krisen Hilfe finden können.

In dem Bericht wird ausdrücklich auf die Bedeutung gesetzgeberischer Beschlüsse und ministerieller Initiativen für die Suizidprävention hingewiesen.

Es gibt aber auch noch zahlreiche Lücken und **sehr viel zu tun**:

- Vorhandene Suizidpräventionsangebote sind selten dauerhaft finanziert und werden daher häufig nach einer Phase als Projekt wieder eingestellt. Daraus ergibt sich ein Mangel an Kontinuität. Zudem geht die erworbene Kompetenz der Mitarbeitenden verloren, wenn sie sich andere Arbeitsfelder suchen müssen.
- Hilfsangebote sind oft nicht ausreichend bekannt, nicht flächendeckend verfügbar und nicht ausreichend finanziert.
- Gerade Hilfsangebote für Hinterbliebene, insbesondere hinterbliebene Kinder und Jugendliche, sind unzureichend vorhanden.
- Hilfe für Angehörige von Suizidgefährdeten und für Hinterbliebene sind nur dann Leistungen der Krankenkassen, wenn die Betroffenen eine (psychiatrische) Diagnose aufweisen.

- Es fehlt an Kenntnissen über Suizidalität. Kenntnisse zur Suizidalität in der Bevölkerung sind gering, z. B. wie man mit Menschen mit Suizidgedanken spricht und umgeht. Auch verfügt ein hoher Anteil der Angehörigen der Gesundheitsberufe über kein gutes Wissen zur Suizidalität.
- Es wurde eine Vielzahl von Forschungsdefiziten konkret benannt. Forschung zu Suizidalität und Suizidprävention wird selten gezielt gefördert, sondern ist abhängig vom Interesse einzelner Wissenschaftler*innen an dieser Thematik.
- Suizidstatistiken in Deutschland stehen nur mit großer zeitlicher Verzögerung von bis zu über zwei Jahren zur Verfügung. Es wird empfohlen, eine jährliche, wenn nicht sogar halbjährliche, Auswertung aller Suizidaten (Suizide und assistierte Suizide) zu erstellen, um zeitnah suizidpräventiv handeln zu können. Für die Suizidprävention notwendige Daten und Informationen müssen öffentlich verfügbar sein. Daten zu Suizidversuchen sollten im Interesse des von der WHO (2014) zur Suizidprävention wichtig erachteten epidemiologischen Monitoring so spezifisch wie möglich kodiert werden können.
- Es besteht eine mangelnde Vernetzung in nahezu allen Bereichen, insbesondere im Gesundheitswesen, zwischen den psychiatrisch-psychotherapeutischen und somatischen Fachdisziplinen und insbesondere zwischen der klinischen und außerklinischen Versorgung.
- Es fehlen flächendeckende Angebote zur niedrigschwelligen Suizidprävention.
- Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln gilt als der wirksamste wissenschaftlich nachgewiesene Effekt der Suizidprävention (WHO 2014, 2021). Unter anderem sind die suizidpräventive Sicherung von Gebäuden, die Einschränkung des Zugangs zu tödlich wirkenden Substanzen sowie die mediale Verbreitung noch nicht ausreichend ausgebaut und noch nicht hinreichend an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert.

Kurz gefasst kommt der Bericht zu folgendem Schluss:

Der Gesetzgeber ist gefordert, die suizidpräventiven Strukturen in Deutschland zu stärken und auskömmlich zu finanzieren.

Um die Suizidprävention effektiv zu entwickeln, sind folgende Maßnahmen notwendig:

- Die Entwicklung (niedrigschwelliger) suizidpräventiver Angebote, die sich direkt an Betroffene wenden.
- Die Entwicklung der regionalen Vernetzung in der Suizidprävention.
- Die Entwicklung der Suizidprävention auf Bundesebene.

Die Entwicklung (niedrigschwelliger) suizidpräventiver Angebote

Alle Menschen in suizidalen Krisen, ihre An- und Zugehörigen und auch die Hinterbliebenen nach einem Suizid haben einen Anspruch auf Hilfe und Unterstützung. Damit jeder von Suizidalität betroffenen Person Hilfe zur Verfügung steht, sind bestehende Angebote zu stärken oder fehlende einzurichten. Dies schließt eine Förderung telefonisch oder online verfügbarer Angebote ein. Die Einrichtungen müssen über nachgewiesene Kompetenzen in der wissenschaftlich fundierten Suizidprävention und den Formen der Beratung, Begleitung oder Therapie suizidaler Menschen verfügen.

Dieses Ziel erfordert:

- Mindestens *eine* anerkannte Einrichtung der Suizidprävention pro 200.000 Einwohner.
- Sicherung der Existenz und Verfügbarkeit von telefonisch oder online vorhandener suizidpräventiver Angebote.
- Die Verfügbarkeit einer ausreichenden palliativen und hospizlichen Versorgung sowie von Trauerbegleitungsangeboten, auch *unabhängig von der Grunderkrankung*.
- Die Förderung von Angeboten zur Krisenbewältigung und Begleitung für Hinterbliebene nach Suizid und Angehörigen von suizidalen Menschen
- Einen rechtlichen und finanzierten Anspruch auf kostenfreie Beratung auch ohne Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose

Die Entwicklung der regionalen Vernetzung in der Suizidprävention

Suizidalität ist ein vielfältig bedingtes Phänomen. Erfolgreiche Prävention erfordert häufig die Kooperation sehr unterschiedlicher Angebote. Um Menschen in suizidalen Krisen und ihre An- und Zugehörigen wirksam zu unterstützen, sind bestehende Netzwerke zu stärken oder fehlende einzurichten.

Deren Aufgabe ist die Abstimmung mit stationären und ambulanten Einrichtungen, Beratungsstellen, niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, Schuldnerberatungen, Bildungsträgern, Rettungsdiensten, Polizei u. a. m., die Organisation von Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit.

- **Ziel:** Mindestens eine finanziell geförderte Koordination für Suizidprävention in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt

Die Entwicklung der Suizidprävention auf Bundesebene

Die Politik auf Bundesebene hat durch ihre Diskussionen, Entschließungen und Beschlüsse einen großen Einfluss auf die allgemeinen Haltungen zum Suizid in der Gesellschaft und auf die Finanzierung und Durchführung suizidpräventiver Maßnahmen. Auch die Rechtsprechung bestimmt mit, wie Suizidalität in unserer Gesellschaft rezipiert wird. Wissenschaft und Forschung beeinflussen das Wissen über den Suizid und entwickeln präventive Maßnahmen. Die Verbreitung von öffentlichen Informationen, Diskussionen und deren Rezeption in den Medien, in der Kunst, Literatur, in Theater und Film vermittelt über traditionelle, neue und soziale Medien, wirken auf gesamtgesellschaftliche und individuelle Einstellungen zum Suizid (Schneider et al 2020).

- Die Einrichtung **einer bundesweiten Informations-, Beratungs- und Koordinationsstelle** zur Suizidprävention.
- Die Förderung und Finanzierung des **Nationalen Suizidpräventionsprogramms**.
- Die Förderung und Finanzierung **der Verbreitung von Informationen** über Hilfen in suizidalen Krisen und die Möglichkeiten der Hospizarbeit und Palliativversorgung, ein Sterben in Würde zu gestalten.
- Die Berücksichtigung suizidpräventiver **Aspekte in der Gesetzgebung** über den Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens hinaus z.B. beim Baurecht.
- Die Förderung der **Forschung zu Suizidalität** und Suizidprävention.
- Eine Verankerung von Suizidalität und Suizidprävention als **Pflichtthema in Aus-, Fort- und Weiterbildung**.
- Die **Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln**.

○ **Die Einrichtung einer bundesweiten Informations-, Beratungs- und Koordinationsstelle zur Suizidprävention**

Um in ganz Deutschland eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und für alle Betroffenen suizidpräventive Versorgung zu erreichen, ist die Einrichtung einer *Nationalen Informations- und Koordinierungsstelle Suizidprävention* notwendig.

Die Zielgruppen sind insbesondere:

- Menschen mit Suizidgedanken.

- Angehörige, Freundinnen und Freunde, Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen, Mitschülerinnen und Mitschüler, Mitstudierende und weitere mittelbar durch Suizidgedanken oder Suizidversuche anderer Betroffene.
- Hinterbliebene nach einem Suizid.
- Professionelle und ehrenamtliche Helfer im Bereich der Suizidprävention.
- Personen, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit Suizidgefährdeten in Kontakt stehen und sich nicht hinreichend qualifiziert fühlen (z. B. Polizei, Suchtberatung, Lehrerinnen und Lehrer, Schuldnerberatung, Altenpflege, Palliativ- und Hospizdienste).
- Institutionen und Führungskräfte, die Beratung suchen.
- Architektinnen und Architekten, Bauplanerinnen und Bauplaner und alle anderen Personen, die in suizidpräventionsrelevanten Arbeitsfeldern tätig sind.

Die Informations- und Koordinierungsstelle Suizidprävention ist die Vernetzung der bestehenden suizidpräventiven Angebote. Sie ist neutral, überparteilich und ohne Konfessionsbindung. Die Koordinierungsstelle muss als Ansprechpartner für Betroffene und ihre Angehörigen anonym und gebührenfrei erreichbar sein. Sie betreibt dazu eine bundesweite einheitliche, kurze Notrufnummer und eine Webseite.

Die *Informations- und Koordinierungsstelle Suizidprävention* ist dabei keine Konkurrenz zu bestehenden Beratungsangeboten vor Ort, per Telefon, Chat oder Internet. Vielmehr ist es die Aufgabe der *Informations- und Koordinierungsstelle*, auf die anderen Angebote zu verweisen, sie verfügbar zu machen und ihre Arbeit zu stärken. Die bestehenden Angebote werden an der Konstituierung der *Informations- und Koordinierungsstelle Suizidprävention* beteiligt.

Zu diesem Zweck soll die *Informations- und Koordinierungsstelle Suizidprävention* ein umfangreiches Verzeichnis qualifizierter und anerkannter Angebote vor Ort sowie der regionalen Netzwerke erstellen, aktuell halten und öffentlich zur Verfügung stellen.

Die Stelle sollte mit suizidologisch kompetenten Beschäftigten besetzt werden, welche eine erste telefonische Krisenintervention leisten können, zur Inanspruchnahme regionaler Unterstützungsangebote ermutigen oder

längerfristige Behandlungen einleiten können. Darüber hinaus soll sie Angehörige suizidaler Menschen und Hinterbliebene nach Suizid ermutigen, sich Hilfe und Unterstützung zu suchen und dieses auch zu vermitteln. Sie soll auch dazu in der Lage sein, professionelle und ehrenamtliche Helfer im Umgang mit suizidalen Personen zu unterstützen und zu beraten.

- **Ziel:** Etablierung einer *Informations- und Koordinierungsstelle Suizidprävention* unter Beteiligung der relevanten Akteure mit einer auskömmlichen personellen Besetzung, Infrastruktur und Finanzierung.

○ **Die Förderung und Finanzierung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro)**

Das *Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland* (NaSPro) ist ein 2002 gegründetes bundesweites kooperatives Netzwerk mit dem Ziel der Förderung und Entwicklung der Suizidprävention in Deutschland sowie deren öffentlicher Verbreitung. Es fördert das institutionelle und bürgerschaftliche Engagement und führt suizidpräventive Öffentlichkeitsarbeit durch.

In den (mehr als zehn) Arbeitsgruppen des NaSPro kooperieren Suizidforscher*innen und Praktiker*innen in der suizidpräventiven Arbeit mit Expert*innen aus unterschiedlichen Interventionsbereichen. Die ca. 200 Expert*innen der Arbeitsgruppen entwickeln Empfehlungen für diese Interventionsbereiche und fördern die Implementierung dieser Empfehlungen.

Diese Zusammenarbeit von Expert*innen der Suizidprävention mit (gesellschaftlichen) Institutionen hat in den vergangenen 20 Jahren bedeutend zur Entwicklung der Suizidprävention in Deutschland beigetragen. Es ist damit ein Beispiel positiver Suizidpräventionsarbeit nach WHO-Kriterien (WHO 2020, 2022).

Das NaSPro hat beispielsweise mit dem Bericht "Suizidprävention Deutschland - aktueller Stand und Perspektiven" eine umfangreiche Bestandsaufnahme der Lage der Suizidprävention in Deutschland mit ihren Stärken und Defiziten aufgezeigt. Die Analyse von hemmenden Faktoren und zu bewältigenden Aufgaben bilden eine Grundlage der Entwicklung der Suizidprävention in Deutschland.

Ein zur Zeit laufendes Projekt (gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit) hat die Förderung der suizidpräventiven Kompetenz in Institutionen und Gesellschaft zu Schwerpunkt. Darüber hinaus ist das Medienzentrum des NaSPro eine zentrale Informationsstelle zum Thema Suizid in Journalismus und Kultur. (<https://www.suizidpraevention.de/medienportal>)

- **Ziel:** Auskömmliche Finanzierung des NaSPros

○ **Die Förderung und Finanzierung der Verbreitung von Informationen**

Die Förderung der Öffentlichkeitsarbeit muss bundesweit, auf Landes- und auf regionaler Ebene erfolgen. Das bestehende Medienzentrum des NaSPro als Kontakt- und Informationsstelle für Journalistinnen und Journalisten und weitere Medientätige sollte ausgebaut werden.

Es müssen Informationen über Hilfen in suizidalen Krisen und die Möglichkeiten der Hospizarbeit und Palliativversorgung, ein Sterben in Würde zu gestalten, auch lokal bekannt gemacht werden.

○ **Die Berücksichtigung suizidpräventiver Aspekte in der Gesetzgebung**

Die Förderung der Suizidprävention berührt viele gesetzlich geregelte Bereiche im Bund und in den Ländern. Dies betrifft insbesondere die auskömmliche Sicherstellung von niedrigschwellig erreichbaren psychosozialen Angeboten, damit suizidale Menschen schnell gut ausgebildete Hilfe finden (siehe oben). Dies betrifft sowohl die medizinischen Bereiche der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik als auch das Rehabilitationswesen.

Gesetzliche Regelungen müssen unter anderem SGB V, SGB IX, das Versicherungsrecht und das Baurecht betreffen. Darüber hinaus sollte die Förderung des Jugendschutzgesetz für das Monitoring des suizidalen Geschehens in den neuen Medien unbedingt gefördert werden.

○ **Die Förderung der Forschung zu Suizidalität und Suizidprävention**

Forschung ist ein Schlüsselfaktor für die weitere Entwicklung der Suizidprävention in Deutschland. Der Förderschwerpunkt zur Suizidprävention beim BMG ist als dauerhaftes Forschungsvorhaben im doppelten Umfang fortzuführen. Dies betrifft zum einen biologische, psychologisch-psychiatrische und sozialwissenschaftliche (Grundlagen)forschung, als auch die

Entwicklung und Evaluation von psychosozialen Interventionen (z. B. Beratungsangebote, psychotherapeutische Interventionen, Schulinterventionen, Altenhilfe). Anzustreben ist eine stärkere Kooperation von forschenden Einrichtungen mit bestehenden Hilfsangeboten (besonders auf regionaler Ebene), um diese zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Internationale evidenzbasierte Präventionsprogramme für bestimmte Interventionsbereiche müssen auch für Deutschland entwickelt und evaluiert werden. Darüber hinaus sollten aktuelle Suizidraten zeitnah evaluiert werden. Initiativen zur Stärkung der universitären und außeruniversitären Forschung und Lehre in diesem Fachgebiet können die Suizidprävention in Deutschland sehr fördern.

○ **Eine Verankerung von Suizidalität und Suizidprävention als Pflichtthema in der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Unter Einbeziehung der Berufsverbände, der Kammern (z. B. Bundesärztekammer) und der Institutionen der Suizidprävention gilt es, die Entwicklung von Fort- und Weiterbildungsangeboten für alle Berufsgruppen zu fördern, die mit suizidalen Menschen tätig sind (z. B. Berufsgruppen der Medizin, der (Alten-)Pflege, der Psychologie, der Sozialen Arbeit, der Polizei etc.) zu befördern.

○ **Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln**

Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln ist der wirksamste wissenschaftlich nachgewiesene Effekt der Suizidprävention (WHO, 2014, 2021). Gerade an sogenannten Hotspots, an denen sich häufig Menschen das Leben nehmen, können diese durch bauliche Maßnahmen entschärft werden. Ein gesetzlicher Rahmen sollte ermöglichen, dass an Brücken, hohen Gebäuden, Justizvollzugsanstalten, Kliniken, Bahnhöfen und dem Gleisnetz der Deutschen Bahn Schutzmaßnahmen vorgenommen werden. Es gilt zudem, den Zugang zu tödlich wirkenden Substanzen durch entsprechende Maßnahmen einzuschränken. Ein zeitnahes Monitoring von aktuell verwendeten Substanzen durch die Giftnotzentralen ist zu etablieren.

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

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

Stellungnahme für den Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages
zum Thema Suizidhilfe/Suizidprävention
zum Antrag von Castellucci/Heveling et al.
„Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen“
(BT-Drs. 20/1121)

(A) Allgemeine Bewertung des Antrags bzw. seines Anliegens

(B) Besorgnisse gegenüber indirekt prohibitiven Wirkungen dieses Antrags auf die Ermöglichung freiverantwortlicher assistierter Suizide

Ad (A)

Dieser von Castellucci/Heveling und anderen eingebrachte Antrag verdient jede Unterstützung.¹ Alle Parlamentarier und also auch die Befürworter aller *drei* Gesetzentwürfe zur Regelung der Suizidhilfe können und *sollten* ihn mittragen. Er ist, ganz unabhängig von der Suizidhilfe-Problematik, lange überfällig. Auch wenn der Antrag noch wenig konkret ist, verfolgt er grundsätzlich ein eminent wichtiges Anliegen, das multiprofessioneller und gesellschaftlicher Anstrengungen bedarf.

¹ Einzig problematisch ist die missverständlich offene Forderung nach "Reduzierung der Zugänglichkeit von Suizidmitteln und -orten" (BT-Drs. 20/1121, S.3).

Ad (B)

Zugleich aber müssen zwei rechtspolitische Ziele im Umgang mit Suizidwilligen deutlich auseinander gehalten werden: Das eine ist das Ziel der *nicht-autonomieverletzenden* Suizid-Prävention. Das andere ist das Ziel der *autonomiekonformen* Suizidhilfe-Ermöglichung. Beide Ziele dürfen weder absichtlich noch durch Missverständnis verquickt oder gegeneinander ausgespielt werden.

In diesem Sinne beunruhigt die Aussicht, der Antrag könnte im parlamentarischen Abstimmungsverfahren als trojanisches Pferd zuungunsten der beiden liberaleren Konkurrenzentwürfe fungieren. Das könnte passieren, (a) weil man der Castellucci/Heveling-Gruppe mit ihrer doppelten Autorschaft den insgesamt umfassendsten Blick zuschrieb und zutraute, (b) weil man – nach der Logik „zuerst die Prävention“² – das schwierige Ringen um die Suizidhilfe-Gesetzgebung zeitlich hintanzustellen bereit wäre, oder (c) weil man das wichtigste Ziel einer zukünftigen Suizidhilfe-Regelung in seiner Präventionskomponente sähe.³ Für alles das kann ein mehrdeutig verwendeter Präventionsbegriff herhalten, wie ich nachfolgend erklären werde.

Prävention wird in Medizin und Recht überwiegend als ein unstrittig positiver Ziel-Begriff verwendet. In diesem Sinne ist es korrekt, von Suizid-Prävention zu sprechen, wenn Selbsttötungen im Affekt, in plötzlichen Krisen oder bei akuter psychischer Störung verhindert werden. Im Idealfall würde solche Prävention bei allen unfreien Selbsttötungen (also den geschätzten 90%) gelingen.

Hier also besteht Handlungs-, Forschungs- und Finanzierungsbedarf, um bessere Strategien zu etablieren, die mit dem rechtzeitigen Erkennen Betroffener beginnen und in Lebenshilfe und Behandlung münden sollten. Suizidprävention in diesem Sinne kann man nur begrüßen, kann man nur befördern wollen – durch Aufklärung, durch Hilfeangebote etwa bei Verschuldung und Einsamkeit, durch immer bessere Diagnostik- und Therapieangebote bei Depressionen und

²Pressemeldung DHPV vom 22.6.22:

<https://www.dhpv.de/presseinformation/zuerst-die-suizidpraevention-dhpv-und-dgs-legen-gesetzvorschlag-vor.html> [Zugang Nov. 22].

³Trotz der systematischen Zusammenhänge von präventiven und ermöglichenden Reaktionen auf Suizidabsichten, um die es im Folgenden gehen wird, scheint mir daher die Fokussierung einer Präventions-Kampagne auf nicht-assistierte Suizide programmatisch vorteilhaft. So handhabt es, mit Rücksicht auf die deutlich anderen Regelungszusammenhänge assistierter Suizide, ausdrücklich auch die Schweiz mit ihrem schon seit einigen Jahren umgesetzten *Nationalen Aktionsplan Suizidprävention*. Er wurde bereits 2014 vom Parlament in Auftrag gegeben und 2016 mit 130 Experten diskutiert und verabschiedet. Erste Evaluationen 2021. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-07-09-2022.html> (Zugriff Nov. 2022)

psychischen Krisen, durch suizidologische Forschung etc. Assistenz bei der Suizid-Durchführung wird hier wohl von keinem Dritten als Option erwogen und von diesen Betroffenen in aller Regel auch nicht nachgesucht.

Unter den Präventionsbegriff fällt auch, wenn man Menschen mit wohlbedachtem Suizident-schluss doch noch neue Optionen eröffnen kann, unter denen sie selbst lieber weiterleben wollen, als sich das Leben zu nehmen. Beide Varianten sind *nicht autonomieverletzend* und niemand bestreitet Wert und Wichtigkeit dieser Unternehmungen.

Suizidassistenz hingegen sollte zunächst unter der umgekehrten Prämisse betrachtet und diskutiert werden. Wer um Hilfe nachsucht, macht sich auf ein Gespräch und das Erfordernis einer Begründung gefasst. Auch hier wird es natürlich (unbekannt viele)⁴ Fälle mangelnder Freiverantwortlichkeit und fehlender Kenntnis subjektiv besserer Alternativen geben. Daher bestreitet niemand, dass auch hier eine doppelt-genähte Überprüfung der Freiverantwortlichkeit und eine intensive Beratung über andere Optionen stattfinden muss. Daran haben nicht zuletzt die beteiligten Unterstützer selbst ein professionelles, rechtliches und moralisches Absicherungs-Interesse.

Aber hier zuvörderst Defizite zu *unterstellen* und das ganze Feld zum potenziellen Präventionsgebiet zu erklären, ist empirisch nicht gerechtfertigt. Dies zeigen Erfahrungen aus anderen Ländern ebenso wie die Patientenstimmen, in deren Interesse die erfolgreichen Verfassungsklagen gegen den nun nichtigen §217 StGB a.F. vorgebracht wurden. Dies zeigen auch die zahllosen Menschen, die in unbezweifelbarer Freiverantwortlichkeit ihren Wunsch nach einer Exitstrategie in hypothetischen zukünftigen Zuständen bekunden.⁵ Man muss nicht urteilsunfähig, unter Druck oder uninformiert sein, um für sich persönlich etwa das Leben im finalen Stadium einer Demenz nicht erlebenswert zu finden.

Und weiter: Soweit es im „üblichen“ Suizidassistenz-Kontext um die zweite Präventions-Variante geht – also um das erfolgreiche Aufzeigen subjektiv besserer Alternativen –, existieren solche Optionen leider häufig gar nicht. Wenn jedoch auch ein Suizid, der ziemlich leicht

⁴ Ich habe zumindest keine Daten aus suizidhilfe-liberalen Ländern dazu finden können, wie viele Gesuche nach assistiertem Suizid wegen mangelnder Nichtfreiwilligkeit abgelehnt wurden.

⁵ Was nicht implizieren muss, dass diese Überzeugungen in Zukunft beibehalten werden; hier geht es nur um die grundsätzliche Rationalität solcher Bewertungen.

als frei und als subjektiv alternativlos erkennbar wäre, durch formale Hürden oder moralisierende Einschüchterung bis zur Vereitelung erschwert wird, kann dies den Charakter von *Sabotage* annehmen.

Wer die Grenze zwischen Prävention und Sabotage verwischt, überdehnt das übliche Begriffsverständnis und begeht ethischen Etikettenschwindel, erschummelt sich normative Zustimmung. Denn wer könnte etwas gegen (hier nur scheinbar unstrittig positiv konnotierte) Prävention haben? In der Begründung des geplanten neuen Strafrechtsparagraphen von Castellucci/Heveling erhofft man von diesem „generalpräventiven Schutz der [suizidalen] Freiverantwortlichkeit“.⁶ Im weiteren Text fällt diese Konkretisierung weg.⁷ Geht es nicht also doch um eine generalpräventive Wirkung auf Suizidhilfe? Das Ideal einer Null-Suizid-Wirklichkeit lässt sich auch hinter Teilen der neuesten Stellungnahme des Deutschen Ethikrats ausmachen, wo es apodiktisch und ganz allgemein heißt, es sei die "Beendigung [des Lebens] durch eine suizidale Handlung möglichst zu vermeiden."⁸ Dieses Ideal der allgemeinen Praxis zugrunde zu legen oder auch nur die legitimen suizid-präventiven Teilziele des gesellschaftlichen Auftrags mit den suizid-ermöglichenden Teilzielen zu verrechnen, ist eine ethische Anmaßung.

Noch einmal: Das Gesamtziel im Umgang mit gewünschten Suiziden darf nicht sein, insgesamt möglichst viele, ja möglichst alle zu verhindern. Die Rechtfertigung für den gesellschaftlichen Respekt vor der Option der Suizidassistenz liegt mitnichten primär in deren mittelbarem Beitrag zur Suizid-Prävention; auch wenn eine solche indirekte Begründung gelegentlich angeführt wird. Sie liegt vielmehr im ethischen Anrecht des Einzelnen, über sein Lebensende im Rahmen des dabei Möglichen selbst zu entscheiden.

Die beiden anfangs auseinander gehaltenen Ziele (i) möglichst viele unfreie Suizide (unstrittig die große Mehrheit aller Selbsttötungen) zu verhindern oder freie Suizidwünsche in freie Lebenswünsche zu verwandeln (wo dies – in erfahrungsgemäß eher seltenen Fällen – durch Aufzeigen neuer Optionen gelingen kann) und (ii) dauerhafte freiverantwortliche

⁶ BT-Drs. 20/904, S.3.

⁷ BT-Drs. 20/904, S.10.

⁸ Deutscher Ethikrat (2022) Stellungnahme: Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. <https://www.ethikrat.org/publikationen/kategorie/stellungnahmen/>, S. 113.

Suizidvorhaben durch gewünschte freiwillige Unterstützer zu ermöglichen, müssen jedes für sich so weit wie möglich realisiert werden.

Hinweise darauf, dass die Inanspruchnahme von Suizidhilfe in Ländern, die sie als zugängliche Option vorhalten, ansteigen, können daher, in Ermangelung von Hinweisen auf Kriterienverletzung, nichts anderes belegen, als dass die angebotene Exitstrategie genutzt – nicht aber, dass sie missbraucht wird.

Wie genau es sich auswirken würde, wenn in Zukunft eine (abgesicherte) Exitstrategie durch kompetente Suizid-Unterstützung erkennbar und verlässlich offen stünde, lässt sich nicht vorhersagen. Wünschenswert, angestrebt und erwartbar wäre, dass deutlich weniger Menschen sich vorsehend entsprechende Sorgen machten – unabhängig davon, ob sie die besagte Exitstrategie am Ende wirklich in Anspruch nähmen. Auch würden dadurch, so lässt sich begründet hoffen, im hypothetischen Vergleich (mit einer weiterhin restriktiven Suizidhilfe-Praxis) manche Suizide auf zumutbarere Weise erfolgen, manche auf eigenen Wunsch ganz unterbleiben oder hinausgeschoben werden. In allen solchen Fällen würde das Leben der Betroffenen nach ihrem eigenen Maßstab und Wollen besser oder länger – ein ethischer Gewinn also.

Aber insgesamt wäre zu erwarten, dass die (freiverantwortliche) Inanspruchnahme im hypothetischen Vergleich mit der Zeit eindeutig ansteigt, wobei wir bei bisher fehlender Transparenz keinen gegenwärtigen Vergleichswert haben. Einen gewissen Anhalt könnten die Entwicklungen in der Schweiz geben, wo 2020 knapp 1,3% aller Todesfälle durch alleine vollzogenen Suizid plus – getrennt erfasst – 1,6% aller Todesfälle durch assistierten Suizid erfolgten. Letzteres bedeutet eine anteilmäßige Verdreifachung innerhalb von 8 Jahren.⁹

Zum Abschluss sei noch darauf hingewiesen, dass häufig und so auch im Castellucci/Heveling-Entwurf die Verhinderung einer „gesellschaftlichen Normalisierung“¹⁰ assistierten Suizids als ein Ziel seiner Regelung genannt wird. Auch diese suggestive Forderung erntet viel intuitiven Beifall, wobei ihre Zustimmungsfähigkeit diesmal an der Mehrdeutigkeit des Normalitäts-

⁹Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html> (Zugriff Nov 2022)
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/dienstleistungen/fuermedienschaffende.assetdetail.23284854.html> (Zugriff Nov. 2022)

¹⁰ BT/Drs. 20/904, S. 2, 3, 9,10.

begriffs hängt.¹¹ Soweit man darunter das Bereitstellen einer transparenten Option oder deren zunehmende freiverantwortliche Inanspruchnahme versteht, ist nach den Maßstäben des Bundesverfassungsgerichts¹² und einer an Selbstbestimmung und Bewertungssubjektivismus orientierten Ethik rein gar nichts einzuwenden – im Gegenteil. Geht es hingegen um eine gesellschaftliche Bagatellisierung von Suizidhilfe oder um einen kaltschnäuzig-desinteressierten Umgang mit ihr – Entwicklungen, die niemand wünscht – sind andere Formen gesellschaftlicher Prägung erforderlich als rechtliche Verbote.

¹¹ Vgl. Schöne-Seifert B (2019) Der Einzelfall als Streitfall. FAZ vom 23.04.

¹² Auch das Bundesverfassungsgerichts attestiert allerdings dem Gesetzgeber „[...] auch insoweit ein legitimes Anliegen, als er verhindern will, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt.“ BVerfGE 153, 182 – Rn.233. Es selbst betont aber unmittelbar anschließend, damit könne nicht gemeint sein, die Zahl der assistierten Suizide kleinzuhalten oder moralische Mehrheitsmeinungen der Gesellschaft umzusetzen (Ebenda Rn. 234). Damit wird ein Topos bedient, ohne zu klären, was gemeint ist.