

Deutscher Bundestag Rechtsausschuss

Stenografisches Protokoll

der 32. Sitzung

Rechtsausschuss

Berlin, den 28. November 2022, 14.00 Uhr Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3.101 (Großer Anhörungssaal) Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10117 Berlin

Vorsitz: Elisabeth Winkelmeier-Becker, MdB und Dr. Thorsten Lieb, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt Seite 9

 a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Konstantin von Notz, Petra Pau, Stephan Pilsinger, Benjamin Strasser, Kathrin Vogler 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

Hierzu

P-20(6)4 Petition (§ 109 Abs. 1 S. 2 GO-BT)

Federführend:

Rechtsausschuss

Mitberatend:

Ausschuss für Gesundheit

Berichterstatter:

Abg. Sonja Eichwede (SPD)

Abg. Carmen Wegge (SPD)

Abg. Ansgar Heveling (CDU/CSU)

Abg. Renate Künast (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP)

Abg. Thomas Seitz (AfD)

Abg. Susanne Hennig-Wellsow (DIE LINKE)

b) Gesetzentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Petra Sitte, Helge Lindh, Dr. Till Steffen, Otto Fricke und weiterer Abgeordneter

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe

BT-Drucksache 20/2332

Hiorzu

P-20(6)4 Petition (§ 109 Abs. 1 S. 2 GO-BT)

Federführend:

Rechtsausschuss

Mitberatend:

Ausschuss für Gesundheit

Berichterstatter:

Abg. Sonja Eichwede (SPD)

Abg. Carmen Wegge (SPD)

Abg. Ansgar Heveling (CDU/CSU)

Abg. Renate Künast (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP)

Abg. Thomas Seitz (AfD)

Abg. Susanne Hennig-Wellsow (DIE LINKE)

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

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

BT-Drucksache 20/2293

Hierzu:

P-20(6)4 Petition (§ 109 Abs. 1 S. 2 GO-BT)

Federführend:

Rechtsausschuss

Mitberatend:

Ausschuss für Gesundheit

Berichterstatter:

Abg. Sonja Eichwede (SPD)

Abg. Carmen Wegge (SPD)

Abg. Ansgar Heveling (CDU/CSU)

Abg. Renate Künast (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP)

Abg. Thomas Seitz (AfD)

Abg. Susanne Hennig-Wellsow (DIE LINKE)

d) Antrag der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Stephan Pilsinger, Benjamin Strasser, Kathrin Vogler, Petra Pau und weiterer Abgeordneter

Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen

BT-Drucksache 20/1121

Hierzu:

P-20(6)4 Petition (§ 109 Abs. 1 S. 2 GO-BT)

Federführend:

Rechtsausschuss

Mitberatend:

Ausschuss für Gesundheit

Berichterstatter:

Abg. Sonja Eichwede (SPD)

Abg. Carmen Wegge (SPD)

Abg. Ansgar Heveling (CDU/CSU)

Abg. Renate Künast (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP)

Abg. Thomas Seitz (AfD)

Abg. Susanne Hennig-Wellsow (DIE LINKE)



Anwesenheitslisten	Seite 5
Teil I der Sachverständigenanhörung: Sterbebegleitung	Seite 11
Teil II der Sachverständigenanhörung: Suizidprävention	Seite 68

Mitglieder des Ausschusses

	Ordentliche Mitglieder	Unter- schrift	Stellvertretende Mitglieder	Unter- schrift
SPD	Dilcher, Esther	\boxtimes	Dieren, Jan	
	Eichwede, Sonja	\boxtimes	Echeverria, Axel	
	Fechner, Dr. Johannes		Esken, Saskia	
	Fiedler, Sebastian		Müller, Bettina	
	Karaahmetoğlu, Macit		Roloff, Sebastian	
	Licina-Bode, Luiza		Scheer, Dr. Nina	\boxtimes
	Limbacher, Esra		Schisanowski, Timo	
	Mansoori, Kaweh		Wiese, Dirk	
	Martens, Dr. Zanda		N.N.	
	Plobner, Jan	\boxtimes	N.N	
	Wegge, Carmen	\boxtimes	N.N.	
CDU/CSU	Heveling, Ansgar	\boxtimes	Amthor, Philipp	
	Hierl, Susanne		Gutting, Olav	
	Jung, Ingmar	\boxtimes	Hoffmann, Alexander	
	Krings, Dr. Günter		Hoppenstedt, Dr. Hendrik	
	Mayer (Altötting), Stephan		Lehrieder, Paul	
	Müller, Axel	\boxtimes	Lindholz, Andrea	
	Müller (Braunschweig),	\boxtimes	Luczak, Dr. Jan-Marco	
	Carsten		Santos Firnhaber, Catarina	
	Oellers, Wilfried	\boxtimes	dos	
	Plum, Dr. Martin		Thies, Hans-Jürgen	
	Ullrich, Dr. Volker		Warken, Nina	
	Winkelmeier-Becker,		Weiss, Maria-Lena	
	Elisabeth			
BÜNDNIS 90/DIE	Bayram, Canan	\boxtimes	Aeffner, Stephanie	
GRÜNEN	Benner, Lukas	\boxtimes	Beck, Katharina	
	Künast, Renate	\boxtimes	Kraft, Laura	
	Limburg, Helge	\boxtimes	Notz, Dr. Konstantin von	\boxtimes
	Steffen, Dr. Till	\boxtimes	Schönberger, Marlene	
	Tesfaiesus, Awet	\boxtimes	Steinmüller, Hanna	
FDP	Fricke, Otto		Kubicki, Wolfgang	
	Hartewig, Philipp	\boxtimes	Kuhle, Konstantin	
	Helling-Plahr, Katrin	\boxtimes	Lindemann, Lars	
	Lieb, Dr. Thorsten	\boxtimes	Schröder, Ria	
	Skudelny, Judith		Thomae, Stephan	
AfD	Brandner, Stephan		Beckamp, Roger	
	Jacobi, Fabian		Haug, Jochen	
	Peterka, Tobias Matthias		Miazga, Corinna	
	Seitz, Thomas	\boxtimes	Wirth, Dr. Christian	



	Ordentliche Mitglieder	Unter- schrift	Stellvertretende Mitglieder	Unter- schrift
DIE LINKE.	Bünger, Clara		Gohlke, Nicole	
	Hennig-Wellsow, Susanne	\boxtimes	Mohamed Ali, Amira	

Weitere Mitglied	er des Deutschen Bundestages	Unter-
		schrift
SPD	Arlt, Johannes	\boxtimes
SPD	Griese, Kerstin	\boxtimes
SPD	Castellucci, Lars	\boxtimes
SPD	Dittmar, Sabine	×
SPD	Engelhardt, Heike	\boxtimes
SPD	Licina-Bode, Luiza	×
SPD	Lindh, Helge	×
SPD	Baehrens, Heike	×
SPD	Baradari, Nezahat	×
SPD	Dr. Philippi, Andreas	×
SPD	Schwartze, Stefan	×
SPD	Stamm-Fibich, Martina	\boxtimes
SPD	Rimkus, Andreas	\boxtimes
SPD	Rudolph, Tina	\boxtimes
SPD	Dr. Wollmann, Herbert	\boxtimes
CDU/CSU	Oster, Josef	\boxtimes
CDU/CSU	Dr. Krings, Günter	\boxtimes
CDU/CSU	Dr. Geissler, Jonas	×
CDU/CSU	Grübel, Markus	×
CDU/CSU	Pilsinger, Stephan	×
CDU/CSU	Rachel, Thomas	×
CDU/CSU	Stöcker, Diana	\boxtimes
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dr. Kappert-Gonther, Kirsten	
FDP	Strasser, Benjamin	×
FDP	Lütke, Kristine	\boxtimes
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin	\boxtimes
DIE LINKE.	Dr. Sitte, Petra	\boxtimes
DIE LINKE.	Gürpinar, Ates	



Liste der Sachverständigen

für den ersten Teil (Sterbebegleitung) der öffentlichen Anhörung am Montag, 28. November 2022, 14:00 Uhr

Prof. Dr. Helmut Frister Heinrich Heine Universität Düsseldorf Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht

Prof. Dr. Karsten Gaede Bucerius Law School, Hamburg

Dr. Gina Greeve Mitglied des Strafrechtsausschusses des Deutschen Anwaltvereins e. V., Berlin Rechtsanwältin

Prof. Dr. Winfried Hardinghaus Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., Berlin Vorsitzender

Prof. Dr. Christoph Knauer Ludwig-Maximilians-Universität München Honorarprofessor für Wirtschaftsstrafrecht und strafrechtliche Revision Vorsitzender des Ausschusses Strafprozessrecht der Bundesrechtsanwaltskammer Rechtsanwalt

Kerstin Kurzke Malteser Hilfsdienst e. V., Berlin Leitung Hospiz- und Trauerarbeit

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ute Lewitzka Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V., Freiburg i. Br. Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Leiterin der AG Suizidforschung

Prof. Dr. med. Barbara Schneider, (EU) M.Sc., MHBA LVR-Klinik Köln Chefärztin Abteilung Abhängigkeitserkrankungen

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert Universität Münster Institut Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin Lehrstuhl für Medizinethik

Maximilian Schulz

Prof. Dr. Arndt Sinn Universität Osnabrück Lehrstuhl für Deutsches und Europäisches Straf- und Strafprozessrecht, Internationales Recht sowie Strafrechtsvergleichung



Liste der Sachverständigen

für den zweiten Teil (Suizidprävention) der öffentlichen Anhörung am Montag, 28. November 2022, 18:00 Uhr

Prof. Dr. Helmut Frister Heinrich Heine Universität Düsseldorf Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht

Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl Katholische Hochschule für Sozialwesen, Berlin

Heiner Melching Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Berlin Geschäftsführer

Prof. Dr. med. Barbara Schneider, (EU) M.Sc., MHBA LVR-Klinik Köln Chefärztin Abteilung Abhängigkeitserkrankungen

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert Universität Münster Institut Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin Lehrstuhl für Medizinethik

(Beginn: 14.02 Uhr)

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Ich eröffne die Sitzung und darf Sie alle ganz herzlich begrüßen.

Ich rufe den einzigen Tagesordnungspunkt auf:

a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Konstantin von Notz, Petra Pau, Stephan Pilsinger, Benjamin Strasser, Kathrin Vogler 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

Hierzu:

P-20(6)4 Petition (§ 109 Abs. 1 S. 2 GO-BT)

Federführend:

Rechtsausschuss

Mitberatend:

Ausschuss für Gesundheit

Berichterstatter:

Abg. Sonja Eichwede (SPD)

Abg. Carmen Wegge (SPD)

Abg. Ansgar Heveling (CDU/CSU)

Abg. Renate Künast (BÜNDNIS 90/DIE

GRÜNEN)

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP)

Abg. Thomas Seitz (AfD)

Abg. Susanne Hennig-Wellsow

(DIE LINKE)

 b) Gesetzentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Petra Sitte, Helge Lindh, Dr. Till Steffen, Otto Fricke und weiterer Abgeordneter

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe

BT-Drucksache 20/2332

Hierzu:

P-20(6)4 Petition (§ 109 Abs. 1 S. 2 GO-BT)

Federführend:

Rechtsausschuss

Mitberatend:

Ausschuss für Gesundheit

Berichterstatter:

Abg. Sonja Eichwede (SPD)

Abg. Carmen Wegge (SPD)

Abg. Ansgar Heveling (CDU/CSU)

Abg. Renate Künast (BÜNDNIS 90/DIE

GRÜNEN)

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP)

Abg. Thomas Seitz (AfD)

Abg. Susanne Hennig-Wellsow (DIE

LINKE)

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

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

BT-Drucksache 20/2293

Hierzu:

P-20(6)4 Petition (§ 109 Abs. 1 S. 2 GO-BT)

Federführend:

Rechtsausschuss

Mitberatend:

Ausschuss für Gesundheit

Berichterstatter:

Abg. Sonja Eichwede (SPD)

Abg. Carmen Wegge (SPD)

Abg. Ansgar Heveling (CDU/CSU)

Abg. Renate Künast (BÜNDNIS 90/DIE

GRÜNEN)

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP)

Abg. Thomas Seitz (AfD)

Abg. Susanne Hennig-Wellsow (DIE

LINKE)

d) Antrag der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Stephan Pilsinger, Benjamin Strasser, Kathrin Vogler, Petra Pau und weiterer Abgeordneter

Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen

BT-Drucksache 20/1121

Hierzu:

P-20(6)4 Petition (§ 109 Abs. 1 S. 2 GO-BT)

Federführend:

Rechtsausschuss

Mitberatend:

Ausschuss für Gesundheit

Berichterstatter:

Abg. Sonja Eichwede (SPD)

Abg. Carmen Wegge (SPD)

Abg. Ansgar Heveling (CDU/CSU)

Abg. Renate Künast (BÜNDNIS 90/DIE

GRÜNEN)

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP)

Abg. Thomas Seitz (AfD)

Abg. Susanne Hennig-Wellsow

(DIĔ LINKE)

Ich begrüße sowohl die Abgeordneten aus dem Rechts- und Gesundheitsausschuss als auch alle weiteren hier im Saal anwesenden oder per Webex zugeschalteten Kollegen Abgeordneten. Ich begrüße ganz herzlich die Sachverständigen des ersten Anhörungsteils. Ich begrüße die Vertretung der Bundesregierung aus dem Bundesjustizministerium und die große Zahl an Zuhörerinnen und Zuhörern hier auf der Tribüne und im Livestream.

Wir führen eine besondere Anhörung des Rechtsausschusses durch. Die heutige Sitzung soll bis circa 19 Uhr dauern und gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil befassen wir uns bis circa 18 Uhr mit drei Gesetzentwürfen zur Regelung der Sterbebegleitung, die von fraktionsübergreifenden Gruppen vorgelegt wurden.

Das Bundesverfassungsgericht hat im Februar des Jahres 2020 den § 217 StGB, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung bestrafte, für mit dem Grundgesetz unvereinbar und daher nichtig erklärt. Nunmehr geht es um die Schaffung eines rechtlichen Rahmens für Sterbewillige und die Personen, die sie beim Suizid unterstützen wollen. Die Initianten der Gruppenanträge schlagen hierfür einerseits eine Neuregelung von Tatbeständen im StGB, andererseits die Schaffung eines Suizidhilfegesetzes bzw. eines Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetzes vor.

Gegenstand des zweiten Teils der Anhörung ab circa 18 Uhr, zu dem uns die Professorinnen Schneider und Schöne-Seifert sowie Professor Frister neben zwei neuen Sachverständigen weiterhin zur Verfügung stehen werden, ist dann ein Gruppenantrag zur Suizidprävention.

Teil I der Sachverständigenanhörung: Sterbebegleitung

Vorweg einige Hinweise zum Ablauf des ersten Anhörungsteils. Dieser Anhörungsteil gliedert sich in zwei große Blöcke, zum einen "Recht und Ethik" und dann folgend "Medizin und Beratung". Alle Sachverständigen erhalten gleich die Gelegenheit zu einer kurzen Eingangsstellungnahme, für die jeweils fünf Minuten zur Verfügung stehen. Wir gehen dabei in alphabetischer Reihenfolge vor und beginnen entsprechend mit Herrn Professor Frister.

Im Saal läuft eine Uhr mit, und zwar rückwärts. Nach viereinhalb Minuten gibt es eine akustische Vorwarnung. Wenn die Anzeige rot ist, sind die fünf Minuten abgelaufen, und dann ist es auch dringend erforderlich, zum Ende zu kommen. Auch wenn die Zeit von vier Stunden auf den ersten Blick ja lang erscheint, muss ich strikt auf die Einhaltung der Redezeit achten, damit wir anschließend ausreichend Zeit für Frage- und Antwortrunden haben. Bitte denken Sie auch immer daran, die Mikrofone wieder auszuschalten, nachdem Sie gesprochen haben.

An den Vortrag der Stellungnahmen schließt sich die erste Fragerunde an. Ein Fragerecht steht den anwesenden Mitgliedern des Rechts- und des Gesundheitsausschusses sowie den im Vorfeld benannten Vertreterinnen und Vertretern der Gesetzentwürfe zu. Nichtausschussmitglieder können ihre Fragen mittelbar über Mitglieder dieser beiden Ausschüsse stellen. Abgeordnete mit Fragerecht können in jeder Fragerunde höchstens zwei Fragen an einen oder zwei Sachverständige stellen. Die Fragezeit ist ebenfalls limitiert und darf insgesamt nicht mehr als zwei Minuten betragen. Die Uhr im Saal läuft hierzu vorwärts, um eine Orientierung zu geben.



Für die jeweils erste Fragerunde hat sich der Rechtsausschuss im Vorfeld auf acht Fragesteller/-innen verständigt. Hierzu wurden die Vertreterinnen und Vertreter der Gruppengesetzentwürfe, die hier links und rechts neben den Sachverständigen Platz genommen haben, im Vorfeld gebeten, sechs Fragesteller zu benennen. Folglich kommen danach noch jeweils zwei Abgeordnete zu Wort, die bislang keinen Gesetzentwurf unterzeichnet haben. In der zweiten Runde können dann noch mehr Abgeordnete aus dieser Gruppe zum Zuge kommen.

Generell gilt, dass Sie einen Fragewunsch schon während der Eingangsstatements oder der vorherigen Frage- und Antwortrunde per Handzeichen ankündigen können. Bitte machen Sie ihn möglichst frühzeitig geltend, damit wir hier die Möglichkeit haben, uns einen Überblick zu verschaffen, wie groß das Interesse ist. Das Sekretariat führt eine Liste der Meldungen. Bitte sagen Sie, wenn Sie die Frage stellen, auch immer, an welchen Sachverständigen/welche Sachverständige Sie Ihre Frage richten. Dann folgt die Antwortrunde, und zwar in umgekehrter Sitzreihenfolge, sprich: Mit den Antworten beginnt der Sachverständige Herr Schulz. Ihnen stehen für jede Frage, auf die Sie antworten sollen, zwei Minuten zur Verfügung; auch da läuft die Uhr. In der zweiten Antwortrunde geht es dann wieder andersrum. - Insgesamt, muss man sagen, kommen wir mit der Zeit nur hin, wenn nicht alle die Zeitkontingente auch ausfüllen.

Die Anhörung ist öffentlich. Sie wird live übertragen, und eine Aufzeichnung wird anschließend in der Mediathek des Bundestages abrufbar sein. Die im Saal anwesenden Stenografen fertigen zudem ein Wortprotokoll an.

Bild- und Tonaufnahmen von der Tribüne sind nicht gestattet. Ebenfalls nicht gestattet sind Beifalls- oder Missfallensbekundungen von der Tribüne. Rein vorsorglich möchte ich darauf hinweisen, dass Störungen der Sitzungen zur Not auch mit dem Ordnungswidrigkeitenrecht und sogar dem Strafrecht geahndet werden; das müsste dann aber schon etwas Massives sein.

So weit danke ich Ihnen für die Aufmerksamkeit. Wir können nun mit den Eingangsstatements beginnen, und zwar bei Ihnen, Herr Professor Frister. Sie haben das Wort.

Sachverständiger Prof. Dr. Helmut Frister: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Ich gehe davon aus, dass die beabsichtigte Regulierung der Suizidassistenz zwei Zielen dienen soll: zum einen, vor nicht freiverantwortlichen Suizidentscheidungen zu schützen, und zum anderen, zugleich das Recht auf selbstbestimmtes Sterben durch die Möglichkeit der Gewährung von Suizidassistenz zu verwirklichen.

In meiner schriftlichen Stellungnahme habe ich dargelegt, dass bereits das geltende Recht diesen beiden Zielen in gewissem Maße Rechnung trägt, weil die Unterstützung nicht freiverantwortlicher Suizide als mittelbare Fremdtötung strafbar ist und zumindest die Inanspruchnahme organisierter Suizidangebote derzeit auch wieder möglich ist. Dessen ungeachtet bin ich der Auffassung, dass sich sowohl der Schutz vor nicht freiverantwortlichen Suizidentscheidungen als auch die Verwirklichung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben durch eine geeignete Regulierung der Suizidassistenz besser gewährleisteten ließe als im derzeit geltenden Recht. Das heißt, ich bin der Auffassung, dass wir eine Regulierung brauchen.

Dies möchte ich in meinem Eingangsstatement zunächst allgemein darlegen. Auf die in meiner schriftlichen Stellungnahme erörterte Frage, ob und inwieweit die vorliegenden Gesetzentwürfe dann als geeignete Regulierung der Suizidassistenz zu bewerten sind, gehe ich in den Einzelheiten dann gerne in der anschließenden Diskussion ein.

Zunächst also zu dem Schutz vor nicht freiverantwortlichen Suizidentscheidungen. Das geltende Recht ermöglicht lediglich eine nachträgliche strafgerichtliche Kontrolle. Obwohl bereits diese die Beteiligten dazu motiviert, die Freiverantwortlichkeit sorgfältig zu prüfen, weil sie sonst erhebliche Strafbarkeitsrisiken eingehen, erscheint es sinnvoll, den Schutz in den prak-



tisch relevanten Bereichen durch die Verpflichtung der Einhaltung eines Verfahrens zur Feststellung der Freiverantwortlichkeit zu ergänzen.

Aber: Bei der Ausgestaltung dieses Verfahrens ist in mehrfacher Hinsicht Vorsicht geboten. Zunächst mal sollte es selbstverständlich sein, dass aufgrund der Forderung des Bundesverfassungsgerichts, dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben auch faktisch hinreichenden Raum zur Entfaltung und Umsetzung zu belassen, keine verfahrensmäßigen Hürden aufgebaut werden dürfen, die in der Praxis kaum zu überwinden sind.

Darüber hinaus sind zwei Dinge im Blick zu behalten:

Erstens. Das Verfahren muss immer darauf gerichtet sein, die aktuelle Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung festzustellen. Das heißt, das Verfahren darf nicht zu zeitaufwendig sein, weil die Feststellung dann schon wieder überholt ist.

Zweitens halte ich es für wichtig, dass dieses Verfahren nicht allzu sehr bürokratisiert wird, weil dies das persönliche Verantwortungsgefühl des Beurteilenden schwächt.

Die genannten Gesichtspunkte führen im Ergebnis dazu, dass das Verfahren notwendigerweise schlank auszugestalten ist und es die zur Sorgfalt anhaltende Möglichkeit einer nachträglichen Überprüfung durch die Strafgerichtsbarkeit zwar ergänzen, aber nicht ersetzen kann.

Hinsichtlich der Verwirklichung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben sehe ich auch die Notwendigkeit einer Regelung. Dies gilt zum einen das sehen alle Gesetzentwürfe so vor - für die Klarstellung im Betäubungsmittelrecht, dass eben eine Verschreibung und Anwendung unter bestimmten Voraussetzungen zulässig ist. Aber das ist keineswegs der einzige Punkt, in dem hinsichtlich der Verwirklichung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben Verbesserungsbedarf besteht.

Weil auch freiverantwortliche Suizidentscheidungen in aller Regel aus einer Notlage des Betroffenen resultieren, die seinen Entscheidungsspielraum einschränkt, erfordert die Verwirklichung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben auch, vorhandene Not so weit wie möglich abzumildern und zu beseitigen und so den Entscheidungsspielraum der Betroffenen wieder zu erweitern. Deshalb gehören zur Verwirklichung dieses Rechts auch umfassende Beratungs- und Hilfsangebote, die allerdings immer die Letztentscheidungsbefugnis des Betroffenen respektieren müssen.

Eine so verstandene Suizidprävention und, als letztes Mittel, die Gewährung von Suizidassistenz sollten nicht gegeneinander ausgespielt werden, sondern als einander ergänzende notwendige Bestandteile der Verwirklichung des Rechts auf Selbstbestimmung begriffen werden. - Danke schön.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker:

Ganz herzlichen Dank. - Es geht dann weiter mit dem Statement von Professor Dr. Karsten Gaede von der Bucerius Law School Hamburg.

Sachverständiger Prof. Dr. Karsten Gaede: Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Ich danke Ihnen herzlich für das Wort. - Ich möchte fünf Kernthesen zu den Entwürfen vorstellen.

Erstens. Allen Entwürfen ist in dem Vorhaben zuzustimmen, die Verbote des BtMG einzuschränken, indem auch eine Freigabe zur Unterstützung freiverantwortlicher Suizide für rechtmäßig erklärt wird. Schon hiermit hält der Staat zwar einen gegenständlichen Beitrag zur Selbsttötung vor; die Freigabe ist jedoch eine Konsequenz aus der Anerkennung des Rechts auf einen selbstbestimmten und zumutbaren Suizid.

Zweitens. Der Rückgriff auf Strafnormen sollte nicht in der übermäßigen Wiedereinführung des § 217 StGB bestehen. Nach bereits geltendem Recht ist die Mitwirkung an unfreien Suiziden strafbar; im Verdachtsfall drohen Ermittlungsverfahren. Es gibt *keine* verfassungsrechtliche Schutzpflicht, die erneut eine allumfassende Strafrechtsnorm erzwingt. Der vorgesehene § 217



läuft vielmehr Gefahr, die verfassungsrechtlich notwenige Freistellung freiwillig gewährter Unterstützung bei der Selbsttötung zu verfehlen. Dies gilt, weil er alle Beteiligten mit maximalen und kaum konkretisierten Pflichten zu überfordern droht. Erst recht übersieht der Entwurf Castellucci/Heveling, dass der Pönalisierungsmaßstab in einer strikten Verhältnismäßigkeitsprüfung liegt. Es genügt nicht, nur das Totalverbot zu meiden. Überdies würde die Neuauflage an Durchführungsmängeln leiden: Nach wie vor gefährdet das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit selbst Palliativangebote.

Zu guter Letzt sind die Vorschläge der Abgeordneten um die Herren Castellucci und 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 der bewusst auf umfassende Abschreckung angelegten Strafbarkeit einen Bärendienst. Personen, die einen Suizidwunsch hegen und um die es im Kern gehen muss, dürften sich bei einer Kriminalisierung kaum lebensbewahrenden Beratungen öffnen.

Noch hinzu kommt der Umstand, dass der Entwurf mit der Obliegenheit, sich nach dem langen Verfahren innerhalb von nur rund sechs Wochen töten zu müssen, tatsächlich einen Suiziddruck auslösen dürfte.

Drittens. Vorentscheidend sind die Anforderungen, welche die Entwürfe für die Anerkennung freier Suizide aufstellen. Insoweit sind die von Helling-Plahr/Sitte sowie Künast/Scheer vorgesehenen Beratungsansätze einschließlich des Vieraugenprinzips als Basis der BtM-Freigabe zu legitimieren. Auch diese Pflichten sind schon belastend - das darf man nicht übersehen -; sie sind aber Ausdruck einer verfassungsrechtlich und ethisch herzuleitenden Darlegungs- und Überprüfungspflicht.

Prinzipiellen Bedenken begegnet meines Erachtens wiederum die zur Verabsolutierung neigende Regelung in § 217 Absatz 2. Vor allem mit dem Gebot zur mehrfachen psychiatrischen

Untersuchung und mit der faktischen Pflicht zu einer geradezu idealen Beratung, die ein Facharzt für Psychiatrie ohne jede Anleitung verantworten soll, tendiert der Entwurf Castellucci/Heveling zur exzessiven Behinderung freier Suizide. Alle beteiligten Berufe werden alleingelassen.

Viertens. Das Parlament sollte die verfassungsrechtlich teilweise zugelassene organisierte Suizidassistenz regeln und kontrollieren lassen. Selbst gemäß § 217 Absatz 2 StGB bliebe eine begrenzte organisierte Tätigkeit von Strafe frei. Organisationen könnten große Teile der suizidgeneigten Menschen auf sich ziehen; kommerzielle Zwecke schließt der Entwurf Castellucci/Heveling insofern gar nicht spezifisch aus. Die Entwürfe, die staatliche Regelung und Kontrollen vorsehen, sind meines Erachtens vorzugswürdig.

Fünftens. Das Parlament sollte die Bewältigung der gesellschaftlichen Herausforderung der Suizidwünsche nicht allein auf dem Rücken der Ärzteschaft austragen. Ärztinnen und Ärzten kommt bei der Sterbebegleitung angesichts der zu sichernden Freiverantwortlichkeit eine zentrale Funktion zu. Es überzeugt jedoch nicht, die Verantwortung für die Suizidassistenz auch jenseits von Fällen eines primär medizinisch begründeten Suizidwunsches strukturell den Ärzten zuzuweisen. Zum einen ist der Arztberuf der Bewahrung menschlichen Lebens auch rechtlich bisher verpflichtet; zum anderen folgt das Thema der Suizidassistenz zu einem Großteil gerade aus dem staatlichen Verbot des Betäubungsmittelerwerbs. Jenseits behandlungsbedürftiger Erkrankungen gibt es keinen Grund, eine alleinige Entscheidung durch die Ärzteschaft vorzusehen.

Demzufolge sind diejenigen Entwürfe meines Erachtens kritisch zu beurteilen, die sich allein von den individuell gar nicht zur Hilfe verpflichteten Ärzten die Auflösung des *staatlich* geschaffenen Grundrechtskonflikts erhoffen. Der Ansatz des Entwurfs Künast/Scheer verdeutlicht hingegen, dass es grundsätzlich nicht um eine den Ärzten zuzuschreibende Thematik geht. Sein Differenzierungskriterium der medizinischen Notlage dürfte zwar recht eng, aber doch hinreichend praktikabel sein. - Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Herzlichen Dank. - Dann hat nun das Wort Frau Dr. Greeve vom Deutschen Anwaltverein.

Sachverständige Dr. Gina Greeve (Deutscher Anwaltverein e. V.): Vielen Dank. - Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Der Gegenstand der heutigen Anhörung, nämlich die drei Gesetzentwürfe, die sich mit der Sterbehilfe befassen, ist wichtig. Die Auseinandersetzung mit dem heutigen Thema ist erforderlich und darf auch nicht weiter hinausgeschoben werden; denn das Bundesverfassungsgericht hat das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gemäß § 217 StGB für verfassungswidrig erklärt und deutlich hervorgehoben, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie auch ein Recht zum selbstbestimmten Sterben umfasst. Hierunter fällt auch die Freiheit, sich das Leben zu nehmen und hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen. Staat und Gesellschaft haben einen Sterbewunsch zu respektieren.

Ein strafbewehrtes Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung führt hingegen dazu, dass die freie Entscheidung der Selbsttötung mit dem schärfsten Schwert, den Mitteln des Strafrechts, faktisch unmöglich gemacht wird; so war es, und so wäre es auch zukünftig.

Trotz der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts hat sich an der schweren und unzumutbaren Situation Sterbewilliger bis heute nach meinem Dafürhalten allerdings nicht viel geändert. Nach wie vor steht kein rechtlich gesicherter Rahmen zur Verfügung, und nach wie vor ist möglicherweise auch eine würdevolle, freie Entscheidung jedenfalls nicht vollumfänglich möglich. Sie gestaltet sich häufig qualvoll und schmerzhaft.

Der Gesetzentwurf von Castellucci und anderen, der erneut die bereits für verfassungswidrig erklärte Strafvorschrift in § 217 Absatz 1 StGB zum Gegenstand hat und in § 217 Absatz 2 StGB nur ausnahmsweise die Förderung für nicht rechtswidrig erachtet, wenn die zahlreichen dort aufgelisteten und auch hohen Hürden genommen sind, ist meines Erachtens nicht vereinbar mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben. Die Suizidhilfe bliebe nicht nur mit einem nicht zu rechtfertigenden erheblichen Strafbarkeitsrisiko verbunden; die vorgesehenen strafrechtlichen Regelungen sind zudem zu unbestimmt und unverhältnismäßig.

Das Strafrecht hat die Aufgabe des subsidiären Rechtsgüterschutzes. Das Ultima-Ratio-Prinzip und das Erfordernis eines legitimen Rechtsgutes, das mit Hilfe des Strafrechts geschützt werden soll, sind hier entscheidende Fragen. Das Gesetz muss zum einen dem Schutz eines legitimen Rechtsguts dienen; es darf zum anderen kein weniger eingriffsintensives Mittel zur Erreichung des Rechtsgüterschutzes geben. Das Bundesverfassungsgericht hat ausdrücklich hervorgehoben, dass ein Verbot der geschäftsmäßigen Förderung strikt dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz unterliegt.

Bei § 217 in dieser Entwurfsfassung stellt sich bereits grundlegend die Frage, welches Rechtsgut hier überhaupt geschützt werden soll, wenn es um einen eigenverantwortlichen Sterbewunsch geht, allerdings der Wille des Einzelnen hier überhaupt gar keine Berücksichtigung findet. Die Möglichkeit, dass gewerbsmäßige Sterbehilfe einen Sterbeversuch gegebenenfalls erst hervorrufen oder intensivieren könnte, zumal dies ohnehin nicht die Annahme einer nicht freiverantwortlichen Entscheidung begründet, ist im Sinne der Rechtsgutlehre und des Ultima-Ratio-Prinzips nicht ausreichend, um hierauf mit einer strafrechtlichen Regelung zu reagieren; denn im Fall eines freiverantwortlichen Suizids tritt der Schutz des Lebens hinter dessen Selbstbestimmungsrecht zurück. Im Spannungsfeld zwischen staatlichem Schutz des Lebens und Selbstbestimmungsrecht überwiegt das Selbstbestimmungsrecht, das faktisch zudem ins Leere laufen und faktisch unterbunden würde; so jedenfalls das Bundesverfassungsgericht.

Um Missbrauchsgefahren entgegenzutreten, können außerhalb der Anwendbarkeit des Strafrechts Regelungen getroffen werden, die erforderliche Anforderungen mit Blick auf Zulassung und



Überprüfung der in diesem Bereich Tätigen umfassen, wie es ebenfalls das Bundesverfassungsgericht deutlich aufgezeigt hat. Darüber hinaus führen gerade Strafbarkeitsrisiken nicht zu Transparenz. Transparenz und Rechtssicherheit sowie Kontrolle sind meines Erachtens aber gerade das, was jetzt erforderlich ist.

Zur strafrechtlichen Deliktstruktur des vorgesehenen § 217 StGB möchte ich auf zwei Dinge explizit hinweisen, in Anbetracht der Zeit aber nur kurz.

§ 217 Absatz 1 des Entwurfs ist erneut als ein Gefährdungsdelikt ausgestaltet, das eine zur Täterschaft verselbstständigte Unterstützungshandlung unter Strafe stellt, die allerdings im Vorfeld des Versuchs liegt und zudem bezogen ist auf eine straflose Haupttat, nämlich die Selbsttötung - die straflos ist. Also, unter Strafe gestellt würde erneut der Versuch der Beteiligung bezogen auf eine straflose Haupttat. Die Inkriminierung dieser Teilnahmehandlung an einer nicht rechtswidrigen Haupttat ist ein systemwidriger Fremdkörper im dogmatischen Beteiligungsrecht des Strafgesetzbuchs und widerspricht eklatant dem Gedanken der Akzessorietät.

Ein weiterer Punkt betrifft § 217 Absatz 3 des Entwurfs Castellucci/Heveling - hier ebenfalls nur punktuell hervorgehoben -: Dort ist vorgesehen, dass als Teilnehmer straffrei bleibt, "wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht". In Bezug auf das Merkmal der nahestehenden Personen ist nach wie vor völlig unklar, wer das im Einzelnen überhaupt sein soll.

Ich fasse zusammen: Außerhalb des Strafrechts liegende Regelungen befürworte ich, die einen straflosen Zugang und eine zumutbare und würdige Möglichkeit zum selbstbestimmten Suizid gewährleisteten - mit der Zielsetzung der Sicherung einer selbstbestimmten Entscheidung. - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Herzlichen Dank. - Dann hören wir nun Professor Dr. Hardinghaus, Vorsitzender des Deutschen Hospiz- und PalliativVerband.

Sachverständiger Prof. Dr. Winfried Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Wie mein Vorredner Herr Gaede habe auch ich ein FünfThesen-Papier, fünf Punkte, die mir aus verbandlicher und ärztlicher Sicht besonders wichtig sind.

Erstens: der Ausbau der Suizidprävention; denn das vorweg - beim Ansatz flankierender Sicherungsmaßnahmen allein darf es nicht bleiben. Unsere Gesellschaft muss ein starkes Zeichen der Lebensbejahung und der Fürsorge setzen, auch um Menschen zu erreichen, bevor sich der Suizidwunsch weiter verfestigt. Wir halten daher ein zeitgleiches oder zeitnahes Gesetz zur Suizidprävention für unabdingbar. Der Gesetzentwurf von Castellucci, Heveling, Kappert-Gonther und anderen ist der einzige Entwurf, der über ein nachvollziehbares Schutzkonzept hinaus diese gesellschaftliche Dimension erkannt und dies in einem entsprechenden Gesetzentwurf niedergelegt hat. Für die Erarbeitung eines solchen Gesetzes stehen aktuelle Expertisen zur Verfügung. Unter anderem hat sich die Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zusammen mit dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband in einer Arbeitsgemeinschaft mit dem NaSPro und der DGP intensiv mit dem Thema befasst.

Zweitens. Es bedarf dringend der Stärkung der Hospizarbeit und der Palliativversorgung. Es müssen die grundlegenden Bedingungen für Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, und für Menschen, die in diesem Bereich arbeiten möchten, weiter verbessert werden. Unsere Bürgerinnen und Bürger sind auch im Alter und bei Pflegebedürftigkeit ein wertvoller Teil der Gesellschaft und müssen sich auf eine gute und finanzierbare Versorgung verlassen können. Dafür ist auch die Stärkung der Hospizarbeit und der Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen essenziell, beispielsweise die gesonderte Finanzierung von Palliativ-Care-Fachkräften. Ähnliches gilt für die Trauerarbeit und andere Anliegen der Hos-



pizarbeit und der Palliativversorgung. Die Verlässlichkeit ausreichender Rahmenbedingungen ist selbstverständlich suizidpräventiv.

Drittens. Das Bundesverfassungsgericht hat ausdrücklich klargestellt, dass niemand verpflichtet werden kann, Suizidhilfe zu leisten. Es muss gesetzlich verankert werden, dass auch die Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen nicht verpflichtet werden können, den assistierten Suizid durchzuführen oder zu dulden. Die Einrichtungen müssen die Möglichkeit haben, ein individuelles Leitbild zu entwickeln, dieses transparent in der Öffentlichkeit darzulegen und sich entsprechend ihrer ethischen Konzeption aufzustellen.

Viertens. Aufgrund der irreversiblen Entscheidung der Durchführung des Suizids und der besonderen Schutzpflicht des Staates sollte der assistierte Suizid lediglich bei volljährigen Personen und ausnahmslos nicht bei Kindern und Jugendlichen ermöglicht werden.

Fünftens. Mit Sorge sehen wir eine zunehmende Liberalisierung der Bestimmungen. Im Zuge dessen soll klargestellt werden, dass auch zum Zeitpunkt der Durchführung des assistierten Suizids Freiverantwortlichkeit gegeben sein muss. In den Niederlanden ist es ja vorgekommen - Sie kennen das Beispiel -, dass eine Frau zwar früher niedergelegt hatte, sie wolle, falls sie dement werde, nicht mehr leben. Als sie allerdings dement wurde, zeigte sie durchaus Lebensfreude und wurde getötet.

So weit zu den ausgewählten fünf Thesen aus Perspektive des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands.

Abschließend lasse ich als seit über 30 Jahren tätiger Palliativmediziner ein aktuelles Fallbeispiel für sich bzw. für Sie so stehen - es soll zeigen, dass Kenntnis und Anwendung einer guten palliativen Versorgung ebenfalls suizidpräventiv wirken -: Am 15. August letzten Jahres hat sich ein 59-jähriger Mann mit einem Thymuskarzinom, Krebs, und starken Knochenmetastasen entschlossen - er war Behördenmitarbeiter und kognitiv ausgezeichnet -, mit einer Überdosis

eines Blutverdünners aus dem Leben zu scheiden. Diese Dosis hat er zu Hause genommen, seinen Sohn bestellt und ihm gesagt: Fahr mich in die Klinik; ich möchte nicht, dass du das Elend des Verblutens hier erleben musst. - Er kam in eine Berliner Klinik. Dort wurde ein Psychiater hinzugezogen, der Freiverantwortlichkeit feststellte und empfahl, den Patienten tatsächlich sterben zu lassen, denn er habe jedes Gegenmittel und jedes Schmerzmittel abgelehnt.

Man hat dann allerdings gesagt: Hier haben wir keine Palliativstation; er soll dann wenigstens heute Nacht in Ruhe und Würde auf einer Palliativstation begleitet sterben. - Dort kam er hin. Ich habe es mir abends nicht nehmen lassen, habe wirklich mit Engelszungen auf ihn eingeredet und ihm eine Ampulle Morphin verabreicht. Danach war er zwei Stunden beschwerdefrei, ließ sich schmerzmittelmäßig einstellen und verließ zu Fuß und beschwerdefrei das Krankenhaus, ohne Suizidgedanken. - Was hat dem Mann gefehlt? Kompetente Schmerztherapie und einfach Zuwendung und Empathie. - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Herzlichen Dank. - Dann hat das Wort Rechtsanwalt Professor Dr. Christoph Knauer von der Bundesrechtsanwaltskammer.

Sachverständiger Prof. Dr. Christoph Knauer:

Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren Abgeordnete! Erlauben Sie mir zwei kurze persönliche Bemerkungen vorab. Ich habe als anwaltlicher Bevollmächtigter zu einem frühen Zeitpunkt vier, zum Zeitpunkt der Entscheidung noch zwei überlebende Beschwerdeführer im Verfahren vor dem Bundesverfassungsgericht vertreten. Die Differenziertheit, mit der das Gericht in der mündlichen Verhandlung dem gesamten Thema, den verschiedenen Positionen, aber vor allem auch dem anwesenden körperlich schwerkranken Beschwerdeführer im besten Wortsinne gerecht geworden ist, hat mich tief und nachhaltig beeindruckt.

Zum anderen habe ich vor wenigen Wochen selbst einen Freund meiner Familie dabei unterstützt, sich auf dem Sterbeweg helfen zu lassen.



Er war ein Holocaustüberlebender, der, hochbetagt, an einer bakteriellen Lungenentzündung erkrankt war. Ihm war bewusst, dass er sein bisher selbstständiges Leben nach einem Aufenthalt auf der Intensivstation wegen seiner erfolgten körperlichen Schwäche nicht mehr hätte leben können; er war pflegebedürftig geworden. Er wollte aber nie wieder hilflos ausgeliefert sein. Seine einmal wiedergewonnene Autonomie verbat ihm das. Deshalb ließ er sich nach langen, intensiven Gesprächen und Diskussionen ärztlich beim Suizid begleiten.

Solche Menschen - und seien es auch nur wenige -, die sich autonom dafür entschieden haben, eine für sie unerträgliche und aus ihrer Sicht unwürdige Lebenssituation zu einem von ihnen freigewählten Zeitpunkt beenden zu wollen, nehmen ihre grundgesetzlich geschützte Freiheit in Anspruch, ihr Leben nicht mehr leben zu wollen. Ihre Entscheidung, sich durch professionelle Hilfe bei der Umsetzung ihres Suizidwunschs unterstützen zu lassen, ist für sie oftmals alternativlos, wenn etwa nahe Angehörige ihnen nicht zur Verfügung stehen oder stehen wollen. Diese individuelle Autonomie, die menschenwürdige Selbstbestimmung, hat nach dem Bundesverfassungsgericht grundsätzlich Vorrang vor der allgemeinen Schutzpflicht des Staates für das Leben. Grundlage jeder Regelung muss deshalb der Schutz des vom Bundesverfassungsgericht normierten Grundrechts auf selbstbestimmtes Sterben, die selbstbestimmte und freie Entscheidungsmöglichkeit des Suizidwilligen und deren reale Umsetzungsmöglichkeit, sein.

Der Gesetzentwurf der Gruppe um den Abgeordneten Castellucci entspricht diesen Anforderungen nicht. Der Entwurf verengt die reale Zugangsmöglichkeit so, dass die Autonomie nicht gewährleistet ist. Bereits das Festhalten am Merkmal der Geschäftsmäßigkeit setzt jeden professionellen, berufsmäßigen Helfer einem Strafbarkeitsrisiko aus. Kombiniert - Frau Kollegin Greeve hat es gesagt - mit dem ausufernd weiten Begriff der Gelegenheit werden Risiken für einen Helfer unberechenbar. Er würde strenger behandelt als jemand, der versuchte Beihilfe zum Mord begeht.

Mit der Wiedereinführung des § 217 Strafgesetzbuch würde die auf Wiederholung angelegte Sterbebegleitung zum strafbaren Unrecht. Die Rechtfertigungstatbestände des Absatz 2 ändern daran nichts; sie sind zu eng. Die Nichteinhaltung einer einzelnen dieser Voraussetzungen führt jeweils wieder zur Strafbarkeit nach Absatz 1. Wenn etwa die Anforderungen an das Beratungsgespräch nicht der Maßgabe des untersuchenden Psychiaters oder den weiteren beschriebenen Maßgaben entsprechen, machen sich alle beteiligten Helfer gegebenenfalls strafbar. Das gilt ebenfalls bei der Überschreitung der Wartefrist von zwei Wochen oder der Verfallsfrist von zwei Monaten gegebenenfalls nur um einen Tag. Selbst nach der Überzeugung der Rechtsprechung inzwischen unproblematisch gewordene Fälle wie die Hilfe beim Sterbefasten oder die indirekte Sterbehilfe werden wieder fraglich, weil nach der Norm das bloße Fördern einer freiverantwortlichen Selbsttötung kriminelles Unrecht ist.

Die Überregulierung durch das Erfordernis einer zweifachen fachpsychiatrischen Begutachtung im Abstand von drei Monaten zuzüglich einer Wartefrist von zwei Wochen, einer Pflichtberatung, eines weiteren ärztlichen Gesprächs zur Verschreibung und einer Verfallsfrist von zwei Monaten konterkariert die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts, einen praktischen Zugang zu Hilfe zu ermöglichen. Letztere kann sogar dazu führen - der Kollege Gaede hat es gesagt -, dass die suizidwillige Person in einen vorschnellen Suizid getrieben wird. Das wird noch dadurch verstärkt, dass hilfsbereite Ärzte mit einem Strafbarkeitsrisiko belastet sind, sofern sie eigene oder fremde Hilfe zur Selbsttötung öffentlich anbieten. Der Entwurf würde in dieser Form vor dem Bundesverfassungsgericht keinen Bestand haben.

Der Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben von der Gruppe Künast hat sich dem begrüßenswerten Ziel verschrieben, Suizidwilligen den Zugang zum erforderlichen Medikament zu ermöglichen. Auch das begegnet aber meinen Bedenken. Nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts ist es nicht zulässig, zwischen schwerkranken und nichtschwerkranken Suizidwilligen zu un-



terscheiden. Fraglich scheint mir auch die behördliche Zugangsentscheidung nach § 4 Absatz 1 des Gesetzentwurfs. Es gibt nicht nur eine Freiheit des Ob, sondern auch des Wie.

Der Entwurf der Gruppe Helling-Plahr hingegen bildet die Autonomieentscheidung des Bundesverfassungsgerichts vorbildhaft ab. Das Beratungskonzept ist genau das, was das Bundesverfassungsgericht auch in der Verhandlung angedeutet hat.

Meine Damen und Herren, in der Begründung des Entwurfs der Gruppe Künast wird zu Recht darauf hingewiesen, dass die Abgeordneten die anstehende schwere Frage nach ihrer ethischen und religiösen Überzeugung zu entscheiden haben, sie aber nicht berechtigt sind, ihre persönlichen ethischen Auffassungen anderen durch einen schweren Eingriff in deren Freiheit aufzuzwingen. Bitte handeln Sie danach!

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Wir hören dann das Statement der Sachverständigen Kerstin Kurzke vom Malteser Hilfsdienst.

Sachverständige Kerstin Kurzke (Malteser Hilfsdienst e. V.): Vielen Dank. - Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! In der Hospizarbeit berate ich seit über 20 Jahren schwerkranke Menschen und ihre Angehörigen. Ich möchte jetzt gerne einfach mal meine Lernerfahrung aus den letzten 20 Jahren mit Ihnen teilen.

Menschen, die sagen: "Ich möchte nicht mehr leben", meinen: Ich möchte so, wie es aktuell ist, oder so, wie ich es erwarte, nicht mehr leben. Ich möchte nicht das erleben, was bezogen auf meine Krankheit oder meine Versorgung, denke ich, vor mir liegt. - Es ist also ein Hilfeschrei. Ich möchte Ihnen aus der Praxis erzählen, dass es ganz wichtig ist, da nachzufragen: Was sind die Gründe? Was sind die Ängste? - Wenn Sie das tun, merken Sie: Angst vor Schmerzen, Angst vor Luftnot, Angst vor dem Ausgeliefertsein, Angst vor Würdelosigkeit, Angst, anderen zur Last zu fallen, das sind die Gründe. Und wir erleben bei alldem immer eine hohe Ambivalenz. Also neben dem "Ich

kann nicht mehr", "Ich will nicht mehr" kommt aber immer auch ein Lebenswille, der parallel spürbar ist. Ich kann Ihnen viele Beispiele von Menschen nennen, die, wenn sie Hilfe über palliative Versorgung oder Hospizeinrichtungen oder Suizidprävention bekommen, merken: Sie werden ernst genommen, ihre Ängste werden gehört, und es gibt kompetente Hilfen, die Auswege finden, die alternative Möglichkeiten finden, Schmerzen zu lindern, Begleitung anzubieten. Es geht dabei nicht um den einzelnen Menschen, sondern immer auch um die Angehörigen. Wir merken, dass ein Hilfesystem dann trägt.

Das heißt, Todeswünsche oder Suizidgedanken erwachsen aus einer Krise, und wir sollten dieser Krise begegnen. Wenn ich das mal in einem Bild verdeutlichen darf: Wenn ein Mensch von einer Brücke stürzen möchte und dabei ist, zu gucken, wie er über das Geländer kommt, dann ist es doch unser menschlicher Impuls, diesen Menschen auf sicheren Boden zurückzubringen oder ihm zu helfen, ihm ein Gespräch bzw. Alternativen anzubieten. Für mich bedeutet das Angebot der Suizidassistenz - im Bild gesprochen - eher, diesem Menschen eine Trittleiter zu bringen, als ihn mit seinen Nöten wirklich ernst zu nehmen.

Ich denke, wir sollten, bevor wir uns den Trittleitern widmen, erst mal gucken: Was brauchen Menschen? Welche Alternativen gibt es, bevor jemand einen Suizid umsetzt? Daher sagen wir Praktiker: Bitte als Erstes eine gesetzliche Regelung zur Suizidprävention. Es braucht den Ausbau, es braucht ein Suizidpräventionsgesetz, es braucht Hospiz- und Palliativversorgung in den Pflegeheimen. Es muss möglich sein, dass Suizidprävention und Hospizarbeit leichter zugänglich sind als die Suizidassistenz. Es müsste bitte in die Gesetzesvorschläge mitaufgenommen werden, dass es zuerst um Suizidprävention geht, dass an Beratungsstellen der Suizidprävention, die noch zu schaffen sind, als Koordinierungsstellen zu vermitteln ist, damit ein wirklicher Beziehungsaufbau möglich ist und nach Alternativen geguckt werden kann.

Und mir ist es als Praktikerin sehr wichtig, dass in den Gesetzestexten unbedingt ergänzt wird, dass nicht nur Einzelne, sondern auch Dienste



und Einrichtungen das Recht haben, Suizidbeihilfe abzulehnen, und das aus mehreren Perspektiven.

Aus der Perspektive der Betroffenen: 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 Konzepten zu wählen. Es braucht unbedingt auch Einrichtungen, wo Suizidassistenz nicht umgesetzt wird. Ich möchte das am Beispiel eines Mobiles verdeutlichen; denn alles hat Einflüsse. Wenn einer in einem Zimmer in einem Hospiz sagt: "Ich möchte Suizidassistenz", und es umgesetzt wird, hat das Einfluss auf das Nachbarzimmer; das macht was. Da kommen Gedanken hoch: Wird das von mir auch erwartet? Kann man mich hier nicht gut versorgen? - Ich möchte nur den Begriff "Werther-Effekt" oder die Nachahmung im Fall Enke ins Spiel bringen. Es hat Konsequenzen.

Aus der Perspektive von uns Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern: Viele meiner Kolleginnen und Kollegen und ich als Praktiker möchten nicht nur als Einzelperson, sondern wir möchten auch als Dienst und Einrichtung nicht verpflichtet werden, an einem Suizid direkt oder indirekt durch Duldung mitwirken zu müssen. Mit Blick auf die Vielfalt und die Wahlfreiheit muss es doch möglich sein, dass es auch Einrichtungen gibt und da brauchen die Einrichtungen in dem Sinne auch Rechtssicherheit -, wo assistierter Suizid und dessen Duldung nicht möglich sind.

Zusammenfassend möchte ich sagen, es braucht aus meiner Sicht drei Änderungen: Es muss in alle Gesetzesvorschläge aufgenommen werden, dass Suizidassistenzsuchende erst mal zu Informations- und Beratungsstellen der Suizidprävention vermittelt werden. Es muss sichergestellt werden, gegebenenfalls mit einem Verweis in den Gesetzentwürfen, dass es ein wirksames Suizidpräventionsgesetz geben muss. Und aus der Praxis: Es muss Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens auch möglich sein, Suizidassistenz nicht leisten oder dulden zu müssen. - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann hat das Wort Frau Dr. Lewitzka von der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention.

Sachverständige Dr. Ute Lewitzka (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention - Hilfe in Lebenskrisen e. V.): Sehr geehrte Damen und Herren! Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Vorab: Ich respektiere als Ärztin und als Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, dass es Menschen gibt, die sich das Leben nehmen. Ich respektiere auch, dass es nun die Möglichkeit gibt, sich mithilfe anderer das Leben zu nehmen.

Die Bedeutung der Prävention wurde bereits im Koalitionsvertrag der derzeitigen Bundesregierung dokumentiert. Diesem bereits hier festgehaltenen Vorhaben, Suizidprävention zu stärken, kommt nun angesichts der Regelung der Suizidassistenz fundamentale Bedeutung zu. Unser Bundesverfassungsgericht hat mit seinem Urteil, in dem ja auch gesagt wird, dass unabhängig von Bedingungen wie Gesundheit, Krankheit, Alter etc. die Suizidassistenz möglich ist, einen viel weiteren Schritt getan, als es andere Länder getan haben. Was uns - und damit meine ich die Menschen, die sich für die Suizidprävention engagieren - umtreibt, ist, welche Auswirkungen diese Entscheidung auf die Entwicklung in unserer Gesellschaft haben wird. Diese können wir bereits gut aus den Entwicklungen in anderen Ländern ablesen.

Meine Damen und Herren, die Beschäftigung mit dem Thema Suizid und Suizidassistenz ist schlichtweg unangenehm. Eigentlich würden die meisten Menschen das gerne verdrängen, auch weil es immer noch zahlreiche Mythen in den Köpfen gibt. Suizidprävention bedeutet für uns in allererster Linie, Menschen mit dem Wunsch, zu sterben, vorurteilsfrei und annehmend zu begegnen. Unabhängig von den zugrundeliegenden Motiven - es sind immer komplexe Bedingungen - versuchen wir - Berater, Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Seelsorger und alle anderen -, die innere Not der Betroffenen zu verstehen.



So möchte zum Beispiel eine 48-jährige Frau geschieden, die gerade ihren Job verloren hat; die Kinder leben nicht mehr im Haus - einfach einschlafen, da sie sich erschöpft, leer und einsam fühlt. Oder der 66-jährige Mann, der gerade die Diagnose Lungenkrebs bekommen hat, bei dem zwar eine Therapie eingeleitet wurde, der aber weiß, dass er keine gute Prognose hat, möchte sterben. Es könnte auch eine 72-jährige Frau um Suizidassistenz bitten; sie hat erfahren, dass sie an einer Demenz erkrankt ist, und hat in Erinnerung, wie sie früher ihre Mutter mit derselben Diagnose gepflegt hat. Oder ein 23-jähriger Mann möchte nicht mehr leben; er wurde gerade aus dem Krankenhaus entlassen, nachdem er eine schizophrene Psychose erlebt hatte, und realisiert nun, dass sein Leben aus den Fugen gebracht wurde. Ein hochbetagter Mann, der noch zu Hause gelebt hat und jetzt in ein Altenheim muss, weil die Nachbarin, die ihn ein Stück weit unterstützt hat, das aber nicht mehr kann. möchte nicht mehr leben, weil er weiß, dass das Heim, in das er käme, unter Personalmangel leidet; er sagt: Ich habe mein Leben gelebt. Geben Sie mir doch die Spritze! - Oder wir haben es mit einer 16-jährigen jungen Frau zu tun, die gerade von ihrem ersten Freund verlassen wurde und die sich nicht vorstellen kann, weiterzuleben, weil das ihre große Liebe war.

All diese unterschiedlichen Menschen möchten nicht mehr leben, möchten aber vor allem so nicht mehr weiterleben. Es gibt eine innere seelische Not, es gibt Angst, es gibt Verzweiflung, und es gibt Trauer. Es gibt Sorgen, dass der Zustand schlechter wird oder nicht mehr aushaltbar ist. Es gibt vielleicht auch nicht das Wissen, welche Hilfsmöglichkeiten bestehen und wie selbst bei Erkrankungen, die den Tod bedeuten, Leid gelindert werden kann. Nun steht diesen Menschen eine Methode zur Verfügung, die scheinbar einfach all ihrem Leiden ein Ende setzt, ein vermeintlich friedliches Einschlafen ermöglicht.

Viele von uns erfahren in ihrer täglichen Arbeit, dass das annehmende Gespräch und das ehrliche Interesse, die zugrundeliegenden Gedanken und Gefühle anzuschauen, zu verstehen und diese auch auszuhalten, sehr häufig dazu beitragen, einen alternativen Weg zu ermöglichen. Es ist - wir könnten jetzt jeden dieser Fälle durchgehen zum Beispiel bei der jungen 16-Jährigen das erste Be- und Verarbeiten eines Verlustes; nämlich ein geliebter Mensch hat sich abgewendet. Ich könnte auch all die anderen Beispiele noch weiter ausführen. Das ist die Realität, der wir begegnen: Menschen mit Angst, Schmerzen, Trauer, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit; Menschen, die nicht gelernt haben, um Hilfe zu bitten, oder die gar nicht wissen, dass sie ein Recht darauf haben.

Auf der anderen Seite haben wir die rasante Entwicklung der Medizin. Auch hier ganz kurz zusammengefasst: Wir haben Medikamente, die die gute Behandlung einer vor einigen Jahren noch tödlichen Erkrankung bedeuten. Wir sind damit auch immer stärker in der Lage, unseren eigenen Tod zu bestimmen bzw. diesen zu beeinflussen. Das ist ganz schön verlockend; denn es scheint Kontrolle zu versprechen über einen Zustand, der mir Angst macht, nämlich Angst davor, zu sterben, Angst davor, nicht zu wissen, was dabei passiert.

Ich stelle an dieser Stelle die Frage, welche Entwicklung wir für unser Land wollen: Bestätigen wir diese Menschen, indem wir die Suizidassistenz vor der Suizidprävention fördern, oder sollten wir diese Menschen nicht zunächst annehmen und sie in ihren Nöten und Sorgen verstehen? Letzteres bedeutet, dass die Gesellschaft die Entscheidung trifft, auf Prävention zu setzen, Prävention zu fördern und auszubauen.

Ich kann hier leider nicht darauf eingehen, welche anderen Entwicklungen wir in anderen Ländern sehen; vielleicht ergibt sich das nachher noch. Ich weiß auch nicht, ob Ihnen Abgeordneten diese Entwicklungen wirklich vertraut und bekannt sind.

Was wir also fordern, ist: Wir brauchen vor der Regelung der Suizidassistenz dringend eine Regelung der Suizidprävention im Sinne einer gesetzlichen Verankerung. - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Vielen Dank auch für die Disziplin bisher bei den Sachverständigen.



Wir kommen nun zu Professor Dr. Barbara Schneider von der LVR-Klinik Köln.

Sachverständige Prof. Dr. Barbara Schneider:

Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren Bundestagsabgeordnete! Ich beschäftige mich seit mehr als 30 Jahren wissenschaftlich mit Suizidalität und spreche fast täglich mit suizidalen Menschen. Ich werde nun die psychiatrisch-suizidologische Perspektive darstellen, besser gesagt: die Perspektive des multidisziplinären wissenschaftlichen Fachgebiets der Suizidologie.

Aktuell begegnet uns die Diskussion über den assistierten Suizid fast ausschließlich als Diskussion über den assistierten Suizid bei sehr alten und/oder schwerkranken Menschen. Aber das Angebot des assistierten Suizids richtet sich an eine sehr viel größere Anzahl von Menschen, an Menschen, die weder alt noch schwer krank sind. Die Suizidprävention befasst sich im Schwerpunkt nicht mit tödlich erkrankten Menschen. Dies wird auch in der Begrifflichkeit deutlich: In der Palliativmedizin spricht man von Todeswunsch, in der Suizidforschung von Suizidalität. Die folgenden Ausführungen beschränken sich deshalb nicht auf somatisch schwersterkrankte und sterbende Menschen.

Menschen haben Suizidgedanken in einer krisenhaften Situation, die häufig äußere Auslöser hat. Dies kann die Trennung von einem Partner sein, der Verlust der Arbeitsstelle, Angst vor Verlust der Autonomie, Angst vor den Folgen einer schweren Erkrankung, der Verlust des Lebenssinns und vieles mehr. Diese krisenhaften Situationen begleiten häufig psychische Erkrankungen, sie treten aber auch außerhalb von psychischen Erkrankungen auf. Menschen in krisenhaften Situationen sind eingeschränkt in ihrer Wahrnehmung, in ihrer Entscheidungsfindung und in ihren Handlungsmöglichkeiten und sind darin oft auch sehr festgefahren; ein Phänomen, das in der Suizidologie und in der Psychiatrie als "Einengung" bekannt ist. Das bedeutet jedoch nicht zwingend, dass die Freiverantwortlichkeit dieser Menschen eingeschränkt ist. Es braucht daher ein Schutzkonzept für Menschen in suizidalen Krisen - sowohl für Menschen mit als auch

für Menschen ohne psychische Erkrankungen -, wenn keine vermeidbaren assistierten Suizide gefördert werden sollen.

Lassen Sie mich zunächst auf einige Mythen eingehen. Einer der größten Mythen über Suizidalität ist, dass jene, die Suizidgedanken äußern, auch unbedingt die Absicht haben, zu sterben. Vielmehr wollen sie unter den gegebenen oder den von ihnen so erlebten Umständen nicht mehr weiterleben. Deshalb sind auch die Begriffe "Suizidwunsch", "sterbewillig", "suizidwillig" wertend und unzutreffend. Ein wesentliches Merkmal von Suizidalität ist hingegen das, was die Wissenschaft "Ambivalenz" nennt, nämlich das Hin- und Herschwanken zwischen nicht sterben wollen, aber so auch nicht weiterleben können. Deswegen kennen wir in der Praxis auch nur sehr, sehr wenige Menschen, die eine eindeutige Entschlossenheit haben.

Ein Mythos ist, dass die sogenannte Dauerhaftigkeit von Suizidvorstellungen in zwei Gesprächen mit kurzem zeitlichen Abstand geklärt werden kann. Es kann auch nicht zwischen Affektsuiziden und sogenannten wohlüberlegten Suiziden unterschieden werden. Diese Unterscheidung entbehrt jeder wissenschaftlichen Grundlage. Die Legalisierung eines assistierten Suizids verhindert auch nicht sogenannte Brutalsuizide, sondern das Gegenteil ist der Fall. Die Rate der Suizide, die ohne Assistenz vorgenommen werden, nimmt nicht ab, sondern steigt in der Tendenz an. Und der behauptete Switch von harten Suiziden zu assistierten Suiziden ist wissenschaftlich nicht haltbar.

Und Beratungsstellen für assistierten Suizid sind nicht suizidpräventiv. Es ist nicht richtig, dass Beratungsstellen suizidpräventiv sind.

Die bislang vorgestellten Konzepte zur Beratung sehen wir kritisch. Es gibt unterschiedliche Konzepte von Beratung. Die in den Gesetzentwürfen skizzierten Beratungsangebote verstehen sich vielmehr als Aufklärung, als Vermittlung von Kenntnis zu Alternativen oder als ethische Reflexion über die Folgen einer suizidalen Handlung. Die Forschung und die Praxis zur Suizidalität zeigen aber, dass genau solche kurzen



Gespräche vermieden werden sollten. Menschen, die einen Suizid in Erwägung ziehen, benötigen eine einfühlsame, vertrauensvolle, längerfristige, psychosoziale, unter Umständen auch eine therapeutische Begleitung.

Diese Möglichkeit der Reflexion ist aus unserer Sicht eine Voraussetzung, um eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen. Menschen, die einen assistierten Suizid in Erwägung ziehen, benötigen ebenfalls eine vergleichbare umfassende psychosoziale Beratung. - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann hat das Wort nun Frau Professor Dr. Schöne-Seifert von der Universität Münster.

Sachverständige Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Meine Damen und Herren, danke, dass ich hier zu Ihnen sprechen darf. - Man gewinnt ja den Eindruck - oder jedenfalls in der Vorbereitung gewann man den Eindruck -, dass es vordergründig um rechtsdogmatische, rechtstechnische Dinge gehen müsste und außerdem um ärztliche Erfahrung und Expertise. Ich will aber noch mal darauf hinweisen - wir haben das, glaube ich, alle auch in den Beiträgen der Vorredner gemerkt -, in welchem Maße hinter diesen ganzen Debatten ein ethischer Grunddissens steht, den es in unserer Gesellschaft gibt und der sich in absehbarer Zeit auch nicht auflösen lassen wird.

Ganz holzschnittartig: Es gibt auf der einen Seite die Position der Gruppe, die es ethisch legitim findet, wenn Menschen freiverantwortlich und in Kenntnis aller Alternativen zu der Überzeugung kommen, das restliche Leben, das ihnen noch bevorsteht, nicht mehr ertragen zu können oder zu wollen. Und sie erkennt das auch - anders als viele Fallbeispiele, von denen wir eben gehört haben - zunehmend als eine Antwort darauf an, dass die segensreiche Hightechmedizin und das wunderbare Hochaltrigkeitspotenzial, das wir alle haben, steigende Risiken von Gebrechlichkeit, Versehrtheit, Krankheit und Leiden mit sich bringen, die unsere Vorfahren - deswegen ist die Situation in gewisser Weise neu - so gar nicht erlebt haben und nicht erleben konnten. Diese Gruppe von Patienten, über die ich hier rede, die unscharf ist, ist nicht diejenige, die man sonst bei der Suizidprävention - ich greife jetzt einmal vor - vor Augen hat. Trotzdem will auch die Pro-Position alles daran setzen, dass Menschen Alternativen zu ihrer Suizidabsicht bekommen, und sie möchte, dass sie informiert und unterstützt und mit Zuwendung zu diesen Entscheidungen kommen.

Wenn es einmal so ist, dann sieht die Pro-Position, ganz holzschnittartig gesagt, keine Veranlassung dafür, zu sagen: Wenn jemand diesen Entschluss umsetzt und dabei Unterstützung bekommt und das auf eine sanfte Art und Weise tun kann, dann ist das trotzdem ethisch bedauerlich. - Aus dieser Position gibt es keinen Grund, eine solche Entscheidung und ihre Umsetzung zu bedauern, wenn sie freiverantwortlich ist. Umgekehrt sieht das anders aus. Die Vorstellung, dass man das Leben sozusagen möglichst auch gegen seinen Träger schützen sollte, unterscheidet die beiden Gruppen. Ende dieser Darstellung.

Mit einem solchen Dissens - und wir haben viele solcher Dissense - muss man in einer pluralistischen Gesellschaft irgendwie umgehen. Umgehen heißt, man versucht, soweit es sich vor allem um selbstbezügliche Fragen handelt, Respekt und Toleranz für beide Seiten zu entwickeln und sozusagen jeden nach seiner Fasson die Dinge regeln zu lassen. Das ist genau der Erlaubnisspielraum, den das Bundesverfassungsgericht vorgegeben hat - exakt dieser. Die Regel heißt nun: Jeder soll diese Dinge nach seinen Pro- oder Kontraüberzeugungen als Arzt, als Ärztin, als Angehöriger, als Patient handhaben.

Unter dieser Vorgabe muss man auch die Gesetzentwürfe angucken und eines Tages über sie abstimmen. Es scheint mir entscheidend wichtig, jetzt zu sehen, dass hier eine erhebliche Asymmetrie besteht: Für diejenigen, die die Kontraposition beziehen, ändert das Bundesverfassungsgericht mit seinem Erlaubnisspielraum nichts: Sie sollen sich nicht das Leben nehmen, sie werden sich nicht das Leben nehmen, keine Ärztin wird dazu gezwungen, diese Art von Hilfe und Unterstützung zu leisten. Umgekehrt müssen aber diejenigen, die die Pro-Position für sich und andere verteidigen, die eine Exitstrategie für ihre eigene Zukunft haben wollen, die Möglichkeiten

haben, das auch wirklich ohne Spießrutenlaufen und ohne öffentliche Kritik und Missbilligung durchzuführen; das scheint mir wirklich ganz enorm wichtig.

Weiterer Punkt. Ich glaube, dass wir - auch wenn manche das aus der Perspektive der liberalen Position kritisieren - unbedingt eine Beratungspflicht brauchen. Ich stimme den Entwürfen in dieser Hinsicht zu, weil ich glaube, dass nur so öffentlicher Respekt und auch Rechtssicherheit für die beteiligten Ärzte entstehen kann. Sie sehen, das impliziert bereits, dass ich Ärzte und Ärztinnen wirklich als die primär Verantwortlichen für diese Art der Unterstützung sehe und hoffe, dass sich im Laufe einer Liberalisierung mehr und mehr von ihnen dazu nicht nur theoretisch - wie schon jetzt -, sondern auch praktisch bereitfinden. Dazu sollten wir alles tun. - Danke.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Herzlichen Dank. - Dann hat das Wort nun Professor Dr. Sinn von der Universität Osnabrück.

Sachverständiger Prof. Dr. Arndt Sinn: Herzlichen Dank. - Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr verehrte Abgeordnete! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Entgegen den vielfach vorgebrachten verfassungsrechtlichen Einwänden gegen den Einsatz des Strafrechts zur Regulierung der geschäftsmäßigen Suizidassistenz hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung betont, dass der hohe verfassungsrechtliche Rang von Autonomie und Leben den Einsatz des Strafrechts grundsätzlich legitimiere. Das Gericht hat ausdrücklich die Option benannt, Aufklärungs- und Wartepflichten, so wie sie im Gesetzentwurf um den Abgeordneten Castellucci auf Drucksache 20/904 vorgesehen sind, im Strafrecht zu verankern.

Durch den Entwurf in dieser Vorlage wird die Regel der straflosen Suizidhilfe durch eine Ausnahme in Form des Verbots der geschäftsmäßig geleisteten Suizidhilfe im ersten Schritt eingeschränkt. Ergänzt wird dieses Regel-Ausnahme-Prinzip aber um die in § 217 Absatz 2 enthaltene Rückausnahme, die nun zur Rechtmäßigkeit der geschäftsmäßigen Suizidhilfe unter den genannten Voraussetzungen führt. Neben der Regelung in § 217 des Entwurfs soll auch ein neuer § 217a eingeführt werden, der dann ein Werbeverbot enthält.

Die mit § 217 StGB alte Fassung 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 Absatz 2 reguliert. Ein weiterer regulierender Eingriff besteht dann in dem Werbeverbot.

Meine Damen und Herren, das entspricht den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts; denn dies stellte klar, dass der Gesetzgeber die organisierte Suizidhilfe regulieren dürfe, indem beispielsweise gesetzliche Aufklärungs- oder Wartepflichten als prozedurales Sicherheitskonzept normiert würden. Diesen vorgezeichneten Weg haben die Entwurfsverfasser auch gewählt.

Der Gesetzentwurf verfolgt auch einen legitimen Zweck. Es soll in den Fällen der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung die Autonomie der suizidwilligen Person und das Rechtsgut Leben geschützt werden. Dafür soll sichergestellt werden, dass die Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens freiverantwortlich getroffen wird. Durch die Einführung des besonderen Rechtfertigungsgrundes in Absatz 2 der Regelung besteht keine Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, sofern die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Der Schutz der Autonomie und des Rechtsguts Leben des jeweiligen Suizidwilligen tritt als Zweck der Regelung doch ganz klar zutage. Außerdem soll autonomiegefährdenden Pressionen, insbesondere für ältere und kranke Menschen im Zusammenhang mit den hohen Kosten der Pflege und der Gesundheitsversorgung, mit der Regelung entgegengewirkt werden. Diese Gefahr wurde auch schon als Begründung für die Regelung des alten § 217 angeführt. Diesen Zweck hat auch das Bundesverfassungsgericht bei seiner Entscheidung überhaupt nicht infrage gestellt. Der Gesetzgeber dürfe vielmehr davon ausgehen - Zitat -, "dass von einem unregulierten



Angebot geschäftsmäßiger Suizidhilfe Gefahren für die Selbstbestimmung in Form von sozialen Pressionen ausgehen können". Auch diese Zielsetzung ist also in dem Entwurf nicht zu beanstanden. Dieser Gesetzentwurf beschreibt das staatliche Schutzkonzept eindeutig und leistet damit einen Beitrag zur Transparenz in diesem sehr schwierigen Rechtsgebiet.

Die beiden anderen Gesetzentwürfe bleiben bei ihrem Schutzkonzept hinter dem des genannten Entwurfs auf Drucksache 20/904 zurück, sprechen nicht aus, was sowieso geltende Rechtslage ist. Denn auch sie müssen von einer Strafbarkeit in den Fällen ausgehen, in denen kein freiverantwortlicher Wille des Suizidenten vorliegt; denn das entspricht geltender Rechtslage.

Der Entwurf auf Drucksache 20/2332 um die Abgeordnete Helling-Plahr sieht nur ein Beratungsrecht vor. Der Autonomieschutz ist also gar nicht abgedeckt, und damit verfehlt er das Ziel, sicherzustellen, dass überhaupt ein autonomer Wille vorliegt.

Der Entwurf auf Drucksache 20/2293 um die Abgeordnete Künast will in bestimmten Fällen sterbewilligen Personen über eine behördliche Entscheidung Zugang zu tödlichen BtM ermöglichen, was eher abschreckt als Autonomie zur Geltung verhilft. Der Gesetzentwurf geht auch nicht über die heute geltende Rechtslage hinaus, macht aber das Regelungskonzept transparent; darauf wurde hier schon eingegangen. Ich schlage allerdings vor, die Regelung des Absatzes 2 nicht als Rechtfertigungsgrund, sondern als einen Tatbestandsausschluss zu formulieren; denn damit würde man den bisherigen Status quo gerade wiederherstellen.

Jenseits der strafrechtsdogmatischen Diskussionen führt der Gesetzentwurf jedenfalls zu mehr Transparenz im Gefüge des strafrechtlichen Schutzkonzepts, aber nicht zu einer sachfremden Instrumentalisierung des Strafrechts oder gar im Kern zu einer Ausweitung des Strafrechts. Der Einwand, im Kern gehe es nicht um Strafrecht, wie in den Begründungen teilweise ausgeführt wird, ist nicht richtig. Am Ende fragt sich jede hilfswillige Person immer, ob sie sich strafbar

macht. Eine transparente Regelung beantwortet gerade diese Frage. - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Abschließend hat das Wort der Sachverständige Maximilian Schulz.

Sachverständiger Maximilian Schulz: Vielen Dank. - 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 für Filme und Serien. Ich lese viel, um auf dem Laufenden zu bleiben und aus Interesse. 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 und 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 obengenannte Weggefährten waren: nicht mehr mitten im Leben, aber auch noch nicht tot, sondern einfach zerrissen.

Mit Blick auf die Methode bleibt zudem die Befürchtung, den eigenen Zustand medizinisch sogar noch zu verschlimmern. Nach einem gescheiterten Suizidversuch muss man nicht nur den Rest seines Lebens mit weniger Lebensqualität auskommen, sondern auch mit 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 Ängste 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 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 einen vermeintlich "richtigen" oder "falschen" Fall der Sterbehilfe handelt.

Es muss jedoch sichergestellt werden, dass jeder Sterbewillige hinlänglich und erschöpfend über jede Form der therapeutischen oder medizinischen Alternativen informiert ist und nur auf eigenen Wunsch, nicht aufgrund materieller Mängel ihm die 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 belässt. Denn es ist von enormer Bedeutung, dass auch die Angehörigen in den Prozess des selbstbestimmten Ablebens mit eingebunden und mit betreut werden und die Möglichkeit zur Abschiednahme haben. Für mich bedeutet die Verfügbarkeit von Sterbehilfe auch dahin gehend Lebensqualität und Lebenszeitverlängerung, da man jederzeit auf diese Leistungen 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 selbstständigen 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 meine Lebensqualität. - Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker:

Vielen Dank zunächst den Sachverständigen für die Eingangsstatements und die vielen Aspekte, die Sie angesprochen haben. - Wir starten nun mit der ersten Fragerunde und haben zunächst drei Fragen von den Kollegen des Gesetzentwurfs Castellucci/Heveling. Es richtet sich übrigens nach der Anzahl der Unterzeichner der Anträge,

wie in dieser ersten Fragerunde die Anteile gewichtet werden. So hat jetzt als Erster das Wort der Kollege Ansgar Heveling.

Ansgar Heveling (CDU/CSU): Frau Vorsitzende, vielen herzlichen Dank. Ein herzliches Dankeschön an die Sachverständigen für ihre Beiträge zu diesem nicht ganz einfach durch gesetzgeberische Regelungen zu regelnden Themenfeld. - Unser Gesetzentwurf flankiert ja die Prozeduralisierung der Suizidassistenz mit einem grundsätzlichen strafrechtlichen Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zum Suizid.

Meine Fragen richten sich an Herr Professor Dr. Sinn. Könnten Sie nochmals vertiefen, weshalb eine eigenständige Strafnorm mit Blick auf das Schutzgut der Selbstbestimmung sinnvoll ist, auch und gerade obwohl es schon andere geltende strafrechtliche Regelungen gibt?

Eine zweite Frage mit Blick auf das Kriterium der Geschäftsmäßigkeit; darüber ist das Bundesverfassungsgericht etwas leichtfüßig hinweggegangen, vielleicht weil es auch klare Vorstellungen hatte. Könnten Sie dazu noch einmal in Bezug auf die Abgrenzung zur palliativen Versorgung und mit Blick auf das Arzt-Patienten-Verhältnis ausführen, auch mit Blick darauf, dass die Leichtfüßigkeit des Bundesverfassungsgerichts vielleicht dazu führt, dass natürlich auch viele Meinungen vertreten werden, dass "Geschäftsmäßigkeit" ein hinreichend bestimmter Begriff ist?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann hat das Wort zur zweiten Frage Kollegin Kerstin Griese.

Kerstin Griese (SPD): Von mir auch einen herzlichen Dank für die ausführlichen Stellungnahmen. - Meine Fragen gehen an Herrn Professor Hardinghaus und Professor Dr. Lewitzka. Ich stelle meine Fragen unter die Leitlinie, dass unser Ziel ist, Selbstbestimmung und Autonomie zu gewährleisten, also ein Schutzkonzept, damit Menschen nicht zu Entscheidungen gedrängt werden, die - das sind ja die Entscheidungen, um die es hier geht - nun einmal irreversibel sind.

Deshalb meine Frage an Herrn Professor Hardinghaus: Können Sie uns aus Ihrer langjährigen Erfahrung als Vorsitzender des Deutschen Hospizund PalliativVerbandes vielleicht noch einmal sagen, was heute schon möglich ist an Sterbehilfe? Denn es grassiert immer noch das Fehlurteil, Sterbehilfe sei nicht möglich. Sie ist in vielerlei Hinsicht möglich, erlaubt und wird praktiziert. Auch kursiert immer wieder der Vorwurf, man müsse unter Schmerzen sterben, wenn nicht der assistierte Suizid sehr viel einfacher möglich gemacht würde. Damit zusammenhängend die Frage: Wie sehr ist ein solcher Sterbewunsch manifest? Sie hatten das an dem Beispiel am Ende Ihrer Stellungnahme schon sehr deutlich gemacht; das hängt ja damit zusammen.

Frau Dr. Lewitzka, Sie hatten in Ihrer Stellungnahme angedeutet, dass wir in anderen Ländern Entwicklungen sehen, die ich mal mit der Fragestellung "Schafft Angebot auch Nachfrage?" einleiten will. Also, führt die Tatsache, dass in anderen Ländern auch Kindern assistierter Suizid möglich ist, dass es sogar Länder gibt, in denen aktive Sterbehilfe möglich ist, zu einer verstärkten - Nachfrage ist ein schlimmes Wort bei diesem Thema, wo es um Leben und Tod geht - Verschiebung gesellschaftlicher Normen, wenn es darum geht, was getan werden muss, um den Schutz jedes Einzelnen zu gewährleisten?

Ich will noch einmal deutlich machen: Unser Gesetzentwurf stellt die Autonomie, den Schutz und die Selbstbestimmung des Einzelnen in den Mittelpunkt. Ich glaube, es ist viel Aufklärung nötig, was möglich ist und was in anderen Ländern auch schon stattfindet. - Also, meine Fragen richten sich an Herrn Professor Hardinghaus und Frau Dr. Lewitzka.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann Kollege Strasser mit seinen Fragen.

Benjamin Strasser (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Ich hätte zunächst eine Frage an Herrn Professor Dr. Sinn. Frau Dr. Greeve hat in ihrem Eingangsstatement zu Recht unterstrichen, dass gerade bei diesem Thema die Fragen von Transparenz und Rechtsklarheit extrem wichtig sind;



denn dem Normadressaten muss klar sein: Welches Verhalten ist legal, und was ist nicht mehr vom Willen auch des Gesetzgebers gedeckt? -Jetzt gab es einen aufsehenerregenden Beschluss des Sechsten Strafsenats des Bundesgerichtshofs vom 28. Juni 2022, in dem es um § 216 Strafgesetzbuch "Tötung auf Verlangen" ging. Das Landgericht hatte die betreffende Person, die Ehefrau, die ihrem Ehemann eine Überdosis Insulin verabreicht hat, der das nicht mehr selber machen konnte, nach § 216 StGB strafbar gesprochen. Der BGH hat dieses Urteil aufgehoben und die Frau freigesprochen. In diesem Beschluss wird auch Bezug genommen auf das Urteil, das wir heute verhandeln. Mich würde interessieren, was das mit der Frage der Regelungsbedürftigkeit eines Schutzkonzepts im Strafrecht macht und ob dann unter der Rechtsprechung sozusagen klar ist, was dann künftig noch straffrei oder nicht strafbar ist.

Eine zweite Frage geht an Frau Kurzke. Ich glaube, für uns als Gesetzgeber ist es unglaublich schwer, Kriterien zu definieren: Wann ist ein Entschluss tatsächlich freiverantwortlich und auf Dauer? Das sind zwei Kriterien. Es geht nicht nur um die Freiverantwortlichkeit, sondern auch um die Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit dieses Entschlusses. Können Sie uns vielleicht aus Ihrer Praxis einfach Beispiele schildern, die uns bei der Einordnung der Kriterien der Freiverantwortlichkeit und der Dauerhaftigkeit helfen könnten? - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Sodann hat Gelegenheit zur Frage Kollegin Helling-Plahr.

Katrin Helling-Plahr (FDP): Vielen Dank. - Ich möchte in der ersten Frage gerne Herrn Professor Frister adressieren. Ich setze mich, wir als Gruppe setzen uns bekanntlich für ein liberales Sterbehilfegesetz ein; denn wir möchten, dass Betroffene nicht alleine gelassen werden, sondern dass ihnen Beratungsangebote und vor allen Dingen Rechtssicherheit zuteilwird. Ich möchte nicht, dass Betroffene mit ihrem verfassungsrechtlich verbrieften Recht auf selbstbestimmtes Sterben ins Ausland gehen müssen oder auf Brutalsuizide verwiesen werden. Ich würde mich

freuen, wenn Sie etwas dazu ausführen könnten, wie der Gesetzentwurf Castellucci et al. dieser Idee tatsächlich gerecht würde oder ob sich Betroffene dann nicht auch in Zukunft auf die eben genannten Wege gedrängt sehen würden und wie die Auswirkungen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Sterbehilfevereinen in diesem Zusammenhang aus Ihrer Sicht wäre.

Zum Zweiten möchte ich gerne Herrn Professor Knauer fragen. Wir haben ja eine ganze Reihe von Diskussionsrunden, Podiumsveranstaltungen usw. auch unter den Gruppen hinter uns. Ich habe mich bei den Ausführungen dazu, warum ich den Entwurf Castellucci et al. problematisch finde, öfter eines Beispiels bedient. Ich habe immer mal wieder gesagt, dass sich schon derjenige der Gefahr einer Strafbarkeit aussetzt, der seinen Vater auf dem letzten Weg begleitet und beabsichtigt, später dasselbe auch im Fall der schwerkranken Mutter zu tun. Daraufhin habe ich mich immer wieder Staunen ausgesetzt gesehen; jedenfalls wurde meine Rechtsauffassung an dieser Stelle nicht geteilt. Sie sind versierter Strafrechtler, haben sich sehr viel mit dem ehemaligen § 217 StGB und auch mit den Entwürfen auseinandergesetzt. Deswegen würde mich Ihre Ausführung hierzu sehr freuen.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann hat das Wort Dr. Steffen.

Dr. Till Steffen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. - Ich habe zwei Fragen, die ich beide an Herrn Knauer richten möchte. Sie hatten zum Ende Ihres Beitrages vorhin noch mal die Frage der Verfassungskonformität der Vorschläge angebracht. Ich halte das für sehr wichtig. Also, das ist ja ein Thema, wo moralische Überzeugungen extrem stark reinspielen. Deswegen ist die Bandbreite der Vorstellungen, wie man sich dem Thema zu nähern hat, sicherlich sehr, sehr groß. Aber der Handlungsspielraum ist durch das Bundesverfassungsgericht klar abgesteckt. Deswegen wäre meine Bitte an Sie, Ihre These, dass der Entwurf von Castellucci, Heveling und anderen mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht in Einklang zu bringen ist, noch einmal zu erläutern. Meine Bitte wäre, dass Sie

uns für unsere Beratungen den Handlungsrahmen noch einmal abstecken.

Meine andere Frage betrifft konkret die Rechtssicherheit. Herr Strasser hatte es angesprochen. Also, egal wie man die Grenze zieht, wichtig ist, dass diejenigen, denen wir erlauben wollen, Suizidassistenz zu gewähren, dann auch wissen: "Handle ich jetzt mit dem, was ich tue, strafbar, ja oder nein?" Denn ansonsten wird sich sicherlich niemand da irgendwie betätigen, und dann haben wir gar nichts erreicht. Hier wäre die Frage, die mich beschäftigt - das geht auch an Sie, Herr Knauer -, ob nicht gerade die Ausgestaltung als abstraktes Gefährdungsdelikt ein besonders hohes Potenzial hat, hier für Rechtsunsicherheit zu sorgen, weil der entsprechende Vollendungszeitpunkt der Strafbarkeit zu einem sehr frühen Zeitpunkt liegt. Meine Frage wäre: Was heißt das mit Blick auf Rechtssicherheit?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann hat das Wort Frau Kollegin Künast.

Renate Künast (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Danke, Frau Vorsitzende. - Ich möchte mit einer Frage an Frau Dr. Greeve beginnen. Herr Knauer hatte nämlich vorhin bezüglich des Antrags meiner Gruppe gesagt, dass wir unzulässigerweise in § 3 und § 4 SbStG-E differenzieren würden, indem wir eine besondere Regelung schaffen für Suizidwillige oder Schwerkranke in medizinischer Notlage. Ich würde gerne von Ihnen hören, ob Sie diese Differenzierung für zulässig halten. Wir haben sie aufgeschrieben, weil wir sie für zulässig halten; das wundert nun niemanden. Ich möchte auf die Randnummer 340 der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts eingehen. Darin steht, dass man die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsthilfe nicht materiellen Kriterien unterwerfen darf, also sie nicht abhängig machen darf von einer tödlichen oder unheilbaren Krankheit. Dann steht da:

> Dies hindert nicht, dass je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens gestellt werden können. Es steht

dem Gesetzgeber frei, ein prozedurales Sicherungskonzept zu entwickeln.

Ich habe das nicht verstanden und würde gerne Ihre Bewertung hören.

Ich habe eine weitere Frage an Professor Gaede bezüglich einiger ethischer, ich sage vielleicht: Lücken, die es in den unterschiedlichen Vorschlägen gibt. Ich will das gar nicht einzelnen Anträgen zuordnen. Dabei geht es um die Frage der Minderjährigen. Was das betrifft, arbeiten wir alle, glaube ich, nicht 100 Prozent sauber. Wir zum Beispiel haben uns ein bisschen davor gedrückt. Das Verfassungsgericht sagt: in jeder Lebensphase. - Ich hätte diesbezüglich Klärungsbedarf. Müsste man bei Minderjährigen andere Fragen stellen als bei Volljährigen? Das betrifft insbesondere den Fall, dass die minderjährige Person A sagt, und die Eltern sagen B, und das Familiengericht - falls man es einbezieht oder einbeziehen muss - sagt A, B oder C. Donnerschlag, was würde gelten? Ich finde, das ist eine der zentralen ethischen Fragen genauso wie die Frage: Unabhängigkeit in der Beratung.

Wir reden in manchen Anträgen über Pluralismus. Wir hatten in einem anderen Kontext, in dem um § 218 StGB, ja auch die Debatte: Wie könnte Beratung so unabhängig sein, dass sie kein Ziel verfolgt, nämlich jemandem etwas auszureden?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: In dieser Runde haben noch das Wort Frau Kollegin Eichwede und Kollege Seitz. - Frau Eichwede.

Sonja Eichwede (SPD): Vielen Dank, auch für die Stellungnahmen. Ich habe zwei Fragen, eine an Professor Dr. Gaede und eine an Professor Dr. Frister.

Ich frage aus rechtspolitischer Sicht, ohne jetzt Teil einer Gruppe zu sein. Herr Gaede, Sie hatten in Ihrer Stellungnahme das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit aus dem Gesetzentwurf der Gruppe um Lars Castellucci angesprochen, auch hinsichtlich der Frage der Palliativmedizin. Hier ist die Frage, ob Sie noch weiter dazu ausführen



könnten und ob es doch eine Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Selbsttötung gibt. Denn Geschäftsmäßigkeit soll nach der Gesetzesbegründung bereits dann vorliegen, wenn Suizidhilfe mit Wiederholungsabsicht angeboten wird. Straffrei bleibt, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt. Aber eben Ihren Ausführungen zufolge müsste mehr dahinterstecken.

Die zweite Frage an Professor Dr. Frister. Der Gesetzentwurf um die Gruppe Castellucci sieht in § 217a Absatz 1 StGB ein Verbot kommerzieller und grob anstößiger Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung vor. Ebenso sieht der Gesetzentwurf um die Gruppe Künast einen Ordnungswidrigkeitstatbestand in § 8 Absatz 3 hinsichtlich der Frage der anstößigen Werbung vor. Wir haben vor Kurzem § 219a StGB, das Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche, abgeschafft, auch mit Verweis auf die Informationsfreiheit und das Selbstbestimmungsrecht.

Die Frage ist, ob dies hier gegebenenfalls dadurch beschnitten werden könnte, dass das Werbeverbot auch die Informationsfreiheit beschränkt und ob das durch das Heilmittelwerbegesetz nicht schon abgedeckt ist. - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Herr Seitz.

Thomas Seitz (AfD): Vielen Dank. - Auch ich gehöre keiner der Gruppen an, die hier Gesetzentwürfe vorgelegt haben.

Meine erste Frage richtet sich an Frau Professorin Dr. Schöne-Seifert, und zwar zur Akzeptanz einer zu treffenden Regelung. Wenn man sieht, was Betreuungsrichter jetzt im Rahmen der §§ 1904 bis 1906a BGB zu entscheiden haben, hätte ich eigentlich erwartet, dass die Instanz die Feststellung "Das sind die Voraussetzungen für einen freiverantworteten Suizid", sodass der Betroffene diese dann auch auf irgendeinem Weg umsetzen kann, dann auch den Betreuungsgerichten überantwortet.

Da wäre jetzt meine Frage: Würden Sie diese Variante als eine ansehen, die mit größerer Akzeptanz in der Bevölkerung verbunden wäre als die Möglichkeiten, die jetzt hier angeboten werden und bei denen ja doch auch in vielen Argumentationen die Befürchtung herauszuhören ist, dass da eben keine freie Entscheidung getroffen wird, sondern eine gezielte Beratung im Sinne einer bestimmten Tendenz - pro oder kontra - stattfindet?

Die zweite Frage richtet sich an Frau Professorin Schneider und ihre These, dass die Liberalisierung des assistierten Suizids keine Brutalsuizide verhindere. Dazu wäre jetzt einfach meine Frage: Was sind da die empirischen Grundlagen für diese Aussage? An wie vielen assistierten Suiziden waren Sie vielleicht selbst beteiligt oder haben diese verfolgt? Oder woher kommt die tatsächliche Grundlage für diese Aussage? Könnten Sie das bitte ausführen? - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker:

Vielen Dank. - Dann kommen wir jetzt zur ersten Antwortrunde. Wie gerade geschildert, beginnen wir bei Professor Dr. Frister. Sie haben zwei Fragen, eine von Frau Helling-Plahr und eine von Frau Eichwede, und zur Beantwortung maximal vier Minuten Zeit.

Sachverständiger Prof. Dr. Helmut Frister: Schönen Dank. - Ich wurde nach der Bewertung des Entwurfs Castellucci und weiterer Abgeordneter gefragt. Ich will jetzt zur Verfassungsmäßigkeit nichts sagen, aber möchte doch sagen, dass dieser Entwurf verfahrensmäßig sehr hohe Hürden errichtet. Ich will das am Beispiel der zwingend vorgeschriebenen psychiatrischen Begutachtung erläutern, die eben dazu führt, dass auch Personen am Lebensende, die wir alle als völlig klar im Kopf einordnen würden, sich einer solchen Begutachtung unterziehen müssen.

Ich glaube, dass das nicht nur eine Zumutung für die betroffenen Personen ist, sondern auch zu erheblichen Engpässen führen wird. Letztlich wird es nur den Sterbehilfeorganisationen möglich sein, für diese psychiatrische Begutachtung Sorge zu tragen. Deshalb habe ich den Verdacht, dass da die erhebliche Gefahr besteht, dass dieser Entwurf das Ganze letztlich in Richtung der Sterbehilfeorganisationen drängt, weil es sonst gar nicht möglich ist, das abzubilden.



Das halte ich für sehr problematisch, weil das eigentlich nicht das Ziel sein sollte. Sie haben vielleicht auch gelesen, dass Sterbehilfeorganisationen schon heute entsprechende Stellenanzeigen schalten, um dieser Anforderung gegebenenfalls gerecht werden zu können.

Ich bin dann des Weiteren nach dem Werbeverbot gefragt worden. In der Tat ist das Werbeverbot, jedenfalls in dem Entwurf von Herrn Castellucci und anderen Abgeordneten, dem aufgehobenen § 219a StGB genau nachgebildet. Das Problem bei dem aufgehobenen § 219a StGB war, dass auf der einen Seite grob anstößige Werbung unter Strafe gestellt wurde. Grob anstößige Werbung unter Strafe zu stellen, kann man machen, würde ich sagen. Aber auf der anderen Seite steht eben auch Werbung mit Bereicherungsabsicht. Als Bereicherungsabsicht sahen es die Gerichte schon an, wenn jemand dafür irgendein Honorar bekommt.

Das ist natürlich etwas, was die Informationsfreiheit massiv beeinträchtigt. Das war das eigentliche Problem dieses § 219a StGB. Da meine ich in der Tat: Das sollte man jetzt nicht noch mal abbilden. Über ein Werbeverbot, das sich wirklich auf grob anstößige Werbung beschränkt, kann man meines Erachtens sprechen.

Ich glaube, das wollen wir alle nicht, nämlich grob anstößige Werbung für einen Suizid; so wie ja ohnehin - ich fand, das klang eben in der Anhörung so ein bisschen durch - niemand Suizidassistenz vor Suizidprävention fördern will. Das ist nichts - jedenfalls habe ich das so wahrgenommen -, was hier jemand möchte, sondern alle erkennen an, dass zunächst mal Hilfsangebote und Beratungsangebote an vorderster Stelle stehen müssen. Aber es muss die Freiheit bleiben, zu sagen: Wenn das alles nichts hilft, dann gibt es die Möglichkeit des assistierten Suizids. - Danke.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann hat Professor Dr. Gaede Gelegenheit zur Antwort auf zwei Fragen, von Frau Künast und Frau Eichwede; auch hier maximal vier Minuten, bitte. Sachverständiger Prof. Dr. Karsten Gaede: Vielen Dank. - Ich möchte mit den Fragen von Frau Künast zu den Minderjährigen beginnen. Hier sind wir natürlich in einem ganz besonders anspruchsvollen Bereich, nämlich bei Überlegungen, auch hier die Suizidhilfe mit genaueren Regelungen freizustellen.

Sie setzen daran an, dass wir eine selbstbestimmte Freiheit anerkennen. Hier stoßen wir bei den Minderjährigen ja auf besondere Feststellungsprobleme. Gleichzeitig ist aber auch das Legitimationsbedürfnis, das wir aus der Selbstbestimmung ziehen müssen, im Besonderen gegeben, weil wir hier ein besonders junges Alter haben und uns dann auch für eine ganz besonders lange Zeit auf die Autonomie stützen müssten.

Das ist ein Bereich, wo es mir schwerfällt, eine ganz klare Aussage zu treffen, etwa es wäre verfassungsrechtlich zwingend, hier die Freigabe schon zu gestatten. - Ich denke, hier müssen wir anerkennen, dass da ein Spielraum besteht; doch es ist schon möglich, die Feststellung der Autonomie zu hinterfragen. Da sehe ich einen etwas größeren Spielraum des Gesetzgebers; denn wir können aus meiner Perspektive anerkennen, dass eine Feststellung notwendig ist.

Ich möchte zu der Unabhängigkeit der Beratung übergehen. Bei der Beratung ist in der Tat eine ganz zentrale Frage, inwiefern man an die Unabhängigkeit noch stärkere Anforderungen stellen kann. Im Entwurf Künast/Scheer haben wir die Maßgabe, dass vom Lebenswert auszugehen ist und keine Abwertungen des Lebens in die Beratung einfließen dürfen. Das halte ich für sinnvoll. Ich denke, die Unabhängigkeit der Beratung kann man am besten regeln, indem die Beratung selbst die Pflicht hat, die Lebensalternativen und Lebenschancen aufzunehmen. Durch die inhaltlichen Punkte, die angesprochen werden müssen, ist abgesichert, dass die Beratung nicht einseitig werden kann; denn die Themen, die Eingang finden, stehen einer Einseitigkeit entgegen.

Dann hat die Frau Abgeordnete Eichwede eine Frage gestellt, die sich auf das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit bezieht. Aus meiner Sicht muss



man dem Merkmal der Geschäftsmäßigkeit, das völlig unverändert übernommen worden ist, ganz große Aufmerksamkeit widmen. Ich verstehe die Abgeordneten, die einen stärker repressiven Entwurf vorgeschlagen haben, sodass sie insbesondere weitgreifende Organisationen adressieren wollen. Aber so, wie das Merkmal definiert ist, ist es derart offen formuliert - auf die Wiederholungsabsicht wird wieder abgestellt -, dass wir in der Tat sehr schnell über Extrembeispiele nachdenken können. Auf diese Weise führen Gesetze unter Umständen auch ein Eigenleben. Wenn Sie die Definition ganz weit formulieren, kann das auch Fälle betreffen, die Sie vielleicht gar nicht einbeziehen wollen. Dann kann das auch Palliativabteilungen, die suizidgeeignete Medikamente und Schmerzmedikamente in großer Zahl abgeben, betreffen. Es kann die Diskussion um das Sterbefasten - Kollegen hatten das schon angesprochen - wieder aufkommen. Das ist ein Punkt, der im Moment nicht adressiert ist; er ist gar nicht adressiert in den Begründungen des Entwurfs.

Sie müssen davon ausgehen, dass Sie dort einen Entwurf haben, der deutlich weiter reicht. Es ist gar nicht mal so sehr die Bestimmtheit, sondern es ist die Reichweite, die diese Definition ermöglicht. Und das sehe ich als ein ganz großes Problem an, zumal wenn aufgrund einer engen Ausnahmeregelung nur in sehr engen Ausmaß von dieser großen Reichweite auch wieder Abstand genommen werden kann.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker:

Vielen Dank. - Dann hat Frau Dr. Greeve Gelegenheit zur Antwort auf die Frage von Frau Künast; maximal zwei Minuten. Bitte.

Sachverständige Dr. Gina Greeve (Deutscher Anwaltverein e. V.): Vielen Dank. - Um es vorwegzunehmen: Ich halte es nicht für eine unzulässige Differenzierung; denn auch das Bundesverfassungsgericht hat sehr deutlich gesagt, dass je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen insbesondere an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Sterbewunsches gestellt werden. Hintergrund hierfür ist nach meinem Verständnis, dass im Span-

nungsverhältnis zwischen Selbstbestimmungsrecht und Schutz des Lebens ganz zentral die Frage steht: Ist ein selbstbestimmter Wille grundsätzlich gegeben? - Da halte ich Nachweisanforderungen sehr wohl für gerechtfertigt und auch für erforderlich.

Mit Blick auf die Unterscheidung, ob eine medizinische Notlage vorliegt oder nicht, und damit auch mit Blick auf die Zeitachse, die das begründen soll, oder hinsichtlich der Frage, ob es eine andere Regelung für medizinische Notlagen gibt, halte ich das für eine zulässige - nämlich auf die Lebenssituation zugeschnittene - Regelung. Das Bundesverfassungsgericht hat nach meinem Dafürhalten auf jeden Fall einen Spielraum eingeräumt, zumal wir hier - das muss ich auch noch mal betonen - außerhalb des Strafrechts sind. Es ist für mich ein ganz großer Unterschied, ob ich mit dem schwersten Schwert und mit strafrechtlichen Anforderungen an die Sache herangehe oder nicht. Mit Blick auf die Unterscheidung denke ich, dass der Spielraum auf jeden Fall da ist und dass er auch genutzt werden kann selbstverständlich begründet und gerade auf die Lebenssituation zugeschnitten.

Insofern würde ich es auch nicht komplett freigeben. Außerdem ist es sehr schwierig, Zeiten im Einzelnen zu bestimmen. Das ist für den Juristen, der vielleicht etwas fernab von der eigentlichen ärztlichen Praxis ist, sowieso immer sehr schwierig. Ich halte eine Differenzierung und auch eine abgestufte Vorgehensweise - jedenfalls im juristischen Rahmen - für zulässig und auch für erforderlich.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker:

Vielen Dank. - Dann geht es weiter mit Dr. Hardinghaus. Ihnen wurde eine Frage von Kollegin Griese gestellt.

Sachverständiger Prof. Dr. Winfried Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.): Die Frage von Frau Griese bezog sich zum einen auf die Möglichkeiten, die wir heute in der Sterbebegleitung haben, und zum anderen auf die Frage, wie dauerhaft - aufgrund unserer Erfahrung - anfangs geäußerte Sterbewünsche sind.



Als Deutscher Hospiz- und PalliativVerband vertreten wir die Interessen der Hospizarbeit und Palliativversorgung in Deutschland, die, Gott sei Dank, seit 2015 - seit dem Inkrafttreten des Hospiz- und Palliativgesetzes, an dem viele hier beteiligt waren - einen bedeutenden Aufschwung erleben durfte, auch wenn noch nicht alles Gold ist, was glänzt. Das haben wir heute auch gehört. Zu diesen Einrichtungen gehören spezialisierte Einrichtungen wie die SAPV - Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung -, stationäre Hospize, aber auch die hausärztliche Versorgung. Wir vertreten ungefähr 1 500 ambulante Hospize und damit auch die ehrenamtlich Tätigen.

Was heute möglich ist: Wir haben moderne Mittel gegen Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Angst. Wir setzen uns gegen Einsamkeit und Trauer ein. Das alles durch neue Konzepte: multidisziplinäre Teams unter Einbeziehung von Psychologie und Seelsorge, Sozialdienst, Physiotherapie, komplementären Maßnahmen. So ist eine deutliche Symptomlinderung möglich.

In Einzelfällen kommt es vor, dass die Symptome schwer oder kaum zu lindern sind. Dort können wir heute die Möglichkeit der passiven Sedierung anbieten. Das heißt nicht, dass wir den Patienten für die letzten Tage wegspritzen, sondern wir versetzen ihn - dosiert und beobachtet - in einen mehr oberflächlichen Schlaf, aus dem wir ihn regelmäßig wieder wach werden lassen, um zwischendurch mit ihm kommunizieren zu können und ihn zu fragen: Ist es für Sie noch gut so? Möchten Sie noch etwas regeln? Möchten Sie was essen? Oder was auch immer. Das ist eine begleitete Sedierung, immer unter der Prämisse, dadurch nicht den Tod herbeiführen zu wollen. Wir nehmen allerdings in Kauf, dass er vielleicht früher eintritt.

Ich werde von Patienten oft gefragt: Was kann ich noch tun, damit ich schneller sterbe? Ich bin bereit, zu sterben. - Dann sage ich - es wurde eben das Sterbefasten erwähnt - den Patienten schon mal: Sie sind nicht gezwungen, zu essen, zu trinken und Medikamente zu sich zu nehmen. - Zum Beispiel können wir bei einem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit begleiten und Hunger und Durst lindern.

Der zweite Teil der Frage war: Wie konstant bleibt der Sterbewunsch? Ich persönlich kann mich gut an einen Fall erinnern, nämlich an den Fall eines jungen Mannes von etwa 40 Jahren. Er kam am Montag wegen starker Schmerzen auf die Palliativstation und wollte am Donnerstag entlassen werden, weil er am Freitag einen Termin zum assistierten Suizid hatte. Diesen Menschen konnte ich trotz des Angebotes, das wir den Patienten immer machen, trotz der Möglichkeiten, die die Patienten haben - ich habe einige eben aufgezählt - nicht umstimmen. Er ist bei seinem Wunsch geblieben. Und selbstverständlich haben wir den respektiert, Frau Künast, und haben ihm den nicht ausgeredet. Wir haben das akzeptiert und haben ihm auf seinem Weg und seinen Angehörigen alles Gute gewünscht.

Das ist unserer Erfahrung nach aber selten der Fall.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Ich darf Sie jetzt bitten, wirklich zum Schluss zu kommen. Sie haben etwas überzogen.

Sachverständiger Prof. Dr. Winfried Hardinghaus: Es ist auch die Erfahrung sämtlicher Einrichtungen, dass es in den 1 500 ambulanten Hospizen allenfalls - würde ich mal sagen - 10 Prozent sind, die bei dem anfänglichen Wunsch der Suizidbeihilfe oder sogar der aktiven Sterbehilfe bleiben. Also, 90 Prozent ziehen ihn zurück.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Das Wort hat dann Professor Dr. Knauer mit Antworten auf die Fragen von Frau Helling-Plahr und Dr. Steffen; maximal sechs Minuten.

Sachverständiger Prof. Dr. Christoph Knauer: Ja, vielen Dank. Ich versuche, mich kürzerzufassen; ob es mir gelingt, weiß ich nicht. - Frau Helling-Plahr, vielen Dank für die Frage zur Geschäftsmäßigkeit. Geschäftsmäßigkeit bedeutet nach der engsten Definition, dass die Tathandlung auf Wiederholung angelegt ist, und nicht mehr. Insofern ist diese Definition in ihrer reinen Wortlautformulierung widersprüchlich. Mir ist klar, dass mit der ersten Form versucht wurde, die



Sterbehilfevereine aus dem Markt zu nehmen. Das ist aber nicht gelungen und konnte nicht gelingen; denn der Begriff sollte, glaube ich, eher die Gewerbsmäßigkeit in den Mittelpunkt stellen.

Deshalb kann eben geschäftsmäßiges Handeln bereits bei einer erstmaligen Tätigkeit vorliegen, wenn jemand dabei denkt: Ich mache das auch ein zweites Mal. - Eine Gewinnerzielungsabsicht ist nämlich nicht erforderlich. Nach dieser weitesten Definition ist bei Ihrem Beispiel Geschäftsmäßigkeit gegeben. Aber selbst nach der weiteren Definition, nach der diese jedenfalls dann vorliegt, wenn der Täter seine Tathandlung zu einem dauernden oder wiederkehrenden Bestandteil seines Tuns macht, kommt es nur darauf an, was sich der Betreffende beim ersten Mal denkt. Wenn er nämlich wie in Ihrem Beispiel etwa zu sagen bereit ist: "Gegebenenfalls würde ich das auch noch für meine Schwester oder einen guten Freund machen", dann handelt er bereits geschäftsmäßig. In der Literatur herrschte bereits vor der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts völlige Einigkeit, dass damit auch das Risiko für palliativärztliche und ärztliche Tätigkeit besteht, als geschäftsmäßig eingeordnet zu werden.

Ich möchte noch auf eine weitere Diskrepanz aufmerksam machen. Es ist bei dem Entwurf der Gruppe Castellucci völlig diskrepant, dass derjenige, der zweimal hilft, aber beim ersten Mal dies noch nicht in seinen Vorsatz aufgenommen hat, nicht strafbar wäre, dagegen derjenige, der einmal mit der Überlegung hilft, es gegebenenfalls mehrmals zu tun, schon. Ich gebe zu, dass das Bundesverfassungsgericht im schriftlichen Urteil darauf nicht deutlich eingegangen ist; in der mündlichen Verhandlung waren aber die Nachfragen der Richter dazu eindeutig sehr, sehr kritisch.

Herr Dr. Steffen hat mir die große Frage nach dem Handlungsrahmen gestellt, den ich bereits versucht habe in meiner schriftlichen Stellungnahme, aber auch in meiner mündlichen Stellungnahme deutlich zu machen. Ja, es ist richtig: Das Bundesverfassungsgericht hat es offengehalten, dass eine Regelung auch im Strafrecht verankert oder jedenfalls durch strafrechtliche Sanktionierung abgesichert werden kann, aber unter ganz strengen Voraussetzungen. Diese sind zunächst: Grundlage jeder Regelung muss nach dem Bundesverfassungsgericht das Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben sein, die persönliche Autonomie. Die allgemeine Schutzpflicht des Staates, die mir hier häufig den Vorrang zu erhalten scheint, hat dagegen zurückzutreten. Wir müssen ein wenig aufpassen, dass wir nicht die Argumentation wiederholen, die das Bundesverfassungsgericht klar nicht mitgetragen hat. Deswegen gibt es auch eine ganz enge Formulierung des Bundesverfassungsgerichts, eine nach der von Frau Künast zitierten. Allerdings 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 ist ein sehr enger Rahmen, bei dem ich glaube, dass eine sehr starke Einschränkung besteht. Das sage ich jedenfalls in Richtung der Gruppe Castellucci. Ich habe mit Interesse gehört, Herr Kollege Sinn, dass Sie zumindest das aus der Rechtfertigung rausnehmen wollen; denn das würde, so wie es jetzt formuliert ist, massivste Strafbarkeitsrisiken für alle mit sich bringen. Man muss sich das überlegen: Wir unterscheiden ja zwischen Unrecht, Rechtswidrigkeit und Schuld in der Strafrechtsdogmatik. Es tut mir leid, es ist neben ethisch auch strafrechtsdogmatisch relevant. Wenn wir diesen Vorschlag umsetzen würden, dann würde das dazu führen, dass wir eine Strafbarkeitserweiterung auch bei Fällen haben - ich habe es vorher gesagt -, die wir bisher als völlig klar straflos sehen würden und die auch nach den Entscheidungen des Bundegerichtshofs inzwischen aus meiner Sicht klar straflos sind. Deswegen sehe ich darin ein erhebliches Risiko in der Formulierung und bin überzeugt davon, dass der Rahmen auch in der Verhältnismäßigkeit überschritten ist, was diese Überregulierung, die ich formuliert habe, aus meiner Sicht deutlich macht.



Ich habe jedes Verständnis dafür, dass wir uns daran halten müssen, dass das Bundesverfassungsgericht die Freiverantwortlichkeit bestimmen muss. Ich musste ja selber erst vor Kurzem vom Theoretiker zum Praktiker werden. Selbstverständlich muss dann in Abständen ein Beratungsgespräch geführt werden und im Rahmen eines Beratungskonzepts offen gesprochen werden.

Die Psychiater machen ja eines klar: Freiverantwortlichkeit bedeutet: Ich bin dann noch freiverantwortlich, wenn ich Alternativen erkennen kann. - Dazu dient ja dieses Beratungsgespräch, und dazu dient dann auch das Gespräch mit dem verschreibenden Arzt. Deswegen ist meine Überzeugung, dass das Beratungskonzept im Entwurf Helling-Plahr ausreicht. Ich glaube auch - und das haben wir ja, Herr Sinn, als Strafrechtslehrer vor der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in großer Zahl unterschrieben -, dass das Thema eines sein kann, in dem Strafrecht gar nicht vorkommt; davon bin ich überzeugt.

Ganz kurz zu der Frage - jetzt bin ich doch wieder knapp in der Zeit - des Gefährdungsdeliktes. Ja, Herr Dr. Steffen, zusätzlich zu diesem Unwerturteil, das in der Norm steht, und zu der Problematik der Verortung in der Rechtswidrigkeit kommt das abstrakte Gefährdungsdelikt; denn das abstrakte Gefährdungsdelikt nimmt den Tatbestand so weit ins Vorfeld - ich habe es gesagt -, dass auch dort dogmatische Grundpfeiler, die wir bisher haben, aufgehoben werden. Ich habe das Beispiel "versuchte Beihilfe zum Mord" genannt: Ich überlege mir, dass ich jemanden unterstützen will, der zum Mörder wird, aber ich tue noch nichts dafür, sondern ich fange nur an. Da bin ich noch nicht mal bei § 30 StGB. Hiernach wäre es aber strafbar. Das geht aus meiner Sicht wesentlich zu weit. - Entschuldigung, ich habe die Zeit überschritten.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann kann jetzt Frau Kurzke auf die Frage von Herrn Strasser antworten.

Sachverständige Kerstin Kurzke (Malteser Hilfsdienst e. V.): Die Frage war ja: Wann ist der Entschluss freiverantwortlich und dauerhaft, und

was sind die Kriterien? Ich will da mit einem Beispiel beginnen. Ich erinnere mich an einen Mann, der gesagt hat: Ich will eigentlich keinen Suizid, niemand will das. Aber die Alternativen, das, was auf mich zukommt, stelle ich mir so schrecklich vor, dass der Suizid sozusagen der leichtere Weg ist. - Ich merke halt in der Praxis, dass wir wirklich mit einer einfachen Beratung im Sinne des Informierens darüber, was es gibt, bei Menschen in Krisen nicht andocken können. Da braucht es einen intensiven Beratungs- und Begleitungsprozess, weil es in dem Sinne eine komplexe Situation ist. Es gibt ganz viele unterschiedliche Ängste. Es gibt die Ängste davor, was auf mich selbst zukommt, aber auch die Angst davor, was ich meiner Familie zumute, was ich da für eine Last sozusagen bewirke. Wenn Menschen vulnerabel sind und in dem Sinne das Gefühl haben, sie sind davon abhängig, dass Leute gut zu ihnen sind und sie gut versorgen, und wenn sie mitkriegen, dass es zum Teil nicht genug Angebote gibt, dann macht das ihnen große Sorge.

Fakt ist: Es braucht eine ganz intensive Zeit und auch menschliche Ressourcen im Sinne von Beratung und Begleitung wie im Suizidpräventionsgesetzesvorschlag. Ich glaube, da braucht es eine ganz intensive Kopplung zwischen dem, was es an Kontrollinstanzen und sozusagen an Schutz gibt, und der Vermittlung in Suizidpräventionsberatung, die aber wirklich auch die entsprechenden Ressourcen braucht und engmaschig sein muss, sodass man die verschiedenen Ängste genau angucken und dazu passende Hilfen erbringen kann.

Ich will noch ein Beispiel bringen. Es gab eine Frau, die hat gesagt: Wenn ich in einem Rollstuhl sitze, dann ist der Punkt erreicht, bei dem ich assistierten Suizid will. Das kann ich mir so gar nicht vorstellen, das ist furchtbar. - Aber im Beratungs- und Begleitungsprozess konnte sie dann feststellen, dass das sehr wohl möglich ist, dass das Lebensqualität ist. Dafür braucht es aber einen Menschen oder ein Team, was da ist und durch Information zeigt, was es für Alternativen gibt. - Danke.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Eine Frage von Frau Griese wird

Vielen Dank. - Eine Frage von Frau Griese wird beantwortet von Frau Dr. Lewitzka. Zwei Minuten.

Sachverständige Dr. Ute Lewitzka (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention - Hilfe in Lebenskrisen e. V.): Die Frage war ja, ob ein Angebot die Nachfrage hochtreibt. Da würden wir sagen: Ganz klar ja. - Ich gebe mal ein ganz simples Beispiel. Ich wusste vor 20 Jahren noch nicht, wie viele Sorten Joghurt es heute gibt, wenn ich in den Supermarkt gehe, und dass ich mindestens zehn verschiedene Sorten erwarte und dieses Angebot auch in Anspruch nehme. Oder denken wir an Autos oder Beispiele aus der Medizin! Zu Schönheitsoperationen gab es vor 20, 30 Jahren kein Angebot, und da gab es auch keine Nachfrage; heute sind sie selbstverständlich.

Wir sehen in anderen Ländern die Entwicklung, dass die alle mit einem ganz eng gefassten Kreis gestartet sind, nämlich mit Schwerkranken, am Lebensende Stehenden oder dem Tod unmittelbar Bevorstehenden, und dieser wurde sukzessive ausgeweitet. Wir haben in Belgien, in den Niederlanden die Tötung auf Verlangen, und wir haben sie nicht nur bei Menschen, die palliativ versorgt werden müssen; wir haben sie bei Menschen mit gut behandelbaren Depressionen; die Zahlen dafür gehen hoch. Wir sehen außerdem, dass die Zahl der Tötungen auf Verlangen "without request" - das heißt, die Betroffenen fordern sie in dem Moment gar nicht mehr - zunimmt. Die Zahl ist steigend, im Übrigen auch die Suizidraten.

Ich erinnere an das Beispiel, das Herr Hardinghaus vorhin angesprochen hat. Eine alte Dame war dement, und der Ehemann kam und hat gesagt: Jetzt ist es doch Zeit, aus dem Leben zu gehen. - Die Ärztin hat sich dann beraten und hat gesagt: Wir machen das. - Sie hat der Patientin vorher ein Beruhigungsmittel in den Kaffee geschüttet. Die Folge war, dass das Gericht später gesagt hat: Wir müssen die Rechtsprechung ändern. Denn es ist jetzt auch erlaubt, Leute, die Suizidassistenz bekommen, vorher zu beruhigen.

Das ist eine ganz weite Entwicklung. Wir haben Fälle aus Kanada, wo einem Hospiz öffentliche Förderung gestrichen wurde, weil dieses Hospiz sich geweigert hat, diese Suizidassistenz anzubieten.

In Kanada ist die Regelung der Suizidassistenz ja verankert im Bill C-14 bzw. jetzt im Bill C-7. Wir haben Ökonomen, die schon durchrechnen, was man an Kosten sparen würde, wenn man die Wartefrist noch mal verkürzen würde. Das wird wirklich durchgerechnet.

(Dr. Petra Sitte (DIE LINKE): Von wem denn?)

Also - ich komme zum Ende -: Wenn wir ein Angebot zur Verfügung stellen, werden wir damit eine Nachfrage erzeugen.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker:

Vielen Dank. - Dann hat Frau Professor Dr. Schneider Gelegenheit zur Antwort auf die Frage von dem Kollegen Seitz. Zwei Minuten.

Sachverständige Prof. Dr. Barbara Schneider:

Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Die Frage lautete, warum ich behauptet habe, dass eine Liberalisierung keine Brutalsuizide verhindern kann, und woher die Grundlagen kommen. Der zweite Teil der Frage ist ganz leicht zu beantworten: Die Grundlagen kommen natürlich aus den statistischen Ämtern der verschiedenen Länder. Wir haben zum Beispiel Daten aus der Schweiz, aus Luxemburg, aus den Niederlanden, aus Belgien, aus Oregon, und zwar getrennt nach assistiertem Suizid und Suizid.

Wir wissen, dass in all diesen Ländern, wo es eine Liberalisierung der Gesetzgebung zum assistierten Suizid gegeben hat, die Suizidraten nicht abnehmen, sondern in der Regel gleich bleiben. Das einzige Land, wo sie leicht abgenommen haben, ist Belgien. In all diesen Ländern, wo eine liberale Gesetzgebung zum assistierten Suizid vorherrscht, ist es so, dass nicht nur die Zahl der assistierten Suizide von Jahr zu Jahr zunimmt und zwar zwischen 10 und 20 Prozent -, sondern auch die Suizidraten in der Tendenz ansteigen.

Natürlich sind das keine Daten, die in wissenschaftlichen Studien erhoben wurden, sondern das sind tatsächlich jeweils die Daten der statistischen Ämter der einzelnen Länder. Diese sind ein ganz deutlicher Hinweis darauf, dass die Zahl der assistierten Suizide on top zu den Zahlen der Suizide kommt. Ganz deutlich sichtbar ist das in der Schweiz, wo eben eine Trennung von assistiertem Suizid und Suizid in der Statistik ihren Niederschlag gefunden hat. - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Danke schön. - Eine weitere Frage von Herrn Seitz ging an Professor Dr. Schöne-Seifert.

Sachverständige Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert:

Herr Seitz. Sie haben die zum Nachdenken anregende Frage an mich herangetragen, ob Betreuungsgerichte nicht in einer Beratungsfunktion eingesetzt werden könnten und sollten. Nun sind an die Beratung und ebenso an die Freiwilligkeitssicherung, die wir alle wünschen und wollen und für unerlässlich halten, zwei Anforderungen zu stellen. Die erste betrifft sozusagen die Kompetenz, die dafür nötig ist, Freiverantwortlichkeit zu prüfen und Angebote für alternative Therapien zu machen, bis hin zur palliativen Sedierung, von der wir gehört haben. Dafür ist das Betreuungsgericht sicher nicht geeignet. Es bringt dafür keine Kompetenzen mit und müsste sich aufrüsten, sodass man vielleicht doch eher gucken sollte, ob man das in anderen Strukturen unterbringt.

Die zweite Anforderung betrifft die Unabhängigkeit. Die wäre sicher gegeben. Aber ich frage mich, ob es wirklich gerechtfertigt ist, zu unterstellen - das Arzt-Patienten-Verhältnis wird im Helling-Plahr/Sitte-Antrag, dem ich zustimmen würde, prominent herausgestellt -, dass Ärzte ihre Patienten dann doch irgendwie "in den Suizid schnacken" könnten, und ob diese Befürchtung nicht vollkommen an den Haaren herbeigezogen ist.

Ich meine, wir müssen uns alle klarmachen, dass Ärztinnen und Ärzte, auch wenn sie Suizidhilfe in bestimmten Fällen ethisch wirklich legitim finden, darin trotzdem keine grandiose Aufgabe sehen können. Sie werden das sozusagen als einen letzten Dienst an ihren Patienten betreiben. Und wenn sie sich wirklich auch nur dem Verdacht aussetzen, dass sie unfreiwillige Suizidenten unterstützt haben, verlieren sie ihre Reputation, ihre Approbation und ihre Freiheit. Welche Ärztin oder welcher Arzt würde so etwas leichtfertig durchwinken? Ich könnte mir keinen vorstellen. Im Übrigen geben die vielzitierten Daten aus den Niederlanden, die ja dokumentieren, was in jedem einzelnen Fall gelaufen ist, keinen Hinweis darauf, dass man in dieser Hinsicht Angst haben müsste.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker:

Danke schön. - Dann hat Professor Sinn Gelegenheit zur Antwort auf zwei Fragen von Ansgar Heveling und eine Frage von Herrn Strasser. Insgesamt maximal sechs Minuten.

Sachverständiger Prof. Dr. Arndt Sinn: Herzlichen Dank. - Frau Vorsitzende! Meine sehr verehrten Damen und Herren Abgeordneten! Ich antworte zunächst auf die Frage hinsichtlich der strafrechtlichen Notwendigkeit - was soll das eigentlich alles? -, die Herr Heveling gestellt hat.

Stellen Sie sich bitte mit mir gemeinsam einen Ozean vor. Der Ozean ist in einem liberalen Strafrecht - und die deutsche Strafrechtswissenschaft folgt einem liberalen Strafrecht - die Freiheit. In diesem Ozean gibt es viele kleine Inseln. Das ist die Strafbarkeit. Und diese Strafbarkeit, wenn sie jedermann betreffen soll, wenn sie jedermann sehen soll, steht im Strafgesetzbuch. Jetzt gibt es in diesem Ozean eine Insel, die vernebelt ist, die man gar nicht so richtig sieht. Und wenn etwas vernebelt ist, kann man ganz schnell auflaufen. Diese Insel, die durch Begriffe wie "mittelbare Täterschaft" und "Fahrlässigkeit" vernebelt ist, das ist die Strafbarkeit der Hilfe zum Suizid, der nicht freiverantwortlich getroffen wurde.

Wenn heute jemand, der Suizidhilfe leisten will, fragt: "Ist das, was ich hier vorhabe, strafbar oder nicht?", dann muss man ihm einen langen Vortrag halten, damit er das weiß, und wenn man keine Zeit dafür hat, dann muss er in die Bibliothek gehen und ganz lange Kommentare lesen. Deshalb meine ich, dass ein Konzept, das klarmacht: "Das ist das Gebot, das ist das Verbot, das



sind die Ausnahmen", eben auch hier zur Transparenz beiträgt. Das ist, glaube ich, die Stärke: Der Nebel wird gelüftet, und ein Blick ins Gesetz erleichtert die Rechtsfindung.

Ich komme zur zweiten Frage, zur Geschäftsmäßigkeit. Herr Knauer hat eigentlich schon viel dazu gesagt. Es gibt auch eine Studie dazu, die sich aus unterschiedlichen Auslegungsperspektiven mit dem Merkmal der Geschäftsmäßigkeit beschäftigt. In der Tat: Jemand, der wiederholt diese Dienste, diese Hilfe anbietet, der wird wohl geschäftsmäßig handeln. Jetzt sind solche Begriffe, die einer Auslegung zugänglich sind, nichts Neues für das Strafrecht. Es ist also nicht so, dass das jetzt auf einmal aufpoppen würde.

Das Bundesverfassungsgericht - ich war nicht in der mündlichen Verhandlung, Herr Knauer; ich weiß nicht, was dort gesagt wurde - hat das jedenfalls in der Begründung zu seiner Entscheidung kurz aufgegriffen und gesagt, Ärzte können nicht ausgenommen werden, Pflegepersonal auch nicht; das würde nicht gehen. - Also fallen sie darunter. Das muss man mal so zur Kenntnis nehmen. Aber wir haben im Strafrecht auch noch eine Irrtumsdogmatik. Irrtumsdogmatik heißt: Wenn jemand nicht weiß, dass er geschäftsmäßig handelt, dann hilft ihm auch dort die Dogmatik, möglicherweise über einen Verbotsirrtum hinaus. Also, da gibt es Kompensationsmechanismen. Aber, wie gesagt, es ist ein schwieriges Merkmal, mit dem man sich beschäftigen muss.

Zur Frage von Herrn Strasser zum § 216 StGB "Tötung auf Verlangen". Nun muss man bei diesem Fall, den der Bundesgerichtshof entschieden hatte, sehen: Die Grenze zwischen der Strafbarkeit und der Straflosigkeit liegt darin, dass man im Falle der Anwendung von § 216 von fremder Hand stirbt, während man beim Suizid von eigener Hand stirbt und sich - das ist Gegenstand unserer Anhörung hier - eben der Hilfe anderer bedienen kann. Das ist ein Recht, das das Bundesverfassungsgericht klargestellt hat.

In diesem Fall war es so, dass die Person tatsächlich von fremder Hand gestorben ist. In der Urteilsbegründung liest man nun, dass der Senat zu

der Auffassung neigt, dass § 216 teilweise verfassungswidrig ist. Das ist alles andere als Rechtsklarheit. Also kann ich, wenn jemand kommt und sagt: "Ich werde hier angesprochen; wir haben das und das vor", wieder den nächsten Vortrag halten oder ihn wieder in die Bibliothek schicken. Auch mit dem Verweis auf diese neue Entscheidung kann man nicht wissen, was Sache ist. Es ist auch in der Wissenschaft keine große Überraschung, dass mit diesem Fall eine neue Dimension der Diskussion aufgemacht wurde, sodass man sich durchaus vorstellen könnte, ein Gesamtkonzept des Lebensschutzes zu diskutieren. Aber das ist heute nicht unser Thema.

Ich komme zum Schluss. Diese Entscheidung mag richtig sein, aber sie hat natürlich neue Auslegungsfragen aufgeworfen und neue Grenzbereiche eröffnet, die nicht zur Rechtssicherheit beigetragen haben. - Danke schön.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker:

Gut. - Dann starten wir jetzt in die zweite Fragerunde, und wir versuchen, das Ganze so zu optimieren, dass möglichst viele Fragesteller drankommen können. Ich bitte noch einmal sehr um Konzentration und zeitliche Beschränkung.

Wir starten mit drei Fragen aus der Gruppe Castellucci, Heveling und anderen. Das Wort hat Frau Kappert-Gonther.

Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Zunächst ganz herzlichen Dank an die Sachverständigen für die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und für Ihre Expertise.

Unser Gesetzentwurf stellt ja in das Zentrum der Überlegungen die Frage: Wie sichern wir die freie Verantwortlichkeit und die Autonomie? Das ist der Kern all unserer Überlegungen. Dazu möchte ich gerne Frau Dr. Lewitzka noch mal fragen. Sie haben ja eben sehr gut hergeleitet, dass Suizidalität immer im Kontext der Lebensbedingungen entsteht. Wenn wir das ernst nehmen und jetzt absichern wollen, dass niemand zum assistierten Suizid gedrängt wird, auch nicht unbewusst gedrängt wird, möchte ich vor diesem Hintergrund



von Ihnen gerne wissen: Was können denn innere und äußere Drucksituationen sein, auch gesellschaftlicher Art, die hier die Autonomie potenziell einschränken? Wie empfehlen Sie damit umzugehen, und denken Sie, dass ein Schutzkonzept, so wie wir das vorschlagen, entsprechend abgesichert werden kann?

Frau Professor Schneider, vorhin wurde hier ja kurz so holzschnittartig gesagt, es sei einfach, den freien Willen irgendwie festzustellen. Ich möchte Sie gerne fragen: Welche Expertise, glauben Sie, ist notwendig, um die Einschränkung oder auch das Vorhandensein des freien Willens festzustellen? Wie kann sichergestellt werden, dass ein solches Gespräch nicht einengend, sondern eben autonomiefördernd stattfindet? - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Dann hat das Fragerecht Lars Castellucci.

Dr. Lars Castellucci (SPD): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe zwei Fragen, eine an Frau Professor Schneider und eine an Herrn Professor Sinn.

Frau Schneider, vorhin war im Zusammenhang mit den Suizidwünschen davon die Rede, dass die eine Gruppe nicht respektieren würde, wenn jemand suizidwillig ist. Ich weiß offen gestanden gar nicht, wer damit hier im Raum gemeint sein soll; denn natürlich muss man den Suizidwillen einer Person, wenn dieser freiverantwortlich getroffen ist, respektieren. Der Punkt ist nur: Hat Hilfe noch eine Chance, die Menschen zu erreichen, möglicherweise schneller als das Angebot zum assistierten Suizid, wenn noch etwas an Hilfe, an Beratung, an menschlicher Nähe möglich ist? Sie haben in diesem Zusammenhang von Suizidprävention gesprochen. Im Antrag von Kollegin Helling-Plahr werden flächendeckende Suizidberatungsstellen genannt. Sehen Sie das als einen Beitrag zur Suizidprävention? Der Kollege Lindh hat sich ja auf einer Podiumsdiskussion entsprechend geäußert und gesagt, diese Suizidberatungsstellen würden präventiv wirken können.

Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Sinn. Dazu muss ich jetzt noch mal Frau Helling-Plahr direkt adressieren. Sie hat ja wiederholt - auch heute wieder - gesagt, dass in unserem Antrag die Sache mit den Angehörigen unklar sei, also für den Fall, dass ein Angehöriger beispielsweise zunächst beim Vater helfen würde und anschließend noch bei der Mutter. Wir haben in unserem Antrag - ich zitiere daraus - unter § 217 Absatz 3 stehen:

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

Gibt es denn über diesen Satz hinaus etwas, das wir noch klären können, damit dieser Irrtum bzw. dieses Missverständnis ausgeräumt werden kann?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Dann Frau Kollegin Vogler.

Kathrin Vogler (DIE LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank auch den Sachverständigen, dass Sie uns hier mit Ihrer Expertise zur Verfügung stehen.

Meine erste Frage geht an Frau Kurzke. Vorhin wurde der Vergleich gezogen zur Beratungspflicht im § 218, den ich für unzulässig halte, weil die Beratungspflicht im § 218 ja klar zielgerichtet ist. Dahingegen umfasst der Entwurf Castellucci et al. die Pflicht zu einer ergebnisoffenen und gegebenenfalls multiprofessionellen Beratung. Da würde ich von Ihnen gerne hören, wie diese ausgestaltet sein könnte, um das Ziel zu erreichen, die Selbstbestimmung zu sichern.

Die zweite Frage geht an Herrn Professor Hardinghaus. Der Sachverständige Gaede hat gerade gesagt, das Merkmal "Geschäftsmäßigkeit" würde die Palliativmedizin gefährden. Nun sind Sie jemand, der hier für die Hospiz- und Palliativbewegung sprechen kann. Haben Sie eine Idee, was er damit gemeint hat? Und wie real ist das eigentlich?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Dann haben wir Fragen von Frau Helling-Plahr.

Katrin Helling-Plahr (FDP): Jawohl. - In aller Kürze vorangestellt dennoch die Bemerkung, dass wir in unserem Gesetzentwurf keine Suizidberatungsstellen, sondern Beratungsstellen vorsehen. Außerdem haben Sie gerade selbst vorgelesen, dass die Voraussetzungen in § 217 Absatz 3 kumulativ vorzuliegen haben. Aber gut, nun zu den Fragen.

Frau Professor Schöne-Seifert, das Strafrecht ist bekanntlich ein scharfes Schwert. Die Normen selbst, Ermittlungen, Gerichtsverfahren, Sanktionen wirken präventiv und sollen das ja auch. Durch einen neugefassten § 217 soll Hilfeleistung beim Suizid erneut unter Strafe gestellt werden. Würde diese Strafbarkeit trotz bestehender und im Einzelfall vielleicht greifender Ausnahmen aus Ihrer Sicht dazu führen, dass sich ganz grundsätzlich weniger Ärzte bereit erklären würden, Suizidhilfe zu leisten, weil sie Angst haben, sich strafbar zu machen? Und würde das dazu führen, dass wir den Betroffenen schaden und dass sie sich wieder alleingelassen fühlen müssen?

Die zweite Frage möchte ich gern an Herrn Professor Frister richten. Wir haben bereits viel zum Thema Freiverantwortlichkeit gehört. Sie haben ja die Arbeitsgruppe des Ethikrates geleitet, die sich mit dem Thema "Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit" auseinandergesetzt hat. Mich würde die entsprechende Perspektive auch mit Blick auf die heutigen Entwürfe interessieren.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Dann hat Frau Rudolph das Fragerecht.

Tina Rudolph (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Ich würde gerne eine Frage an Sie stellen, Herr Schulz, und zwar: Das Bundesverfassungsgericht hat ja in seinem Urteil den § 217 des Strafgesetzbuches für verfassungswidrig erklärt und dabei klargestellt, dass jedem ein Recht auf einen selbstbestimmten Tod in Würde zusteht. Könnten Sie bitte noch mal ausführen,

warum es aus Ihrer Sicht nötig ist, dass der Gesetzgeber auf dieser Grundlage den assistierten Suizid jetzt neu regelt?

Meine zweite Frage geht auch an Professor Frister. Wir haben in dieser Debatte ja zwei liberale Gesetzentwürfe vorliegen, und Sie hatten angedeutet, dass sie sich in einigen Aspekten ähneln und man durchaus Aspekte aus diesen beiden Entwürfen zusammenführen könnte. Könnten Sie bitte skizzieren, wie das aus Ihrer Sicht möglich wäre? - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Die nächste Frage stellt Kollegin Scheer.

Dr. Nina Scheer (SPD): Vielen Dank. - Meine Frage geht an Frau Dr. Greeve, und zwar möchte ich noch mal eingehend ausgeführt haben, wie Ihre Sichtweise zu den Anknüpfungspunkten ist, die man teilweise in Einzelfallbetrachtungen erstellt, dass sich manche Patienten, wenn sie palliativmedizinisch betreut werden, vom Sterbewunsch abwenden würden und dass das offenbar die Grundlage für die Kollegen mit dem Strafbarkeitsentwurf ist, für alle weiteren Fälle zu sagen, deswegen könnte man es auch ausschließen. Wie weit ist diese Herangehensweise mit den Prämissen des Bundesverfassungsgerichts überhaupt vereinbar?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Anschließend teilen sich jetzt Frau Bayram und Herr Benner das Fragerecht. - Frau Bayram, bitte.

Canan Bayram (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. - Ich habe eine Frage an Frau Dr. Lewitzka. In dem Gesetzentwurf von Dr. Castellucci und anderen wird die Straflosigkeit der Suizidbeihilfe an die Voraussetzung geknüpft, dass die 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 vorliege. Dies setze in der Regel mindestens zwei Termine mit einem Mindestabstand von drei Monaten voraus. Da wäre jetzt meine Frage: Wie verhält sich dies zu der jüngsten Erhebung



der Bundespsychotherapeutenkammer, die ergab, dass die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz derzeit mindestens drei bis neun Monate beträgt? Also wie ist realistisch zu gewährleisten, dass Personen ihren Sterbewunsch zeitnah auch tatsächlich umsetzen können?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Herr Benner.

Lukas Benner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine Frage geht an Professor Dr. Gaede, und zwar geht es um die Frage der Drittwirkung. Das Bundesverfassungsgericht führt in seinem Urteil unter Randnummer 213 aus, dass in der "Wahrnehmung eines Grundrechts", welches von der Einbeziehung dritter Personen abhängig ist, das Grundrecht auch davor schützt, "dass es nicht durch ein Verbot gegenüber Dritten, im Rahmen ihrer Freiheit Unterstützung anzubieten, beschränkt wird." Mich würde Ihre Einschätzung dazu interessieren, inwieweit im Lichte dieser Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts - natürlich darf niemand dazu gezwungen werden, mitzuwirken - eine Einrichtung für alle Beschäftigten oder alle Beteiligten die Mitwirkung am Suizid ausschließen könnte bzw. inwieweit von dieser Freiheit, nicht beteiligt zu sein, nur natürliche Personen umfasst sind.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Danke schön. - Die nächste Frage stellt Frau Wegge.

Carmen Wegge (SPD): Vielen Dank. - Ich hätte zwei Fragen an Herrn Knauer. Und zwar würde ich gerne noch mal auf die psychischen Erkrankungen eingehen. Alle drei Gesetzentwürfe treffen ja Regelungen dazu; das Bundesverfassungsgericht hat es auch in seinem Urteil angesprochen. Tatsächlich sind akute psychische Störungen in der Rechtsprechung aber nicht legaldefiniert. Wenn man sich das einmal anschaut, stellt man fest, es ist alles sehr uneinheitlich. Deswegen ist an dieser Stelle meine Frage an Sie: Halten Sie die in den verschiedenen Entwürfen vorgesehenen gesetzlichen Voraussetzungen für geeignet, Menschen mit psychischer

Erkrankung, die in der Lage sind, eine freiverantwortliche Entscheidung zu treffen, eine Umsetzung ihres Sterbewunsches zu ermöglichen? Und halten Sie die jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen für hinreichend bestimmt und rechtssicher? Denn im Zweifel könnten ja doch Bedenken bestehen, sodass Menschen, die zwar eine psychische Störung haben, aber trotzdem freiverantwortlich einen Sterbewunsch autonom formulieren können, ihn eben nicht umsetzen können.

Die zweite Frage: Der Entwurf um Künast und andere sieht vor, dass eine Behörde entscheiden soll, ob ein Zugang zu dem entsprechenden Medikament erfolgt. Da ist einfach die Frage: Welche Möglichkeiten gibt es überhaupt für den Aufbau einer geeigneten Behördeninfrastruktur? Und welche Behörde würde Ihrer Meinung nach überhaupt infrage kommen, an die die Länder das übertragen könnten?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Das waren jetzt drei Fragen, liebe Kollegin; bitte also um kurze Antwort. Herr Gürpinar hat dann das Fragerecht, und die anderen fassen wir zeitlich ein bisschen zusammen.

Ates Gürpinar (DIE LINKE): Vorweg vielen Dank für die Möglichkeit, hier Fragen stellen zu können, und vielen Dank für die gute Organisation.

Ich habe zwei Fragen an Frau Dr. Ute Lewitzka. Zum einen bewegt mich - vielleicht auch als Linker, aber nicht nur - die soziale Indikation, die zum Suizidgedanken führt. Und ich frage mich deswegen habe ich mich bislang noch keinem Gesetzentwurf angeschlossen -, inwiefern wir als Gesetzgeber den Menschen jetzt ein selbstbestimmtes Sterben ermöglichen müssen, ihnen aber ein selbstbestimmtes Leben mehr und mehr verwehren. Es wäre ja dann spannenderweise die letztmögliche Selbstbestimmung, die diese Menschen haben. Deswegen würde ich mich freuen, wenn Sie vertiefen würden, wie sich die Sorge, schlecht gepflegt zu werden, eine finanzielle Belastung für die Familie zu sein, oder - das hat Frau Bayram schon von anderer Seite aufgeführt fehlende psychische Betreuung oder unfassbar lange Wartezeiten in der psychischen Betreuung



auf suizidale Wünsche auswirken. Trägt einer der Gesetzentwürfe dazu bei, diese Indikation zu vermindern?

Die Thematik der zweiten Frage hatte Frau Dr. Schneider schon ein bisschen angesprochen; die hatten Sie, Frau Lewitzka, aber quasi vorbereitet: Wie bewerten Sie die Erfahrungen aus anderen Ländern? Das war bei Ihnen am Ende noch mal aufgetaucht. Ich würde gern noch mal vertieft wissen, was Sie da aus anderen Ländern mitbringen können. - Danke schön.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Dann hat Carsten Müller das Wort und dann auch noch mal Kollege Seitz.

Carsten Müller (Braunschweig) (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Ich habe mich auch noch keiner Gruppe angeschlossen.

Meine Frage möchte ich an Herrn Professor Dr. Hardinghaus richten. Frau Professor Dr. Schöne-Seifert hatte eben die Formulierung verwendet: Ärzte, die Patienten in den Suizid "schnacken". Mich würde aus Ihrer umfangreichen Beratungs- und Begleitungspraxis interessieren: Stellen Sie fest, dass das Umfeld von Personen, die sich mit dem Gedanken an einen Suizid tragen und dabei assistiert werden wollen, aus wirtschaftlichen Motivationen heraus Einfluss übt? Und wenn ja, kann man das kategorisieren, aus welchen Richtungen, mit welchen Motivationen ein solcher Einfluss ausgeübt wird, oder sind das insgesamt zahlenmäßig zu vernachlässigende Einzelfälle? - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Dann Herr Seitz. Bitte schön.

Thomas Seitz (AfD): Vielen Dank. - Ich habe nur eine Frage, die ich dann aber gleichermaßen von Professor Dr. Sinn und Professor Dr. Gaede zu beantworten bitte, und zwar: Das Werbeverbot in § 219a StGB hat ja der Gesetzgeber vor Kurzem aufgehoben. Zugrunde lag hier eine rechtswidrige Tat in Form der Abtreibung, die gegebenenfalls straflos bleibt. Jetzt soll mit dem § 217a StGB im Gesetzentwurf der Gruppe Castellucci/Heveling

auch ein Werbeverbot in engem zeitlichen Zusammenhang zur Abschaffung des anderen Werbeverbots neu eingeführt werden, dem aber kein Handeln zugrunde liegt, das rechtswidrig ist; wir haben bei der Selbsttötung ja eine rechtmäßige Handlung. Da frage ich: Ist das nicht ein ganz gewaltiger Wertungswiderspruch? Und was bedeutet das für die Akzeptanz der Strafnorm und überhaupt für das Strafrecht als Ultima Ratio des Rechtsgüterschutzes? - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker:

Vielen Dank. - Dann beginnen wir jetzt mit der Antwortrunde in umgekehrter Reihenfolge. Ich würde Sie, Herr Schulz, bitten, auf die Frage von Frau Rudolph zu antworten.

Sachverständiger Maximilian Schulz: Vielen Dank. - Könnten Sie die Frage noch mal wiederholen, bitte? Also, ich habe noch § 217 StGB im Hinterkopf, aber nicht den genauen Wortlaut.

Tina Rudolph (SPD): Es ging um die Betonung, dass jedem ein selbstbestimmtes Sterben, also ein Tod in Würde, zusteht, und um die Frage, warum Sie es für so fundamental wichtig halten, dass wir das als Grundlage nehmen, um als Parlament jetzt eine gesetzliche Regelung anzustreben, also Betonung auf die Autonomie und die Würde des Einzelnen.

Sachverständiger Maximilian Schulz: Ich bin mir jetzt gar nicht sicher, wie ich darauf antworten soll. Natürlich ist es wichtig, dass dieser Aspekt aus dem Strafgesetzbuch herausgenommen wird; denn nur so können Ärzte und auch Pflegende, ich sage mal, befreit dem Sterbewunsch nachkommen. Alleine, dass es im Strafgesetzbuch geregelt wird, wird, glaube ich, bei vielen Ärzten Hemmungen mit sich bringen.

Und für mich gehört es natürlich dazu, dass ich in Würde aus dem Leben scheiden möchte. Ich habe, wie gesagt, tatsächlich Menschen in Krankenhäusern erlebt, die das als nicht würdevoll empfanden. Es gab da einen sehr viel älteren Herrn, der nicht mehr aus eigener Kraft irgendetwas konnte, sondern nur morgens angekleidet und abends wieder ausgekleidet und aus dem Bett geholt und ins Bett gelegt wurde. Und der



hatte tatsächlich mehrfach gesagt, dass er gerne sterben würde. Er konnte halt nicht, weil allein sein Herz ihn jeden Morgen mit ausreichend Blut in seinen Gefäßen und in seinem Hirn versorgt hat. Das hat für mich nichts Würdevolles mehr, im Gegenteil. - Ich hoffe, das beantwortet Ihre Frage.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker:

Vielen Dank. - Dann geht das Rederecht weiter an Professor Sinn mit den Fragen der Kollegen Castellucci und Seitz.

Sachverständiger Prof. Dr. Arndt Sinn: Danke schön. - Herr Castellucci, mit Ihrer Frage sprechen Sie natürlich ein dogmatisches Problem an, das man versucht in § 217 Absatz 3 der neuen Fassung zu regeln. Das betrifft das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit. Wenn man das als ein besonderes persönliches Merkmal interpretiert, dann folgt es den Regelungen des § 28 I StGB. Dementsprechend würde man nur die Strafe mildern können, wenn man selbst nicht geschäftsmäßig handelt. Deshalb steht hier: "Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt", damit man zur Straflosigkeit kommt, weil das unser bisheriges System so nicht abbilden würde, weil in § 28 I StGB etwas anderes steht. Und dann kommt außerdem, dass er entweder Angehöriger oder eine nahestehende Person ist. Ein Auslegungsproblem bezüglich einer nahestehenden Person gibt es nicht. Das haben wir auch in einem anderen Kontext, in § 35 StGB "Entschuldigender Notstand"; da gibt es auch solche Regelungen. Sonst ist der Angehörige hier ja erfasst. Also, der geschäftsmäßig handelnde Angehörige fällt natürlich drunter. Das ist ja auch so gewollt, wenn ein Gesetzgeber das so bestimmt.

Zur Frage von Herrn Abgeordneten Seitz, zum Werbeverbot als Wertungswiderspruch. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung jedenfalls festgestellt, dass der Staat Maßnahmen treffen darf, damit Menschen in schweren Lebenslagen nicht mit - jetzt kommt es - Angeboten der Suizidhilfe konfrontiert und damit autonomiegefährdend unter Druck gesetzt werden. Das kann man dort lesen in Randnummer 235. Vor dem Hintergrund dieses Passus meine ich, dass

es keine Vorgabe gäbe, die ein Werbeverbot ausschließen würde. Insoweit sehe ich keinen Wertungswiderspruch. - Danke schön.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann antwortet Frau Professor Dr. Schöne-Seifert auf die Frage von Frau Helling-Plahr.

Sachverständige Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert:

Die Frage zielte darauf ab, ob Ärztinnen und Ärzte durch die Verortung der Suizidhilferegelung im Strafrecht absehbar abgeschreckt werden könnten. Dazu gibt es keine empirischen Daten; wir können da alle nur spekulieren. Aber nach meiner Sicht der Dinge läuft es geradezu auf eine Zumutung hinaus, wenn Ärzten und Ärztinnen in dieser Frage mit dem Strafrecht gedroht wird. Ich finde es auch für die Wahrnehmung der Öffentlichkeit indiskutabel, zu unterstellen, dass der Schutz der Freiverantwortlichkeit generalpräventiv nur durch das Strafrecht gesichert werden könnte. Ich meine, man muss die Kirche doch im Dorf lassen. Ärzte und Ärztinnen müssen ständig Freiverantwortlichkeitsprüfungen durchführen. Die betreffen oft oder meistens trivialere Dinge, aber nicht immer. Wenn jemand auf seine Dialyse verzichtet und damit Behandlungsverzicht mit Todesfolge, mit absehbarer und gewünschter Todesfolge autorisiert, dann geht es um genau dieselben Aspekte von Autonomietestung. Das ist ein ärztliches Kerngeschäft. Zu unterstellen, dass man Ärzten und Ärztinnen erst mit dem Straf-

Im Übrigen besteht die spezialpräventive Wirkung, die die Beratungsstellen und die Ärzte leisten müssen, ja im Aufzeigen von Handlungsalternativen; auch das ist ärztliches Kerngeschäft. Ärzte müssen ständig ihren Patienten erklären, was die Alternativen wären, was passiert, wenn sie eine Behandlung ausschlagen, mit welchen Folgen sie rechnen müssen.

recht kommen müsste, damit sie das auch or-

dentlich tun und ihr Beratungsangebot ausbrei-

ten, geht wirklich von einem Arztbild aus, das

ich geradezu erschütternd finde.

Wenn Sie Zweifel haben, meine Damen und Herren, dass das gut funktioniert, dann müssen Sie woanders ansetzen, nämlich an einer sehr

viel besseren Ausstattung unseres Gesundheitssystems, Aspekten der Patientendienlichkeit, Ökonomisierung usw.; das kennen wir alle. Aber an dieser Stelle jetzt zu unterstellen, dass Ärzte Freiverantwortlichkeit nicht kompetent prüfen würden oder nicht gut beraten, finde ich erschütternd.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann antwortet Professor Schneider auf Fragen von Frau Kappert-Gonther und Herrn Castellucci.

Sachverständige Prof. Dr. Barbara Schneider: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Die erste Frage war von Herrn Professor Castellucci und von Frau Kappert-Gonther: Feststellung des freien Willens, welche Expertise denn überhaupt notwendig ist und dass auch Gespräche die Autonomie fördern.

Zur Feststellung des freien Willens. Das Bundesverfassungsgericht hat den Begriff der Freiverantwortlichkeit benutzt. Zur Freiverantwortlichkeit gehören: Erkennen von Handlungsalternativen, Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen und auch die umfassende Beratung und Aufklärung. Außerdem gehören innere Festigkeit und Dauerhaftigkeit und die Abwesenheit einer psychischen Störung dazu. Es ist aus Sicht der Suizidologie und der Psychiatrie sehr, sehr schwierig, die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit eines Suizidentschlusses festzustellen. Jedenfalls braucht man mehrzeitige Termine dazu. Selbst der in der Psychiatrie gut bekannte Zustand der kognitiven Einengung akut suizidgefährdeter Personen kann oft für Außenstehende so erscheinen, dass eine eindeutige Entschlossenheit vorhanden ist. Das ist jedoch selten.

Grundsätzlich ist die Feststellung einer akuten psychischen Störung eine Kernkompetenz des psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgebiets. Allerdings ist es sogar für Psychiater und Psychotherapeuten oft sehr schwer, festzustellen, ob eine Suizidvorstellung von einer psychiatrischen Erkrankung tatsächlich beeinflusst ist oder nicht. Selbst geringe psychische Symptome können zu einer Minderung der Freiverantwortlich-

keit führen, weil letzten Endes eines der Kriterien ist, dass Menschen in ihrer Entscheidungsfindung eingeschränkt sind, in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt sind. Deshalb ist selbst für die Psychiater der Begriff "akute psychische Störung" in diesem Zusammenhang schwierig. Es geht immer eher um suizidale Krisen, und suizidale Krisen können sowohl im Rahmen einer psychischen Störung auftreten als auch außerhalb jeglicher psychischen Störung vorhanden sein.

Generell muss man sagen, dass eben die psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz vorhanden sein muss. Es wird immer wieder diskutiert, ob weitere suizidologische und ethische Kenntnisse vorhanden sind. Wir haben in unserem Studium, in unserer Aus-, Fort- und Weiterbildung tatsächlich keine umfangreiche Vermittlung von suizidologischem Wissen und suizidpräventiver Kompetenz. Schon gar nicht darf man zulassen, dass diese Thematik in Form irgendeiner Art von Checkliste abgehakt wird.

Noch zur Beratung, zu den Beratungsstellen. Klar, es muss aufgeklärt werden über Handlungsalternativen und über Möglichkeiten, die es überhaupt, generell gibt. Jedenfalls muss in einer Beratung immer klar sein, dass die Beratung ergebnisoffen ist. Es kann sein, dass die Beratung letzten Endes in einem Suizid, in einem assistierten Suizid endet oder auch, dass derjenige sich zum Weiterleben entscheidet. Wichtig ist allerdings, dass solche Beratungen Zeit benötigen. Es muss derjenige tatsächlich über seine Reflexion entscheiden, und freiverantwortliche Entscheidungen entstehen wirklich nur in der Auseinandersetzung von Hoffnung/Hoffnungslosigkeit, auch in der Beziehung mit anderen Menschen, und das benötigt alles Zeit.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: So viel haben wir jetzt nicht mehr. Vielen Dank. Ich glaube, der Gedanke ist deutlich geworden. - Dann bekommen wir jetzt Antworten von Frau Dr. Lewitzka auf Fragen von Frau Kappert-Gonther und Frau Bayram und zwei Fragen von Herrn Gürpinar.



Sachverständige Dr. Ute Lewitzka: Ich beginne mit Frau Kappert-Gonther; das war die Frage nach inneren und äußeren Drucksituationen. Das sind natürlich alle Erkrankungen, egal ob körperlicher oder seelischer Art, Anpassungsstörungen, Lebenskrisen. Und wer schon mal eine Lebenskrise erlebt hat - und wenn es der Ehemann war, der einen verlassen hat -, der weiß, dass das auch länger als zehn Tage dauert. Die Festigkeit mit zehn Tagen zu dokumentieren, das haut aus meiner Sicht also nicht hin.

Wir haben andere äußere Faktoren, Stichwort "Altersdiskriminierung" beispielsweise. Alt werden, gebrechlich sein, auf Hilfe angewiesen sein, so jemand wird in dieser Gesellschaft mehr und mehr diskriminiert. Wir wollen alte Menschen irgendwie weghaben.

Zu den Pressionen gehört auch die mediale Berichterstattung, insbesondere seitens der Sterbehilfeorganisationen. Wenn Sie sich die mal zu Gemüte führen, dann werden Sie merken, dass die extrem geschickt gemacht ist. Die Sterbehilfeorganisationen wollen sozusagen, dass ihre Dienstleistung von mehr Kunden in Anspruch genommen wird.

Das heißt, das Schutzkonzept kann aus meiner Sicht gar nicht hoch genug gehängt werden. Wir würden uns doch auch nicht in ein Auto ohne Bremsen und ohne Sicherungssysteme - Fahrsicherheitsassistenten - setzen.

Ich finde, es braucht für das Schutzkonzept mindestens an einem Punkt eine psychiatrische Expertise. Ich denke, dass im weiteren Verlauf, wenn es um terminale Erkrankungen geht, unbedingt auch die Expertise von Palliativmedizinern nötig ist, bei der amyotrophen Lateralsklerose auch von Neurologen. Wir psychiatrisieren hier nicht - um den Einwurf vorwegzunehmen -, sondern wir sorgen für den bestmöglichen Schutz. Das Gefühl, dass wir psychiatrisieren, kommt aus unserem Erleben, dass das schon wieder mit Stigma verbunden ist; genau dagegen wollen wir ja auch ankämpfen.

Das war die eine Frage. Die anderen Fragen darf ich gleich mit beantworten, ganz kurz, wirklich kurz: Wenn die Wartezeiten, bis jemand einen Psychotherapieplatz bekommt, mehrere Monate betragen - das ist ein anderes Thema als das Thema, um das es hier geht -, dann können, finde ich, diese Defizite in der Gesundheitsfürsorge doch kein Grund sein, Schutzkonzepte zu minimieren. Im Gegenteil: Dann sollte doch alles dafür getan werden, um diese Defizite anzugehen und für mehr Versorgung im psychiatrisch-therapeutischen Bereich, vor allen Dingen auch im Kinder- und Jugendbereich, zu sorgen.

Ich komme zu den letzten zwei Fragen. Natürlich macht es was, wenn die Gesellschaft sozusagen in Krisen gerät. Wir wissen aus Studien, dass große Krisen, Finanzkrise etc., auch Auswirkungen auf die Suizidrate haben können. Der alte Émile Durkheim hat es schon gesagt: Die Suizidrate einer Gesellschaft ist Ausdruck, wie gesund oder krank diese Gesellschaft ist.

Ganz kritisch ist aus meiner Sicht die Entwicklung in anderen Ländern zu sehen, die eigentlich auch von einem sehr eingegrenzten Ausgangspunkt gestartet sind und mittlerweile, wie gesagt, Menschen auf Verlangen oder auch ohne Verlangen töten und dabei teilweise sogar gegen den Widerstand der Betroffenen handeln, wie der Fall aus den Niederlanden zeigt. - Danke schön.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Wunderbar; Sie haben die Zeit bei Weitem nicht ausgeschöpft. - Guten Tag von meiner Seite! Da wir uns hier ablösen, macht es das ein bisschen einfacher. Danke schon mal fürs Durchhaltevermögen bis hierher; das ist heute ja für alle Beteiligten sehr anspruchsvoll.

Als Nächste ist Frau Kurzke mit der Antwort zwei Minuten - auf die Frage von Frau Vogler dran. Bitte schön.

Sachverständige Kerstin Kurzke: Vielen Dank für die Frage danach, wie die offene Beratung aussehen kann, die ich sehr, sehr wichtig finde. - Wichtig ist aus meiner Sicht zunächst, dass die Beratung von der Begutachtung getrennt ist, dass die Beratung wirklich unabhängig ist und dass sie das Ziel hat, nach den Gründen und nach den



sozialen Nöten zu fragen: Was ist die Ursache dafür, dass jemand attestierten Suizid wünscht?

Aus der Perspektive der Praktiker/-innen ist es ganz wichtig, hier wirklich Zeit zu haben und alles im Rahmen eines Vertrauensverhältnisses zu sammeln und aufzuschlüsseln, um dann auch eine koordinierende Funktion einzunehmen. Wenn es also um einen schwerkranken Menschen mit Schmerzen geht, muss ein Palliativarzt hinzugezogen werden, und es muss geguckt werden, was da an Unterstützung geleistet werden kann. Wenn es darum geht, dass jemand zu Hause überfordert ist und sich sagt: "Es ist für meine Familie eine Last", dann braucht man da eine entsprechende Unterstützung. Es ist wichtig, dass es dann eine psychosoziale Begleitung gibt, dass Dienste mit eingeschlossen werden und geguckt wird, ob man eine stationäre Versorgung oder eine teilstationäre Versorgung braucht.

Wir sprechen in der Beratung immer von verschiedenen Methoden, zum Beispiel den Angstorten. Danach muss aufgeschrieben werden, was alles Angst macht. Das ist sehr komplex, sehr unterschiedlich und sehr vielfältig. Es muss dann koordinierend geguckt werden, welche Beratung - multiprofessionelles Team - und welche Dienste notwendig sind. Da braucht es halt eine weite Kompetenz.

Ich will das an einem Beispiel veranschaulichen, das das unterstreicht, was Ute Lewitzka gesagt hat: Schwierig ist es, wenn es ein großes Defizit im Versorgersystem gibt, wenn es halt wegen eines Pflegenotstandes oder anderem Ängste gibt. Ich denke auch, es ist ganz wichtig, in diese Richtung aufzurüsten. - Wir hatten gerade einen Herrn, der ganz klar gesagt hat, er möchte zu Hause bleiben und dort unterstützt werden, er schaffe es alleine nicht. Wir haben das nicht erreicht, weil es keine Einrichtung gab, die einen persönlichen Assistenten zur Verfügung hatte; sie hatten einfach niemanden. Dadurch konnte er nicht zu Hause bleiben. Das war für ihn so schrecklich.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Kommen Sie bitte zum Ende.

Sachverständige Kerstin Kurzke: Da müssen wir nachjustieren.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Herzlichen Dank. - Jetzt ist Herr Professor Dr. Knauer mit der Antwort - vier Minuten - auf die zwei Fragen von Frau Wegge dran. Bitte sehr.

Sachverständiger Prof. Dr. Christoph Knauer: Frau Wegge, Sie haben mir zwei für einen Strafrechtler komplizierte Fragen gestellt.

Die erste Frage, nämlich die nach dem Umgang mit den psychischen Erkrankungen, ist eine, glaube ich, ganz wichtige Frage. Das Bundesverfassungsgericht hat ja deutlich gemacht, dass akute psychische Erkrankungen oder Einschränkungen der Psyche durch Druck die freie Verantwortlichkeit hemmen, dass aber eine psychische Erkrankung der freien Verantwortlichkeit langfristig nicht unbedingt im Weg steht. Deswegen ist es, glaube ich, sehr wichtig, dass hier medizinischer Sachverstand zum Einsatz kommt.

Um nicht nur immer kritisch zu sein: Dass das bei dem Castellucci-Entwurf so ist, ist klar; denn danach ist zweimal ein Psychiater dabei. Das ist aber auch bei dem Entwurf der Gruppe Helling-Plahr so; denn wir haben ja in § 4 Absatz 6 des ersten Artikels die Regelung gesehen, dass es in der Beratung die Möglichkeit gibt, solchen Sachverstand hinzuziehen. Das wird so ein Fall sein.

Sie haben hier jetzt den Strafrechtler hadern hören. Andererseits sind wir Strafrechtler es gewöhnt, uns mit dieser Frage zu beschäftigen, wenn es um die Einschränkung der Schuldfähigkeit geht. Es ist eben nicht so, dass jede psychische Störung Steuerungs- und Handlungsfähigkeiten einschränkt. Ich habe da schon Zutrauen in die Ärzteschaft, dass sie eine Beurteilungsfähigkeit in diesem Bereich hat.

Damit gehe ich zu der zweiten Frage über, die für mich noch komplizierter ist, weil ich von Behörden wenig verstehe; ich bin freier Advokat. Insofern ist die Frage, welche Landesbehörde beurteilen kann, ob bei einer psychischen Erkrankung eine Einschränkung des freien Willens vorliegt, besonders schwer. Ich muss gestehen, dass das

bei diesem Entwurf eines meiner großen Störgefühle ist. Ich sehe, dass hier der Wunsch ist, zum Beispiel die entsprechenden Medikamente zugänglich zu machen. Das ist ein wichtiges Anliegen; das akzeptiere ich. Ich habe aber ein Störgefühl, wenn am Ende eine Behörde sozusagen nach Aktenlage entscheiden soll. Wie viel Freiheit und Autonomie, die wir nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts trotz allem ermöglichen müssen - es ist immer meine große Sorge, dass wir nicht dahinter zurücktreten -, habe ich, wenn ich mich an eine Behörde wenden muss? Da habe ich mit einer Beratungsstelle, die notfalls ärztliche Beratung hinzuzieht, und mit einem Arzt, der bei der Verschreibung die freie Verantwortlichkeit noch mal beurteilen muss, ein besseres Gefühl.

Ich weiß, ich habe Ihre Frage nicht beantwortet. Welche Behörde? - Ich weiß es nicht, Frau Wegge.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank, Dr. Knauer. - Dann ist Herr Professor Dr. Hardinghaus mit der Antwort - vier Minuten - auf die Fragen von Frau Vogler und Herrn Müller dran. Bitte sehr, Sie haben das Wort.

Sachverständiger Prof. Dr. Winfried Hardinghaus: Zunächst ist die Frage nach der Gefährdung der Palliativmedizin durch die Geschäftsmäßigkeit gestellt worden. Wie ich vorhin schon mal ausführen durfte, bleiben nur - "nur" in Anführungsstrichen - 10 Prozent aller Patienten, die uns begegnen, bei einem Suizidwunsch oder bei dem Wunsch zur Hilfe bei einem Suizid, und von denen will vielleicht 1 Prozent einen assistierten Suizid. Es geht heute ja um den assistierten Suizid.

Herr Gaede hatte noch mal Beispiele angeführt, die vielleicht eine Geschäftsmäßigkeit unterlegen könnten, zum Beispiel das Verhalten bei einem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Darüber habe ich mit Frau Helling-Plahr schon mal streiten dürfen. Für mich ist der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kein Suizid und gehört deswegen auch nicht in diese Kategorie hier.

Dann wurde von Herrn Gaede noch von der Abgabe größerer Mengen Betäubungsmittel gesprochen. Das tun wir überhaupt nicht; das dürfen wir gar nicht. Keine Einrichtung gibt einem Patienten Betäubungsmittel mit nach Hause; das ist uns auch untersagt. Natürlich bestücken wir gelegentlich Morphinpumpen - das ist richtig -, und da können wir natürlich nicht ausschließen, dass die Dosis vom Patienten selbst erhöht wird; das wissen wir nicht. Das deswegen nicht zu tun, wäre in der Behandlung aber noch viel fahrlässiger.

Im Grunde gilt das natürlich - damit kann ich die Antwort auf die Frage auch schon abschließen - für alle Medikamente, die Ärzte auch zur ambulanten Behandlung verordnen. Das können Schmerzmittel und Beruhigungsmittel oder auch Rheumamittel, wie Chloroquin, sein. Es gibt ja sogar Anweisungen im Internet, wie man damit einen Suizid verüben könnte. Ich meine jetzt aber auch die normalen Medikamente, die von den Menschen "missbraucht" werden könnten - wir alle wissen: die Dosis macht das Gift -, sodass ich hier nicht die Gefahr der Geschäftsmäßigkeit sehe.

Bei der zweiten Frage ging es darum - ich habe es als Norddeutscher so verstanden -, jemanden in den Suizid zu "schnacken". Diese Gefahr gibt es. Allerdings ist es schwer, das genau zu beziffern; es gibt dazu keine Evaluation. Wir vom DHPV beobachten zwei Kategorien: Einmal sind es tatsächlich Angehörige, die erben wollen. Es ist nicht selten, dass wir nicht nur eine Erbschleicherei, sondern tatsächlich auch ein Unterdrucksetzen der Angehörigen mitkriegen, um an das Erbe zu kommen. Das sieht man immer wieder mal. Die zweite Gruppe ist größer, aber viel subtiler und deswegen auch gefährlicher. Alte Menschen - jetzt ist die Kategorie "alte Menschen" genannt - wollen ihren Angehörigen von sich aus nicht zur Last fallen. Da braucht es gar nicht mal eine Drohung der Angehörigen zu geben, die aber vielleicht auch vorher schon stattgefunden hat. Das geht aber auch selbstständig. Es wird in Familien eine Atmosphäre erzeugt, die die Betroffenen sagen lässt: Ich will meinen Angehörigen nicht zur Last fallen, und deswegen suche ich nach einem früheren Ende des Lebens.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank. - Dann hat Frau Dr. Greeve das Wort zur Beantwortung der Frage von Frau Scheer; zwei Minuten.

Sachverständige Dr. Gina Greeve (Deutscher Anwaltverein e. V.): Insbesondere mit Blick auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts und die erforderliche Herangehensweise möchte ich doch mal ganz energisch in den Vordergrund rücken und in Erinnerung rufen, worum es hier eigentlich geht. Es geht hier weniger um eine Einzelfallbetrachtung. Im Einzelfall können natürlich Suizidgedanken und -wünsche abgewendet werden, was sehr, sehr wichtig und entscheidend ist; das mögen Sie bitte nicht falsch verstehen. Es ist nur eine völlig andere Ebene oder eine parallele Ebene; das eine schließt das andere auch nicht aus.

Das Bundesverfassungsgericht hat allerdings wirklich ganz klar festgestellt, dass das Selbstbestimmungsrecht den Freitod und den selbstbestimmten Tod umfasst und dass das Selbstbestimmungsrecht in diesem Sinne auch Vorrang hat vor dem Schutz des Lebens - wenn es eine freiverantwortliche Entscheidung ist; selbstverständlich immer unter dem Aspekt der Freiverantwortlichkeit. Das heißt, wir müssen doch haarscharf differenzieren: Worum geht es hier?

Die erste Frage ist doch in der Tat, dass die Rechtsordnung überhaupt einen legalen Zugang zu entsprechenden angemessenen - die Betonung liegt auf "angemessenen" - Hilfsmitteln bietet. Damit meine ich auch - natürlich kann sich jeder vor einen Zug stürzen oder Sonstiges machen -: Wir haben Möglichkeiten, die ein ganz viel humaneres und ein würdevolleres Sterben ermöglichen würden. Im Sinne des Bundesverfassungsgerichts geht es hier gerade um den Schutz des Rechtes auf selbstbestimmtes Sterben; genau das muss im Lichte des Urteils des Bundesverfassungsgerichts betrachtet werden. Das heißt, man darf nach meinem Dafürhalten nicht die - selbstverständlich berechtigten - Ebenen der Diskussion - es ist ja auch ein sehr, sehr anspruchsvolles Thema - vermengen. Es muss erst mal die Möglichkeit geschaffen werden; das ist der erste Schritt für mich.

Parallel dazu ist selbstverständlich jede Abwendung und jeder, der sich umentscheidet, zu unterstützen; das steht ja außer Frage. Aber das ersetzt nicht die andere Frage, dass ein autonomes Selbstbestimmungsrecht erst mal faktisch nicht unterlaufen werden darf, faktisch nicht ins Leere laufen darf. Präventivmaßnahmen, das ist alles immer gut und schön; aber ich muss überhaupt erst mal eine Grundlage schaffen.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Kommen Sie dann bitte zum Ende.

Sachverständige Dr. Gina Greeve (Deutscher Anwaltverein e. V.): Ja, gut; dann komme ich zum Ende. Ich will Sie nicht weiter strapazieren.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Herzlichen Dank. - Dann ist Herr Professor Dr. Gaede dran mit vier Minuten zur Beantwortung der Fragen von Herrn Benner und Herrn Seitz. Bitte sehr.

Sachverständiger Prof. Dr. Karsten Gaede: Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender. - Herr Benner, danke für die Frage. - Wie sieht es aus mit der Unterstützung durch Dritte und mit den Verboten durch Einrichtungen? Wir müssen sehen - Sie haben es vorgetragen -, dass auch die Unterstützung durch Dritte Teil des verfassungsrechtlichen Schutzes ist. Gleichwohl ist es aber auch so, dass das Bundesverfassungsgericht keine allgemeine Pflicht zur Förderung der Suizidmöglichkeiten und der Unterstützung durch Dritte aufgestellt hat; das müssen wir sehen. Insofern könnte man jetzt nicht beliebig sagen: Es darf an keiner Stelle Einrichtungen geben, die Verbote machen.

Wenn wir allerdings feststellen - das ist natürlich gerade dann möglich, wenn es keinen staatlichen Weg gibt -, dass für die Ärzteschaft, auf die jetzt ja viele setzen, durch Einrichtungen, die Verbote aufstellen, letzten Endes die Möglichkeiten, die tatsächlich noch eröffnet sind, so schmal, so selten, so wenige sind, um die reale Freiwilligkeit abzubilden, dann stellt sich die Frage, ob man den Verboten nicht durch staatliches Recht etwas entgegensetzen muss. Ich will jetzt nicht so tun, als könnte ich die verfassungsgerichtliche Ent-



scheidung hierzu bis ins Einzelne ausbuchstabieren. Aber ich sehe doch auch das Problem der Missachtung dieser Freiheit und auch den Freiraum für den Gesetzgeber, dann einzugreifen.

Zur zweiten Frage von Herrn Seitz - danke auch für diese Frage -: Ich denke, dass das Werbeverbot etwas spezifischer oder anders zu sehen ist als der Tatbestand. Mit Ihrer Frage bilden Sie ab, dass es auch in der Rechtswissenschaft Diskussionen um das Werbeverbot gibt; das ist ja schon länger im Kontext des Suizides und der Suizidassistenz vorgeschlagen worden. Es gibt in der Tat auch Bedenken, dass man hier doch eigentlich eine widersprüchliche Regelung schaffen würde, wenn der Suizid als solches und auch der unterstützte Suizid legitim ist.

Allerdings denke ich, dass die Abgeordneten um die Gruppe Castellucci/Heveling einen dort jedenfalls verfassungsgemäßen Entwurf vorgelegt haben. Denn man muss sehen: Worum geht es bei dem Werbeverbot? Das Werbeverbot, so wie die Regelung es näher beschreibt und wie es auch in den Materialien ausdifferenziert ist, richtet sich auf "grob anstößige" Werbung und auf eine - das ist im Entwurf dann auch näher erläutert - darauf zugeschnittene kommerzielle Anwendung. Da können wir uns die Frage stellen: Haben wir in der Gesellschaft nicht den Spielraum, einer letzten Endes die Suizidassistenz anstachelnden und sie damit also in eine ganz andere Dimension hebenden Praxis etwas entgegenzusetzen?

Da bin ich im Ergebnis bei meinem Kollegen Arndt Sinn: Das ist etwas, das das Parlament regeln könnte. Ich würde aber doch auch die Frage stellen: Sollte es hier wirklich das Strafrecht sein? Strafrecht ist immer billig. Man bekräftigt Normen; man muss nicht das teure Projekt der echten Prävention, der teuren, kontinuierlich zu leistenden Prävention, schon voll ausgearbeitet haben. Also ob es das Strafrecht sein muss, das sollte vielleicht überdacht werden. Aber es ist etwas, das aus meiner Sicht verfassungsmäßig vertretbar ist.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank. - Dann ist Herr Professor Dr. Frister mit der nächsten Wortmeldung dran: zwei Fragen von Frau Helling-Plahr und Frau Rudolph, wiederum vier Minuten. Bitte sehr, Sie haben das Wort.

Sachverständiger Prof. Dr. Helmut Frister: Von Frau Helling-Plahr bin ich zum Begriff der Freiverantwortlichkeit gefragt worden. Das ist in der Tat ein sehr komplexer Begriff, dessen Feststellung in Zweifelsfällen sehr schwierig ist und dann auch sicherlich psychiatrischer Expertise bedarf. Ich würde allerdings wie Herr Knauer einem Arzt zutrauen, zu entscheiden, ob ein solcher Zweifelsfall vorliegt oder nicht.

Der Deutsche Ethikrat hat sich - auch danach bin ich ja gefragt worden - mit dem Begriff der Freiverantwortlichkeit in seiner Stellungnahme sehr ausführlich befasst. Es sind 42 Seiten allein dazu, die ich jetzt natürlich nicht in zwei Minuten zusammenfassen kann. Ich will aber doch sagen, dass wir uns da unter anderem auch auf gut zehn Seiten mit der Frage beschäftigt haben, wie das mit psychischen Erkrankungen ist, und dass wir ausdrücklich feststellen, dass eine psychische Erkrankung eben die Freiverantwortlichkeit nur ausschließt, wenn sie tatsächlich die Fähigkeit zum Erkennen, Verstehen und Abwägen der relevanten Gesichtspunkte beeinträchtigt, und dies im Einzelnen für verschiedene Erkrankungen durchführen. Auch was wir zu Minderjährigen schreiben, ist, glaube ich, durchaus lesenswert.

Wichtig ist mir insbesondere folgender Punkt das ist so ein bisschen die Quintessenz -: Wenn zur Selbstbestimmung fähige Menschen mit der stark belastenden Lebenslage hinreichend eigenständig umgehen und sie in Kenntnis der entscheidungserheblichen Umstände nach einer gründlichen Abwägung des Für und Wider sich dafür entscheiden, die Belastung nicht länger ertragen zu wollen, ist auch eine durch eine solche Notlage motivierte Entscheidung freiverantwortlich. Das bedeutet aber nicht - das ist entscheidend -, dass wir, Staat und Gesellschaft, nichts gegen solche Notlagen tun müssten. Deshalb ist Suizidprävention durchaus auch bei freiverantwortlichen Entscheidungen notwendig; das ist mir wichtig. Aber es muss eine Suizidprävention



sein, die die Letztentscheidungsbefugnis respektiert, und zwar nicht nur als Lippenbekenntnis respektiert. Das wollte ich dazusagen.

Dann bin ich von Frau Rudolph nach der Möglichkeit der Verknüpfung der beiden Entwürfe gefragt worden. Das scheint mir in der Tat möglich zu sein, und zwar in der Weise, dass man vielleicht bei Schwererkrankten in einer medizinischen Notlage, wie sie der Entwurf Künast und andere beschreibt, ein etwas anderes Verfahren vorsieht, insbesondere vielleicht das Vier-Augen-Prinzip in der Weise gewährleistet, dass man einen zweiten Arzt hinzuzieht und nicht eine Beratungsstelle. Zum Zweiten scheint mir das auch insoweit möglich zu sein, als man ein Zulassungsverfahren für Sterbehilfeorganisationen einführen könnte.

Das gleiche Störgefühl wie Herr Knauer habe ich, wenn Behörden darüber entscheiden sollen. Das habe ich insbesondere auch deshalb, weil ich mir vorstelle: Dann gibt es Rechtsmittel, dann entscheiden die Gerichte, und dann stellen die nach drei Jahren fest: Das Ganze war vor drei Jahren freiverantwortlich. - Mit einer solchen Entscheidung ist niemandem gedient. - Danke schön.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank, Herr Professor

Lieb: Ganz herzlichen Dank, Herr Protessor Dr. Frister. - Dann sind wir am Ende des ersten Themenblockes. Wir werden jetzt alle eine gewisse geistige Übung vollbringen und uns auf den zweiten Themenblock "Medizin und Beratung" konzentrieren.

Wir haben uns im Vorfeld darauf verständigt, dass wir ungefähr mit dem gleichen Zeitumfang in den zweiten Themenblock gehen. Wir werden sehen, wie sich die Fragen entwickeln. Die Vorsitzende hat ja eingangs zur Struktur schon ausgeführt. Das muss ich, glaube ich, an dieser Stelle nicht wiederholen.

Zuerst gehen wir jetzt in die Fragerunde - das sind also Fragesteller für die entsprechend vorliegenden Gesetzentwürfe, in der gleichen Reihenfolge -, und dann gehen wir in eine erste Antwortrunde hinein. Für den Gesetzentwurf auf Drucksache 20/904 - so liegt es uns hier vorne vor - haben sich Herr Pilsinger, Herr Strasser und Frau Baehrens gemeldet; so würden wir dann auch gleich anfangen. Für den Gesetzentwurf auf Drucksache 20/2332 - Helling-Plahr/Sitte - würden dann Frau Dr. Sitte und Frau Engelhardt das Wort erteilt bekommen, und für den Gesetzentwurf auf Drucksache 20/2293 - Künast/Scheer - hätte dann Frau Scheer das Wort.

Wenn wir das alles hier vorne richtig erfasst haben, würden wir genau in der Reihenfolge vorgehen, sodass als Erstes Herr Pilsinger das Wort hat. Bitte sehr.

Stephan Pilsinger (CDU/CSU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Ich hätte eine Frage an die Frau Kurzke. Wie bewerten Sie die Idee, Träger von Diensten und Einrichtungen des Gesundheitsund Sozialwesens von der Verpflichtung freizustellen, an einer Selbsttötung mitzuwirken oder die Durchführung von Maßnahmen zur Suizidhilfe in ihren Räumlichkeiten zu dulden, wenn sichergestellt ist, dass der entsprechende Träger dies in einem grundlegenden Leitbild sowie in der Hausordnung der jeweiligen Einrichtung festgelegt hat, und wenn gleichzeitig sichergestellt ist, dass dies in den Verträgen mit den dort lebenden Patienten und Bewohnern vereinbart ist?

Dann hätte ich noch eine zweite Frage an den Herrn Professor Hardinghaus: Wie beurteilen Sie die Befürchtung, dass durch eine relativ niedrigschwellige Ermöglichung der Suizidassistenz ein gesellschaftliches Klima entsteht, in dem der Freitod als eine weithin akzeptierte Option angesehen wird? Wie kann verhindert werden, dass Menschen sozialen Druck verspüren, eine solche Option zu wählen, um Angehörige zu entlasten, zum Beispiel von den Pflegekosten?

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Herzlichen Dank. - Dann hat der Kollege Strasser das Wort.

Benjamin Strasser (FDP): Vielen herzlichen Dank, Herr Vorsitzender. - Ich hätte noch mal zwei Fragen an Herrn Sinn, zunächst zum Thema Beratungsverfahren. Hier wurde gerade in der Antwortrunde zu Recht unterstrichen: Suizidprävention muss eigentlich vorangestellt werden,



und natürlich kann das Strafrecht nicht Suizidprävention ersetzen. - Deswegen haben wir ja als einzige Gruppe unserem Gesetzentwurf sehr bewusst einen Antrag zur Suizidprävention beigestellt.

Aber nichtsdestotrotz wird es ja Menschen geben - die Beispiele wurden genannt: Kanada, Niederlande -, die sich nicht an Beratungsverfahren halten werden. Alle drei Gesetzentwürfe haben unterschiedliche Beratungsverfahren vorgeschlagen. Meine Frage wäre ganz einfach: Herr Dr. Sinn, wenn Sie mal durchprüfen: Welche Konsequenz erwartet dann nach den drei Gesetzentwürfen eine Person, die sich über ein gesetzlich vorgeschriebenes Beratungsverfahren hinwegsetzt und tödlich wirkende Medikamente an suizidwillige Menschen herausgibt und dadurch auch in unzulässiger Weise auf den Willen von Menschen einwirkt? - Das wäre meine erste Frage.

Die zweite Frage hat Herr Professor Dr. Frister gerade aufgeworfen: das Thema der staatlichen Zulassung von Sterbehilfeorganisationen. Da würde mich rechtlich interessieren: Welche Kriterien müsste man da überhaupt anlegen? Würde es aus Ihrer Sicht Sinn machen, dass der Gesetzgeber über die Zulassung von Sterbehilfeorganisationen entscheidet? Das auch im Hinblick darauf, dass assistierten Suizid ja jeder machen darf, nicht nur Ärztinnen und Ärzte, nicht nur kommerziell tätige Sterbehilfeorganisationen, sondern jeder. Also: Kommt es da nicht auch zu Wertungswidersprüchen?

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Herzlichen Dank. - Die nächste Frage kommt von Frau Kollegin Baehrens. Bitte sehr.

Heike Baehrens (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Meine erste Frage richtet sich an Frau Dr. Lewitzka: Halten Sie es für notwendig, dass ein Mehraugenprinzip verankert wird, wonach Beratung und Durchführung des assistierten Suizids nicht aus einer Hand erfolgen dürfen? Wie bewerten Sie diesbezüglich die vorliegenden Gesetzentwürfe?

Die zweite Frage richtet sich an Frau Professor Dr. Schneider aus medizinischer Perspektive und Herrn Professor Dr. Sinn aus juristischer Perspektive. In der öffentlichen Debatte ist ja immer wieder dem Entwurf von Castellucci/Heveling vorgehalten worden, man gehe nicht ausreichend auf die Bedürfnisse von Menschen mit schwersten Behinderungen oder mit terminaler Erkrankung ein, wenn man davon ausgeht, dass zwei Beratungsgespräche und eine entsprechende Wartefrist notwendig seien. Und ich möchte Sie fragen, ob die Formulierung, wie sie im Gesetzentwurf enthalten ist, tragfähig ist und ob sie aus Ihrer Sicht ausreichend ist, wenn es heißt:

In begründeten Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn die Durchführung von zwei Untersuchungsterminen für die zur Selbsttötung entschlossene Person nicht zumutbar ist, etwa bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung ..., kann die Feststellung nach Satz 1 Nummer 2 bereits nach einem Untersuchungstermin erfolgen.

Vielen Dank für Ihre Ausführungen.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Vielen Dank. - Das war jetzt eine kreative Methode, zu drei Fragen zu kommen; das klären wir aber gleich. - Jetzt hat für die nächste Frage Frau Dr. Sitte das Wort. Bitte.

Dr. Petra Sitte (DIE LINKE): Danke schön. - Das knüpft an den Beitrag von Frau Professor Schöne-Seifert in der ersten Runde an, in dem ersten Themenkomplex, und auch an den Beitrag, den Herr Strasser gerade gebracht hat. Also, es ist ja in der Tat so: Alle drei Gesetzentwürfe enthalten ein Modell zur Beratung der Betroffenen, allerdings mit unterschiedlicher Ausgestaltung und unterschiedlichen Verbindlichkeiten - das sehe ich genauso -, insbesondere vor dem Hintergrund, dass es ja um den Zugang zu einem Medikament auf der Basis von ärztlicher Verschreibung geht.



Wir stellen uns nun in unserem Beratungsmodell eine ergebnisoffene, ausdrücklich präventionssensible - so sage ich mal; sonst wäre sie ja nicht ergebnisoffen - und umfassende Information von Betroffenen sowie Helfenden vor. Wir meinen, damit den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zu entsprechen, das dem Gesetzgeber ja gewisse Fragen der Abwägung anheimgestellt hat. Die Frage richtet sich an Professor Frister: Halten Sie vor diesem Hintergrund unser Konzept, das de facto eine verpflichtende Beratung vorsieht, insofern für verhältnismäßig?

Die zweite Frage geht an Herrn Schulz. Kleine Einlaufkurve: Die Gesundheitsminister Gröhe und Spahn haben ja dafür gesorgt, dass der Zugang zu einem Medikament wie beispielsweise Natrium-Pentobarbital auf Antrag bei der zuständigen bzw. freigebenden Behörde, also dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, den Betroffenen verwehrt war. In einem Schreiben des Gesundheitsministeriums stand damals - ich zitiere mal wörtlich -:

Es kann nicht Aufgabe des Staates sein, Selbsttötungshandlungen durch die behördliche, verwaltungsaktmäßige Erteilung von Erlaubnissen zum Erwerb des konkreten Suizidmittels aktiv zu unterstützen.

Herr Schulz, auch wenn ich hoffe, dass das nicht eintritt, so frage ich: Wenn Sie sich aussuchen könnten, wo würden Sie sich denn mit Ihrem Anliegen auf Zugang zum Medikament bestens oder besser aufgehoben fühlen, bei einem Arzt oder einer Ärztin oder bei einer Behörde, und halten Sie es für angemessen, dass im Zuge der Beratung zuerst das Gespräch mit psychiatrischen Fachärzten oder Fachärztinnen angestrebt werden soll?

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Herzlichen Dank. - Die nächste Frage kommt dann von Frau Engelhardt. Bitte sehr.

Heike Engelhardt (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Frau Professorin Schöne-Seifert, mit diesem Gesetzentwurf treten wir ja dafür ein,

dass es nicht die Aufgabe einer anonymen Behörde sein soll, über die Gewährung von Suizidhilfe auf Antrag zu entscheiden, sondern dass Betroffene auf ihrem letzten Weg von ihrem Arzt begleitet werden sollen. Warum ist die Arzt-Patienten-Beziehung aus Ihrer Sicht das richtige Verhältnis zur Besprechung dieses schwierigen Themas? Aus welchem Grund können Ärztinnen und Ärzte insbesondere einschätzen, ob die Patientinnen und Patienten die Voraussetzungen, die das Bundesverfassungsgericht aufgestellt hat, erfüllen? Und wie unterscheidet sich diese Arzt-Patienten-Beziehung von der Tätigkeit der Sterbehilfevereine?

Gerichtet an Herrn Schulz. In der Frage möglicher Zugangswege zur Verordnung eines Medikaments zur Selbsttötung wird ja teilweise zwischen Menschen in einer sogenannten medizinischen Notlage oder anderen Betroffenen unterschieden. Halten Sie das für geboten, oder wäre nach Ihrer Ansicht eine einheitliche Verschreibungsmöglichkeit für alle Betroffenen, unabhängig von deren Motivation und Beweggründen, vorzugswürdig?

Und jetzt aus Ihrer eigenen Erfahrung heraus: Für wie wichtig halten Sie die Möglichkeit, sich in einer Situation aufklären und beraten zu lassen, in der man konkret über einen Suizid nachdenkt? - Danke schön.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Herzlichen Dank. - Für die nächste Frage erteile ich Frau Scheer das Wort. Bitte sehr.

Dr. Nina Scheer (SPD): Vielen Dank. - Meine Frage geht an Professor Gaede, und zwar: Welche Anforderungen müssen Ihrer Ansicht nach die Beratungen erfüllen? Was folgt aus diesen Beratungsanforderungen für die Frage nach der Anzahl der Beratungen, die zeitliche Sortierung gemäß den gesetzlichen Vorgaben und auch möglichen Fristen, die dann m Zusammenhang mit Beratungsterminen stehen?

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Danke schön. - Dann haben wir noch eine Frage der Nichtunterzeichner; die kommt von Herrn Seitz. Bitte sehr.



Thomas Seitz (AfD): Vielen Dank. - Meine Frage an Frau Dr. Lewitzka: Zentral ist ja die Prüfung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidungen. Jetzt ist auch denkbar: Wir haben ein Team aus Neurologe, Psychiater, Psychotherapeut; trotzdem kann keine Feststellung getroffen werden, dass ein Willensmangel vorliegt; aber umgekehrt kann ein Fehlen auch nicht ausgeschlossen werden. Rechtlich heißt es dann "non liquet", "Wir wissen es nicht". - Wie realistisch ist es jetzt von der medizinischen Seite her, dass solche Fälle in größerer Anzahl auf uns zukommen werden? Da ist natürlich dann die Frage, in welche Richtung die Entscheidung des Gesetzgebers geht. Oder sind da die Diagnostik und Beurteilung so fortgeschritten und ist das auch so eindeutig, dass Sie sagen können, das tritt in der Praxis eher nicht auf?

Davon abgeleitet eine zweite Frage an Professor Frister: Wie muss der Gesetzgeber damit umgehen, wenn jetzt diese Situation des non liquet vielleicht tatsächlich doch eine relevante Frage ist? Hat der Gesetzgeber Entscheidungsspielraum? Oder ist von Verfassungs wegen Vorrang für das Leben oder vielleicht auch in dubio pro libertate vorgegeben? - Danke.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten

Lieb: Vielen herzlichen Dank. - Dann kommen wir zur ersten Antwortrunde zum Themenblock "Medizin und Beratung". - Als Erstem erteile ich das Wort Herrn Professor Dr. Frister. Er antwortet auf zwei Fragen von Frau Dr. Sitte und Herrn Seitz und hat damit vier Minuten. Bitte sehr, Sie haben das Wort.

Sachverständiger Prof. Dr. Helmut Frister: Schönen Dank. - Ich bin zunächst mal gefragt worden, ob das Konzept der verpflichtenden Beratungen, das im Entwurf Helling-Plahr vorgesehen ist, verhältnismäßig ist. Ich selber halte eine Pflichtberatung in der Tat für verhältnismäßig, weil ich glaube, dass sie notwendig ist, um zum einen die Freiverantwortlichkeit mit festzustellen, zum anderen aber auch vor allen Dingen die Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Entschlusses sicherzustellen.

Was die Art und Weise der Beratung angeht, so ist in dem Entwurf in der Tat dezidiert eine Ausrichtung auf präventive Gesichtspunkte vorgesehen. Ich würde generell - das habe ich ja schon eingangs getan - davor warnen, jetzt Prävention und Suizidassistenzberatung irgendwie als zwei verschiedene Dinge aufzufassen. Wenn sich jemand mit Suizidgedanken trägt, dann braucht er eine vernünftige Beratung, die zunächst mal danach fragt, woher das denn überhaupt kommt, was die Ursachen sind, und dann überlegt, wie man Abhilfe schaffen kann, die aber gleichzeitig eben auch deutlich macht, dass er die letzte Entscheidung trifft. Das jetzt in zwei Beratungen aufzuspalten dergestalt, dass zunächst mal präventiv beraten wird und dann hinterher noch eine andere Beratung nachgeschaltet wird, führt ja notwendigerweise dazu, dass die andere Beratung zu einer Formalie verkommt. Denn was soll da eigentlich noch stattfinden? Also muss man das, glaube ich, so regeln, dass es eben eine präventiv orientierte Beratung gibt, die aber das Entscheidungsrecht des Betroffenen respektiert.

Dann bin ich noch gefragt worden: Was macht man eigentlich in einer Non-liquet-Situation, wo man sich nicht sicher sein kann, ob die Freiverantwortlichkeit festzustellen ist oder nicht? Das ist sicherlich eine schwierige Entscheidung; aber ich würde sagen, dann muss man gucken, dass man weiterforscht. Und solange man sich der Freiverantwortlichkeit nicht sicher ist, kann man auch keine Suizidassistenz leisten. - Danke schön.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank. - Das Wort hat Herr

Professor Dr. Gaede für die Antwort auf die Frage von Frau Dr. Scheer; zwei Minuten. Bitte sehr.

Sachverständiger Prof. Dr. Karsten Gaede: Herzlichen Dank. - Frau Scheer, ich denke, davon, dass es Anforderungen an die Beratung gibt, ist ja auch nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil weitgehend auszugehen. Es hat schon starke Anregungen gegeben. Die eben auch von Herrn Frister betonte Ergebnisoffenheit, dass also das Letztentscheidungsrecht in dieser Beratung auch widergespiegelt wird, ist notwendig. Gleichwohl müssen - das ist ja auch ein Kern des Inhalts, den



alle Entwürfe betonen - die Optionen, die Alternativen insbesondere im Hinblick auf die Behandlung, aber auch auf eine Unterstützung, was ein Mensch in einer sozial prekären Lage für Unterstützungen erlangen kann, ein ganz zentraler Inhalt sein.

Sie haben auch den zeitlichen Aspekt angesprochen. Da bin ich vielleicht etwas anderer Meinung als Herr Frister. Wir wünschen uns, dass in dieser Beratung auch zugehört wird, dass das zumindest auch ein gewisses Wirkpotential hat. In diesem Sinne bin ich jetzt weniger skeptisch, dass der zweite Termin im Grunde dann sozusagen ein etwas notarieller oder formeller Termin sein muss. Unter Umständen kann man dort Fäden, die man gesponnen hat, wieder aufgreifen. Das wäre eine Überlegung, die ich schätzen würde.

Was allerdings zu sehen ist: Es ist die Frage: Reichen Beratungen aus? Wir müssen - darauf haben viele andere Professoren hingewiesen - insbesondere psychische Erkrankungen berücksichtigen. Und aus meiner Sicht ist die Frage: Wir haben damit in Verbindung zwei Pflichttermine. Sollte man nicht eine starke Regelung einführen, dass auch eine psychiatrische Untersuchung eine Rolle spielt? Wenn es dort schon zwei Termine insgesamt gibt, halte ich es nicht für zwingend, dass immer zwei Beratungstermine angesetzt werden. Aber zwei Gespräche, zwei Möglichkeiten, dort in Kontakt zu kommen, auch Gründe aufzunehmen, die halte ich doch für geboten.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank. - Das Wort hat Herr Professor Dr. Hardinghaus für die Antwort auf die Frage von Herrn Pilsinger für zwei Minuten. Bitte sehr.

Sachverständiger Prof. Dr. Winfried Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e. V.): Ich sehe die große Gefahr, dass die Suizidassistenz bei uns durch die niedrigschwellige Möglichkeit einer Suizidassistenz so weit fortschreitet, dass tatsächlich ein gesellschaftliches Klima entsteht, in dem der Suizid sozusagen zu etwas Normalem wird. Und das finde ich ganz

schrecklich. Wir wollen niemandem - ich wiederhole es noch einmal, Frau Künast - einen Suizid ausreden; aber der Mensch, der vor uns ist, der darf uns schließlich noch leidtun, und wir dürfen traurig sein; wir dürfen auch versuchen, ihm zu helfen und ihn auf einen anderen Weg zu bringen. Wenn das nicht geht, dann ist es so; aber wenn es zu etwas Normalem wird, wird auch diese Aufgabe für uns immer schwieriger werden

Ein sozialer Druck wird entstehen. Das Argument des sogenannten Dammbruchs ist häufig gebraucht worden. Ich sehe wirklich die Gefahr, dass er entsteht. Wir haben es an dem Beispiel der Vorausverfügung, das heute schon diskutiert wurde, gesehen, dass jemand, dass vielleicht viele oder alle, wenn es generell wird, zum Zeitpunkt der Ausübung des assistierten Suizids nicht mehr freiverantwortlich sind. Oder wir sehen es in der heutigen Diskussion, dass die Suizidassistenz auch bei Kindern möglich sein soll. Es fällt mir schwer, das nachzuvollziehen.

Der zweite Teil der Frage war, wie verhindert werden kann, dass eine solche Option gewählt wird. Da gibt es natürlich eine Reihe von Möglichkeiten. Ich möchte dazu auf eine aktuelle repräsentative Umfrage des Deutschen Hospizund PalliativVerbandes in der Bevölkerung vor vier Wochen hinweisen: Kennen Sie den Begriff "palliativ"? - 50 Prozent unserer Bundesbevölkerung weiß davon und kennt das. Daher ist es also sicher noch eine große Aufgabe für uns alle, hier Aufklärung zu leisten.

Ferner müssen wir natürlich die Rahmenbedingungen verbessern. Wir müssen uns - das sagte ich in meinem Eingangsstatement - verlassen können auf die Rahmenbedingungen, auch finanziell, dass Pflege ausreichend möglich ist und die Pflegekosten nicht so hoch sind, dass man vielleicht zum Suizid greift, dass Trauerarbeit ausreichend angeboten wird - Trauerbegleitung, das ist wichtig - und dass schließlich natürlich auch die Methoden der Suizidprävention, die wir im zweiten Teil vielleicht noch besprechen werden, wie Methodenrestriktion, 24-Stunden-Hotline und was es alles gibt, ausgebaut werden. Das sind alles Maßnahmen.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Herzlichen Dank. - Dann erteile ich Frau Kurzke für die Antwort auf die Frage von Herrn Pilsinger das Wort für zwei Minuten. Bitte.

Sachverständige Kerstin Kurzke (Malteser Hilfsdienst e. V.): Vielen Dank für die Frage zum Thema, ob Einrichtungen auch das Recht haben sollen, Suizidbeihilfe sozusagen nicht anzubieten. Ich finde, das ist ganz, ganz notwendig. Besonders wenn wir auf unsere pluralistische Gesellschaft gucken und die unterschiedlichen Vorstellungen, braucht es, wie ich im Eingangsstatement schon gesagt habe, diese Wahlfreiheit.

Noch mal mit dem Blick auf die Bewohner oder auch Gäste im stationären Hospiz: Es macht wirklich was aus, wenn man das Gefühl hat, man ist sowieso jetzt schon derjenige, der die ganze Arbeit sozusagen auf sich zieht, der Last ist, wenn es dann auch noch im Nachbarzimmer mit dem assistierten Suizid eine Methode gibt, sozusagen das Leben zu beenden. Das baut nicht nur Druck auf, sondern es kann wirklich auch sein, dass Leute das Gefühl haben, sie müssen sich rechtfertigen, wenn sie keinen assistierten Suizid machen.

Ich kann das auch mit einem Beispiel aus den Niederlanden verdeutlichen. Der Journalist Gerbert van Loenen hat beschrieben, dass er immer sehr, sehr stolz war auf das liberale Gesetz der Niederlande - bis sein Lebenspartner einen Hirntumor bekommen hat und sie sich rechtfertigen mussten, warum er keinen assistierten Suizid oder aktive Sterbehilfe in Anspruch nimmt; weil so ein Leid, das muss doch niemand haben, wurde denen gesagt. Also, es hat was verändert. Nicht nur, dass man sozusagen erfährt, dass die Leute das Recht für sich selbst suchen, sondern es scheint auch eine Übertragung zu sein, dass sich Leute, wenn sie sich gegen den assistierten Suizid entscheiden, rechtfertigen müssen. Und das will, glaube ich, hier niemand. Aber wir sollten das unbedingt bedenken, dass das in den Blick genommen wird.

Deswegen wäre es total wichtig, dass es Einrichtungen gibt wie stationäre Hospize, wie Pflegeheime, die einen bestimmten Träger haben, die

sagen: Unser Konzept ist die palliative Versorgung; unser Konzept ist die Suizidprävention. - Das muss natürlich sichtbar gemacht werden im Leitbild, im Konzept. Die Leute müssen das wissen; ich glaube, dann kann sich auch jeder entscheiden. - Vielen Dank.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Herzlichen Dank. - Dann bitte ich Frau Dr. Lewitzka um die Beantwortung der zwei Fragen von Frau Baehrens und Herrn Seitz. Das macht dann vier Minuten. Bitte sehr.

Sachverständige Dr. Ute Lewitzka (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention - Hilfe in Lebenskrisen e. V.): Ich beginne mit den Fragen von Frau Baehrens. Wir sehen ein Mehraugenprinzip als absolut notwendig an. Und mit "mehr Augen" meine ich nicht: Ein Arzt bescheinigt oder stellt irgendwas fest, und der zweite unterschreibt nur auf dessen Formular; sondern "mehr Augen" heißt: Jeder nimmt sich für sich Zeit, exploriert, analysiert, reflektiert und kommt dann zu einer Entscheidung, ob zum Beispiel die Freiverantwortlichkeit eingeschränkt ist oder nicht.

Wir machen das in der Psychiatrie ja sogar so, dass wir Entscheidungen, die viel weniger schwerwiegend, weil umkehrbar sind - zum Beispiel, wenn es um Zwangsmaßnahmen geht -, sogar einem Gericht überantworten müssen. Ich kann zwar sagen: "Der Patient ist gefährdet, und es besteht eine akute Eigen- und Fremdgefährdung, die nicht anders abwendbar ist"; aber da muss ein Betreuungsrichter kommen, und er entscheidet dann letztendlich. Das heißt, ich lasse wirklich einen anderen entscheiden. Und die Diskussion mit dem Betreuungsrichter ist eine gemeinsame, nämlich im Beisein des Patienten, mit dem behandelnden Arzt, mit dem Patientenfürsprecher, und gemeinsam wird dann evaluiert, und am Ende entscheidet der Richter.

Ich finde, die beiden anderen Gesetzentwürfe kommen diesem Mehraugenprinzip nicht so richtig nach, insbesondere weil nicht definiert ist oder nicht gut genug definiert ist, welches die Expertise in den Beratungsstellen ist. Das hat nur der Castellucci-Entwurf, dass dort dieses multiprofessionelle Herangehen determiniert ist und



dass vor allen Dingen auch eine Zweizeitigkeit bestehen muss. Wir Psychiater brauchen, wenn es um die Entscheidung der Freiverantwortlichkeit geht, auch ein Stück Verlauf. Es reicht eben nicht, einen Querschnitt zu haben, einen Querschnittseindruck zu haben. Jemand, der bei mir sagt, er wird sich niemals das Leben nehmen, geht aus dem Zimmer raus und kriegt einen Anruf, und da ist schon wieder was ganz anderes passiert. Wir brauchen also mindestens eine Zweizeitigkeit.

Zu den Fragen von Herrn Seitz. Ich glaube, dass diese Fälle sehr selten sind, weil die Expertise, insbesondere wenn sie in einem multiprofessionellen Team mit dem psychiatrischen Sachverstand getroffen wird, uns einen sehr guten Eindruck geben kann, ob eine Freiverantwortlichkeit vorliegt oder eben auch nicht.

Im Übrigen machen es ja insbesondere die forensischen Psychiater in ihrer Begutachtungspraxis nicht anders. Es ist immer eine zweiteilige Beurteilungsebene. Wir stellen fest, ob eine psychische Erkrankung vorliegt, und nur wenn die besteht, prüfen wir im zweiten Schritt, ob diese Erkrankung schwer genug ist - in dem Fall zum Zeitpunkt einer Straftat -, sodass sie dieses Handeln und Denken und Fühlen und Wollen des Beschuldigten oder des Angeklagten einschränkt. Es ist sozusagen eine andere Ebene. Aber genauso würde man ja vorgehen, wenn es sozusagen um eine Suizidassistenz geht. - Danke.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Herzlichen Dank. - Frau Professor Dr. Schneider hat dann das Wort zur Beantwortung der Frage von Frau Baehrens. Bitte sehr.

Sachverständige Prof. Dr. Barbara Schneider: Ganz herzlichen Dank für die Frage. - Es ging darum, ob der Gesetzentwurf von Castellucci et al. letzten Endes ausreichend auf die Bedürfnisse von Patienten, von Menschen mit terminalen Erkrankungen eingeht. Meiner Einschätzung nach geht der Gesetzentwurf sehr gut auf die Bedürfnisse von Menschen mit terminaler Erkrankung ein. Allerdings gibt es hier zwei Anmerkungen von meiner Seite. Hier steht: "bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung". Natürlich haben wir alle eine begrenzte Lebenserwartung. Ich denke aber, der Begriff ist wohl so auszulegen, dass tatsächlich der Tod schon im Zimmer steht oder ans Bett anklopft.

Was ich mir noch sehr wünschen würde, wäre, dass statt "Untersuchung" dort tatsächlich "Begutachtung" steht. Wenn ich mir überlege, was wir Ärzte oft in einer Untersuchung machen, dann sind das Untersuchungen, die wirklich kurz dauern. Man muss sich aber, wenn es hier tatsächlich um assistierten Suizid geht, mit der Person auch länger in dem einen Termin, den man hat, auseinandersetzen können; man muss die ganzen Dinge, das, worüber wir alle ständig sprechen, letzten Endes genau beurteilen können. Und da hätte ich lieber den Begriff "Begutachtung" stehen.

Generell bin ich der Ansicht, dass man tatsächlich Begutachtung und Beratung trennen muss, jetzt ganz abgesehen von dieser Frage. - Vielen Dank.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ich danke Ihnen. - Zur Beantwortung der ersten Frage von Frau Engelhardt hat Frau Professor Dr. Schöne-Seifert das Wort. Bitte sehr.

Sachverständige Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Es ging um die Frage, was dafürspricht, mög-

lichst viel von der Beratung und Freiverantwortlichkeitsprüfung im Arzt-Patienten-Verhältnis zu belassen. Es sind ja heute schon viele, viele empirische Daten zitiert worden, und ich schließe daran an. Die letzten Daten aus Holland und der Schweiz belegen den jahrelangen Trend, dass doch im Wesentlichen vier Gruppen von Patienten betroffen sind. Anders als dort, wo in der Suizidprävention sozusagen der Verdacht von Rationalitätsstörungen zunächst mal naheliegt, ist es hier genau umgekehrt. Es sind Patientengruppen, die mit schweren chronischen Erkrankungen, mit akuten terminalen Erkrankungen, mit der Diagnose einer frühen Demenz und als ganz kleine Gruppe mit multimorbider Hochaltrigkeit konfrontiert sind. Die ersten beiden Gruppen, die mit terminalen Erkrankungen und chronischen unheilbaren Erkrankungen, sind die ganz große Mehrheit der Fälle. Demenz in der Frühphase

machten in Holland 2,5 Prozent im Jahr 2020 aus, von den absoluten Zahlen 70 Fälle; zwei betrafen den Sonderfall Patientenverfügung, den wir hier nicht diskutieren müssen, weil er überhaupt nicht zur Diskussion steht. Deswegen ist das auch kein Dammbruchargument, das irgendwie einleuchtet, weil diese Möglichkeit bei uns gar nicht vorgesehen ist. Das ist ein schwieriges anderes Problem.

Zurück zu den Fällen, die in einem Arzt-Patienten-Verhältnis sozusagen ihre Diagnosen bekommen, die einer ALS-Erkrankung, die einer frühen Demenz als kleine Gruppe. Für diese Patienten liegt es ja absolut nahe, dass sie die Coping-Strategien bei dieser Erkrankung, die Prognosen in sozialer, psychologischer und medizinischer Hinsicht über viele, viele Untersuchungsgespräche mit ihrer Ärztin besprechen. Da wächst sozusagen eine Überzeugung heran. Bei ganz Akuten, die direkt nach der Diagnose sagen: "Ich will jetzt Suizidhilfe haben", würde das keiner von uns als Auftrag ansehen, daraufhin Suizidhilfe zu leisten.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Würden Sie bitte zum Ende kommen?

Sachverständige Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Also liegt es zunächst mal nahe, das im geschützten Verhältnis zu belassen und ein Vieraugenprinzip - und das ist sozusagen meine Hoffnung auf eine Konvergenz beider Anträge - sowohl für die Freiwilligkeitsprüfung als auch für die Beratung sekundär zu haben.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank. - Dann hat für insgesamt sechs Minuten Herr Professor Dr. Sinn das Wort für die Antwort auf zwei Fragen von Herrn Strasser und eine von Frau Baehrens. Bitte sehr.

Sachverständiger Prof. Dr. Arndt Sinn: Ganz herzlichen Dank. - Herr Strasser, zunächst zu Ihrer Frage, wie denn im Vergleich diese einzelnen Vorschläge hinsichtlich der Übertretung oder Nichtbeachtung der Beratungskonzepte zu bewerten sind. Das wäre jetzt sehr komplex. Man kann sich ganz verschiedene Fallgestaltungen vorstellen, in denen auch unterschiedliche Sanktionen denkbar wären. Aber holzschnittartig kann man sagen - damit beginne ich mit dem Entwurf auf Drucksache 20/2332, Helling-Plahr und andere -: Weil es ja ein Recht ist, sich in die Beratung zu begeben, gibt es auch keine Pflicht. Und wenn ich diese Pflicht nicht habe oder andere sie nicht haben, dann ist es natürlich auch schwierig, daran Sanktionen zu knüpfen. Aber Sie haben immerhin einen Verstoß gegen die BtM-Vorschriften. Das ist in Artikel 2 vorgesehen. Wenn dort gegen die Verschreibungsvorschriften verstoßen wird, dann würde man nach Ihrem eigenen Entwurf eine Sanktionierung vornehmen müssen.

In dem Entwurf auf Drucksache 20/2293 finden wir die Formulierung in § 8, Straftaten und Ordnungswidrigkeiten. Dort wird dann ausführlich dargelegt, in welchen Fällen hier eine Sanktionierung erfolgt.

Und im Entwurf auf Drucksache 20/904, dem Entwurf von Herrn Castellucci, wäre es dann so: Wenn das Beratungskonzept in Absatz 2, also dieses Beratungsprogramm, nicht abgespult würde, dann würde also der Rechtfertigungsgrund nicht eintreten. An dieser Stelle hake ich noch mal ein. Die Dokumentationspflicht würde ich rausnehmen aus diesen Rechtfertigungsvoraussetzungen. Es kann zwar Zweifel an der Autonomie geben. Aber die Verletzung einer Dokumentationspflicht schließt die Autonomie nicht aus. Es kann durchaus Fälle geben, in denen eine Person autonom ist, man aber die Dokumentationspflichten verletzt hat. Das kann man in einen eigenen Absatz verschieben. Das habe ich in meiner Stellungnahme auch klargemacht. Wenn man das verschieben würde, hätte man das Problem dann auch gelöst.

Die zweite Frage von Herr Strasser bezog sich auf die Zulassung von Sterbehilfevereinigungen. Das kann man sicherlich machen. Zertifizierungen sind uns natürlich nicht fremd. Wir haben hier viele Ärzte und Vertreter aus dem Gesundheitswesen. Die Krankenhäuser und Universitäten werden ständig zertifiziert, und da gibt es dann eben auch Agenturen, die das machen. Ich habe aber mit dem Leitbild ein Problem. Also, dass der



Staat dann ein Gütesiegel für eine korrekte Sterbehilfe anbietet: Da habe ich dann wiederum Störgefühle. Das würde ich mir doch nicht wünschen.

Zur dritten Frage, wie es um diese Regelung zu § 217 in dem Entwurf auf Drucksache 20/904 bestellt ist, dass also in begründeten Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn die Durchführung von zwei Untersuchungsterminen nicht zumutbar ist, Ausnahmen gemacht werden können, also die Fristen dann verengt werden können: Ich halte das für eine Regelung, die genau diesen Notsituationen gerecht wird; denn sie ist tatsächlich an Begrifflichkeiten gebunden, die einen weiten Spielraum zulassen, genau in diesen Situationen schnell davon absehen zu können. dass eine zweite Beratung erfolgen soll, um eben dem Autonomiewunsch und dem Willen des Sterbewilligen und damit auch seinem Recht nachzukommen. Das sind zum Beispiel solche Formulierungen wie "nicht zumutbar ist" oder "nach der fachlichen Überzeugung des untersuchenden Facharztes" oder "fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung". Das sind alles Möglichkeiten, in denen schnell und einzelfallbezogen reagiert werden kann, um dem Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben gerecht zu werden. Insoweit halte ich diese Regelung für zielführend. - Danke schön.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank. - Zum Abschluss der ersten Antwortrunde in diesem Themenblock hat dann Herr Schulz das Wort für vier Minuten für Antworten auf die Fragen von Frau Dr. Sitte und Frau Engelhardt. Bitte sehr.

Sachverständiger Maximilian Schulz: Vielen Dank. - Die erste Frage war, glaube ich, ob ich mich lieber von Behörden oder Ärzten informieren lassen würde. Wer schon mal mit Behörden zu tun hatte, wie wahrscheinlich die meisten, weiß, dass die Antworten da meistens so lauten: "Ja, da habe ich keine Einsicht" oder: "Ich kann nur sagen, was hier steht." Gerade in so einem heiklen Zusammenhang halte ich es für absolut notwendig, dass dieses Gespräch mit einem Arzt geführt wird. Das ist intuitiv einfach richtig, und nicht nur intuitiv, sondern sicher auf dem Papier

genauso. - Und dann war die zweite Frage was noch gleich?

Dr. Petra Sitte (DIE LINKE): Es ging darum, dass Sie in der Beratung an einen psychiatrischen Facharzt verwiesen werden.

Sachverständiger Maximilian Schulz: Ja, das halte ich auch als Auflage nicht für sinnvoll. Ich halte es aber für wichtig oder für notwendig, dass, sollte das als Wunsch eines Aufsuchenden bestehen, ihm dieser Zugang gewährt wird. Auch da ist ja die Versorgungslage in Deutschland reichlich dünn, also sowohl bei der Psychotherapie als auch bei der Psychiatrie. Das war das, was ich in meinem Statement auch unterstrichen habe: dass wirklich jede Form der gewünschten Hilfe zugänglich gemacht werden soll.

Dr. Petra Sitte (DIE LINKE): Dann hatte Frau Engelhardt die Frage, was wünschenswert ist bezüglich der Differenzierung zwischen medizinischer Notlage und anderen Betroffenen. Die Frage hat sich auch noch mal an Sie gerichtet: Was wäre sozusagen nach Ihrer Ansicht eine einheitliche Verschreibungsmöglichkeit für alle Betroffenen unabhängig von den Motiven und Beweggründen? Wäre das vorzugswürdig?

Und vielleicht auch aus Ihrer eigenen Erfahrung heraus: Für wie wichtig halten Sie die Möglichkeit, sich aufzuklären und beraten zu lassen in einer Situation, in der man konkret über den Suizid nachdenkt?

Sachverständiger Maximilian Schulz: Aufklärung ist natürlich extrem wichtig. Man muss unbedingt wissen, wie die vorgesehenen Präparate auf einen wirken und auch was auf einen zukommt, auch die Möglichkeit, in welchem Rahmen man die einnehmen kann, welche Möglichkeiten man hat. Für mich persönlich wäre es so, dass ich mir, wenn ich einmal diese Bestätigung hätte, mit diesem Wissen vorstellen könnte, noch eine ganze Zeit weiterzuleben, einfach weil es ja halt zugänglich ist.

Dann die Frage zur Differenzierung in Bezug auf "gesundheitlich notwendig". Na ja, die Frage ist natürlich: Was bedeutet denn "gesundheitlich



notwendig"? Ich habe in dem einen Krankenhaus, wo ich war, einen Herrn kennengelernt, der das Krankenhaus seit zwei Jahren nicht verlassen hatte, weil er am ganzen Körper offene Stellen, Druckstellen, hatte. Da weiß ich nicht, ob eine medizinische Notwendigkeit bestand. Er hätte sicher auch noch viele Jahre so weiterleben können. Falls es aber seinem Wunsch entsprochen hätte, aus dem Leben zu scheiden, hätte ihn diese Differenzierung möglicherweise davon abgehalten. Deshalb würde ich das eher ausräumen.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank für die Antworten. -Dann kommen wir zur zweiten Fragerunde in diesem Block. Die erste Frage hat Frau Kappert-Gonther. Bitte sehr.

Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. -Meine erste Frage richtet sich an Professor Hardinghaus. Sie haben ja eben noch mal eindrucksvoll geschildert, wie Suizidalität sich im Kontext der Lebenssituation, aber auch der Beziehungssituation verändern kann und wie sie sich auch sehr kurzfristig und angesichts des akuten Todes verändern kann. Sie haben uns berichtet, dass auch es Drucksituationen seitens der Angehörigen geben könnte. Ich möchte Sie in diesem Zusammenhang fragen, wie Sie das Konzept des sogenannten tödlichen Mitleids einschätzen, wo Angehörige aus einer Überforderungssituation heraus annehmen, es könne besser sein für ihren Angehörigen, jetzt aus dem Leben zu scheiden, und wie Sie mit solchen Situationen umgehen, was Sie dann sowohl Angehörigen als auch Betroffenen anbieten können.

Meine zweite Frage richtet sich an Frau Professor Schneider. Was ist sozusagen häufig in Bezug auf Suizidalität und auch den Wunsch womöglich nach assistiertem Suizid? Es gibt ja immer mal so den Gedanken des Bilanzsuizids. Wie häufig ist das überhaupt der Fall? Und auf der anderen Seite: Welche Rolle spielen denn zum Beispiel ökonomische Faktoren, wie beispielsweise Armut oder auch mangelnder Zugang zu Pflege und die Ängste, hier nicht ausreichend versorgt zu werden? Wie schätzen Sie in diesem Zusammen-

hang die Notwendigkeit von Sicherungsmechanismen und einem Schutzkonzept ein? - Vielen Dank.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Danke schön. - Frau Vogler hat das Wort für die nächste Frage.

Kathrin Vogler (DIE LINKE): Meine erste Frage richtet sich an Professor Sinn, und zwar geht es da um die Suizidmittel. Es gibt ja nur einen Gesetzentwurf, der nicht nach Suizidmitteln spezifiziert, sondern generell jeden assistierten Suizid gleich behandelt. Das ist der Entwurf der Gruppe, die ich hier mit vertrete. In den anderen beiden Gesetzentwürfen wird ausschließlich der assistierte Suizid mit tödlichen Medikamenten behandelt. Nun gibt es natürlich inzwischen auch Anbieter, die andere Formen des Suizids bewerben und fördern, wie beispielsweise mit einem sogenannten Exit Bag. Wie würden Sie das bewerten auch hinsichtlich der rechtlichen Konsistenz und der möglichen Überprüfung vor allem vor dem Verfassungsgericht?

Die zweite Frage bezieht sich ausschließlich auf den Gesetzentwurf Helling-Plahr und andere. Wird aus diesem Gesetzentwurf eigentlich deutlich, wie die Feststellung des freien Willens erfolgen soll, der ja laut Verfassungsgericht die Voraussetzung für den assistierten Suizid ist?

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Danke sehr. - Dr. Steffen hat das Wort für die nächste Frage.

Dr. Till Steffen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zwei Fragen, die sich in der Tat mit der Ausgestaltung der Verfahren und den Details der vorliegenden Gesetzentwürfe beschäftigen. Die erste Frage geht an Frau Schöne-Seifert. Wenn man jetzt die Kapazitäten von Psychiaterinnen und Psychologen berücksichtigt, ist es denn eigentlich realistisch, dass sich Fachärztinnen und Fachärzte finden, die dann überhaupt in verfügbarer Zahl bereit sind, positiv festzustellen und zu testieren, wie es der Gesetzentwurf Castellucci verlangt, dass erstens "keine die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigende psychische

Erkrankung vorliegt", und zweitens "nach fachlicher Überzeugung das Sterbeverlangen freiwilliger, ernsthafter und dauerhafter Natur ist"? Also, ist das eigentlich realistisch, dass diese Voraussetzung des Verfahrens dann überhaupt erfüllt werden kann? Oder baut das Verfahren nicht eine Hürde auf, die dann de facto den Weg verbaut?

Die zweite Frage bezieht sich auf den Entwurf von Künast und anderen; Herr Gaede, das ist eine Frage an Sie. Ich habe mir Ihre Stellungnahme aufmerksam durchgelesen. Sie stehen ja dem Gesetzentwurf mit großer Sympathie gegenüber. Ich habe den Eindruck, Sie hadern ein bisschen mit dem Begriff "medizinische Notlage". An zwei Stellen habe ich das gefunden. Auf Seite 19 sagen Sie:

> Anzumerken ist allerdings, dass der die Differenzierung tragende Begriff der "medizinischen Notlage" im Entwurf kaum konkretisiert wird.

Da wäre für mich die Frage: Hätten Sie da einen besseren Vorschlag der Differenzierung, einen anderen Begriff? Oder würden Sie sagen, das ist da gar nicht notwendig? Also, in dem Entwurf führen ja beide Wege dazu, dass am Ende eine Möglichkeit des assistierten Suizids eröffnet wird. Braucht es das dann, oder gibt es eine bessere Differenzierung?

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Danke schön. - Frau Dr. Sitte hat das Wort.

Dr. Petra Sitte (DIE LINKE): Meine erste Frage geht noch mal an Herrn Schulz. Sie haben ja Ihre Situation, Ihre Geschichte medienöffentlich gemacht. Wir haben im Zuge der vielen Jahre Diskussion über Sterbehilfe unendlich viele E-Mails bekommen. Wie ist es Ihnen ergangen? Wie hat man auf Ihren Bericht reagiert?

Die zweite Frage an Frau Schöne-Seifert: Glauben Sie, dass der Autonomiebegriff des Bundesverfassungsgerichts Ihre Erfahrungen zutreffend aufnimmt? Wenn Sie die Gesetzentwürfe vergleichen, welcher kommt diesem dann wiederum am nächsten?

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Herzlichen Dank. - Canan Bayram hat das Wort für die nächste Frage.

Canan Bayram (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. - Ich hätte eine Frage, die würde ich an Frau Dr. Greeve und an Herrn Professor Frister richten. Ich war in der letzten Legislatur auch in der mündlichen Verhandlung des Bundesverfassungsgerichts, und die eine oder andere Frage, die hier aufgeworfen wird, meine ich, haben wir dort auch schon behandelt. Denn das Gericht hat doch in seiner Entscheidung festgestellt, dass das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in § 217 Absatz 1 Strafgesetzbuch "die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung in einem solchen Umfang [verengt], dass dem Einzelnen faktisch kein Raum zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Freiheit verbleibt".

Mit Blick darauf würde ich Sie fragen, inwieweit der Vorschlag von Dr. Castellucci et al. diese Anforderungen des Urteils erfüllt? Da fühle ich mich, ehrlich gesagt, auch in mancher Argumentation jetzt wieder daran erinnert, so nach Motto: Das Gericht hat entschieden, aber eigentlich würden wir uns wünschen, es hätte nicht entschieden. - Wäre denn dessen Umsetzung dann weiterhin verfassungswidrig? Das ist ja eine Frage, der wir uns stellen müssen. - Vielen Dank.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Danke schön. - Herr Arlt hat das Wort. Bitte sehr.

Johannes Arlt (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Ich habe zwei Fragen, eine an Herrn Professor Hardinghaus. Bei dieser Anhörung entsteht oft der Eindruck, dass es irgendwie einen Zusammenhang zwischen einer eingeschränkten Autonomie der Betroffenen, eventuell dem Druck auf Betroffene und dem Angebot an Suizid gibt. Gibt es dafür irgendeine Evidenz, die Sie kennen, in irgendeiner Studie?

Meine zweite Frage bezieht sich auf das Thema Patientenverfügung. Und zwar geht es darum, dass Patientenverfügungen ja keine Erklärungen von Suizidwilligen für ihren Suizid ersetzen oder

vorausverfügen können. Es gibt eigentlich nur einen Gesetzentwurf, nämlich den von unserer Gruppe, der sich damit in seinem § 7 auch auseinandersetzt. Castellucci/Heveling erwähnen das Thema zumindest in der Begründung des Gesetzentwurfs. Meine Frage daran anschließend an Frau Greeve wäre jetzt: Halten Sie eine solche gesetzgeberische Klarstellung bezüglich Patientenverfügungen für sinnvoll und für notwendig?

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank. - Die letzte Frage in dieser Runde kommt von Herrn Strasser. Bitte sehr.

Benjamin Strasser (FDP): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Ich hätte zwei Fragen, zunächst eine an Frau Dr. Lewitzka. Wir sollten, glaube ich, noch über die Rolle von Ärztinnen und Ärzten in diesem Prozess des assistierten Suizids sprechen. Wir haben ja zwei Gesetzentwürfe vorliegen, die sehr stark auf Ärztinnen und Ärzte setzen. Wenn man aber die Äußerungen der Ärzteschaft auch in den entsprechenden Fachgremien hört, ist mein Eindruck eher, dass die große Mehrheit ihre Rolle nicht in der Zurverfügungstellung des assistierten Suizids sieht. Wenn wir es wollen, dass assistierter Suizid tatsächlich auch als Alternative möglich ist, würde mich interessieren, wie Sie die Rolle von Ärztinnen und Ärzten in diesem Prozess sehen.

Die zweite Frage richtet sich an Herrn Professor Dr. Sinn. Eine entscheidende Frage ist ja, wenn wir über den medikamentösen assistierten Suizid sprechen: Was passiert eigentlich mit diesen Medikamenten, die dann ausgegeben werden? Wie stellen wir rechtlich sicher, dass tatsächlich auch nur die Person diese Medikamente zur Verfügung hat, die dieses Beratungsverfahren absolviert hat, wie immer das auch ausgestaltet ist? Mir geht es gar nicht um das Detail des Beratungsverfahrens. Aber wie stellen wir rechtlich sicher, dass diese Medikamente dann nicht Dritten zur Verfügung gestellt werden, die dieses Verfahren nicht in Anspruch genommen haben?

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Herzlichen Dank. - Die Antwortrunde beginnt Herr Schulz für zwei Minuten mit einer Antwort auf eine Frage von Frau Dr. Sitte. Bitte sehr.

Sachverständiger Maximilian Schulz: Vielen Dank. - Zum Feedback zu dem Artikel: Um das vorauszuschicken: Der war leider hinter einer Paywall. Als freier Journalist weiß ich ja um diese ökonomischen Zwänge. Aber gerade bei diesem Thema wäre es mir sehr lieb gewesen, dass der zugänglicher gewesen wäre. Ich hatte auch die zuständige Redakteurin darum gebeten; aber da war nichts zu machen. Ich hatte dann ein PDF-Dokument, das ich an Leute, die es interessiert hat, quasi weitergeschickt habe.

Ich habe sehr viel positives Feedback bekommen, sehr viel Feedback von Menschen, mit dem ich nicht gerechnet hatte. Beispielsweise die Zweitkorrektorin meiner Bachelorarbeit an meiner Hochschule hat mich um Zusendung gebeten. Ein entfernter Freund hat mir geschrieben, dass er mit seinem Vater eine ähnliche Situation erlebt hat bzw. eine sehr frustrierende Situation. Der Vater war schwer krebskrank und hatte mehrfach darum gebeten, aus dem Leben scheiden zu dürfen, was aber verneint wurde. Und die haben auch die von mir angesprochenen quälenden Gedankenspiele durchgespielt. Von Heroinin-die-Infusionen-Geben und solchen Sachen war da die Rede.

Es haben mir auch Leute geschrieben, die sich etwas konstruktiver oder etwas kritischer damit auseinandergesetzt haben. Alles in allem zeigt es einfach, dass es damit eine große Beschäftigung in der Bevölkerung gibt. Ich meine, die Umfragen ergeben ja, glaube ich, auch, dass die Mehrheit tatsächlich für eine Liberalisierung der Sterbehilfe ist. Aber es war spannend, zu sehen, was die Leute, sowohl die, die dafür sind, als auch die, die dagegen sind, im Einzelnen bewegt. Das war ein sehr positiver Effekt dieses Artikels.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank. - Dann hat Herr Professor Dr. Sinn das Wort für sechs Minuten.

Sachverständiger Prof. Dr. Arndt Sinn: Vielen Dank. - Ich komme zunächst zur Frage, ob es



nicht zu einer Gleichbehandlung aller Suizidmittel kommen müsste. Ich zitiere mal aus dem Entwurf auf Drucksache 20/2293. Dort heißt es:

> Diese Regelung ist dabei ehrlich. Denn Betäubungsmittel (und nicht z. B. Seile, Küchenmesser oder Schusswaffen) sind das Mittel, welches die Betroffenen erstreben, wie auch gerichtliche Auseinandersetzungen ...

zeigen. Und das wird dann belegt. - Aber, sehr verehrte Abgeordnete, das ist nicht das Problem. Es ist nicht das Problem, wie ich Suizidhilfe leiste, mit welchen Mitteln ich sie leiste, sondern das Problem, das hier beraten wird, ist, wie Autonomie sichergestellt wird und damit auch der autonome Wille, frei mit fremder Hilfe zu sterben. Und deshalb, meine ich, ist das nun wirklich nicht das Problem. Es ist konsequent, dass es dann in der Drucksache 20/904 anders gemacht wird, weil dort das Problem Autonomieschutz eben klar sichtbar wird.

Dann die zweite Frage, wie in dem Antrag auf Drucksache 20/2332 von Frau Helling-Plahr und anderen denn die Feststellung des freien Willens vorgenommen wird. Das ist geregelt in § 4: in der Beratung. Wenn ich es richtig sehe, wird, wenn dieses Beratungskonzept eingehalten wird, im Zusammenhang mit § 4 und § 3 anhand dieser Kriterien der autonom gebildete freie Wille festgestellt in diesen Beratungsstellen, die in § 5 genannt sind - wobei - Frau Helling-Plahr, Sie haben den Kopf geschüttelt - ich noch nicht sehe, dass man dahin gehen muss. Wenn man nicht hingeht, dann - damit komme ich wieder zu dem Punkt zurück - gelten natürlich die in jedem gerichtlichen Verfahren festzustellenden Kriterien für die Autonomie oder nicht. Wenn es keine Anhaltspunkte gibt, dass es einen Autonomieverlust gab, dann ist alles gut. Wenn es diese Anhaltspunkte gab, dann wird eben ein Verfahren durchgeführt, und dann wird man das im Rahmen des Verfahrens klären müssen.

Herr Strasser, ich komme zu Ihrer Frage: Was passiert mit den Medikamenten nach Aushändigung? Oder anders formuliert: Wie können wir denn sicherstellen, dass diese Medikamente nicht in die falschen Hände gelangen? Sie haben das mit "rechtlich" umschrieben. Ich weiß nicht, wie ich rechtlich sicherstellen kann, dass das nach Aushändigung kein Dritter bekommt. Da kann man viel reinschreiben ins Gesetz: Es ist sicherzustellen, dass das nur von dem Sterbewilligen genommen wird. - Vielleicht kann man auch reinschreiben, dass da Aufnahmen von der Packung gemacht werden. Aber das ist ja kein rechtliches Prozedere. Also, ich habe keine Antwort auf die Frage, wie man das sicherstellen will. - Vielen Dank.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Danke schön. - Frau Professor Dr. Schöne-Seifert hat das Wort für vier Minuten für Antworten auf die Fragen von Herrn Dr. Steffen und Frau Dr. Sitte. Bitte sehr.

Sachverständige Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Die Frage richtete sich auf die Vorschriften des Castellucci-und-andere-Entwurfs, in dem ein doppeltes psychiatrisches/psychologisches Prüfverfahren in Bezug auf die Freiverantwortlichkeit vorgesehen ist, und die Frage richtete sich darauf, ob das denn realistisch sei. Wir haben schon mehrfach gehört - und ich kann da sozusagen auch keine weiteren Daten beifügen -, dass es angesichts der Knappheit von Psychiatern und Psychologen, die dafür überhaupt zur Verfügung stehen, der entsprechend langen Wartezeiten und auch der organisatorischen Hürde in der Wirklichkeit schwer sein wird, das in diesen Fristen umzusetzen. Ich würde bestätigen - was schon andere gesagt haben -, dass die damit hochgezogene Hürde es sehr viel unwahrscheinlicher machen wird, dass Suizidwillige die Möglichkeiten finden, ihren Wunsch umzusetzen.

Um noch mal zurückzukommen auf unsere Eingangsrunde: Wenn wir es ernst nehmen, dass Suizidwillige mit erwiesen oder in dem Fall erwartbar freiverantwortlichem Suizidwunsch ihr Anliegen tatsächlich realisieren können, ist es ein großes Problem, solche Hürden aufzubauen.

Die zweite Frage. - Ganz kurz, das muss ich einmal aufschlagen.

Dr. Petra Sitte (DIE LINKE): Ob sich der Autonomiebegriff des Verfassungsgerichts sich mit Ihrer Lebenswirklichkeit als Ärztin deckt.

Sachverständige Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Genau. - Das schließt sich ganz gut an, denke ich. Es gibt eine, wie wir alle wissen, komplizierte und verzettelte Debatte um den Autonomiebegriff. Das heißt im Angloamerikanischen "competency"; es hieß früher "Urteilsfähigkeit" und "Einwilligungsfreiheit". In der praktischen Philosophie wird es dann "Autonomie" genannt. Und weil dieser Begriff so schwierig ist, hat sich die Diskussion zuletzt - so auch das Bundesverfassungsgericht - auf den Freiverantwortlichkeitsbegriff hinausmanövriert. In der Sache ist das alles nichts anderes und ganz klar ein unscharfer Begriff. Und es gibt Debatten darüber, welche Standards man anlegen sollte.

Der Begriff, der vom Bundesverfassungsgericht sozusagen ausbuchstabiert worden ist unter dem Titel "Freiverantwortlichkeit", entspricht der Standardsicht in der Medizinethik insofern, als es darum gehen muss, einen mental in der Lage befindlichen Patienten oder eine Patientin zu haben, der verstehen kann, worum es geht, der Informationen verarbeiten kann, zu einer Entscheidung kommen kann und diese mitteilen kann. Alles sehr komplex; es ist also ein ganzes Bündel von Fähigkeiten. Normalerweise wird in der Medizin das Vorhandensein dieser Fähigkeiten vorausgesetzt, und nur bei Verdacht auf Fehlen wird nachgeprüft, unter Umständen auch mit psychiatrischen und psychologischen Konsilen, auch im sonstigen medizinischen Alltag. - Das ist das eine. Das Zweite ist fehlender Druck durch Angehörige, Dritte, sozialen Druck etc. Die nächste Voraussetzung ist Informiertheit, Stichwort Beratung über die Alternativen. - Und was haben wir noch? - Ich glaube, das war es.

Und dann kommt in diesem Fall die Dauerhaftigkeit des Wunsches hinzu. Wenn man autonom irgendeine Kaufentscheidung trifft, dann muss das keine dauerhafte Entscheidung sein, weil der Kontext ganz anders ist. In diesem Fall haben wir alle ein Rieseninteresse daran, dass das stabile Wünsche sind. Da ist sich hier jeder einig.

Dass es in einzelnen Fällen außerordentlich schwierig sein kann, diese Prüfung durchzuführen, darüber sind wir uns alle im Klaren. Dass aber andererseits jemand, der aus der Psychiatrie, aus der Suizidprävention oder aus der Psychologie kommt, von vornherein eine viel heterogenere Patientenklientel im Erfahrungshintergrund hat, führt dazu - so habe ich den Eindruck -, -

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Kommen Sie bitte zum Ende? Einen Satz noch.

Sachverständige Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert:

- dass ein viel größeres Maß an Absicherungsbedürfnis besteht, als das sozusagen in der normalen Medizin der Fall ist. Und die beiden Entwürfe, die nicht Castellucci-zugehörig sind, buchstabieren diesen Begriff vollkommen eins zu eins aus in ihren jeweiligen §§ 3.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank. - Dann hat Frau Professor Schneider das Wort. Bitte sehr. Zwei Minuten.

Sachverständige Prof. Dr. Barbara Schneider:

Vielen Dank. - Ganz kurz auf die Frage von Frau Kappert-Gonther zum Bilanzsuizid: Der Bilanzsuizid ist ein Begriff, der nicht in der wissenschaftlichen Forschung belegt ist. Bilanzsuizid wird im philosophischen und im juristischen Diskurs konzeptionell herangezogen, eben um eine Abgrenzung zwischen dem Suizid, der spontan geschieht, und dem Suizid im Vollbesitz aller psychischen und kognitiven Kräfte vorzunehmen. Das ist eine Unterscheidung, die ich als gefährlich empfinde, weil diese Entscheidung ja praktisch einen "guten Suizid" - in Anführungszeichen -, also einen Bilanzsuizid, einem Suizid, der eben nicht wohlüberlegt ist, gegenüberstellt. - So viel dazu.

Zum zweiten Teil der Frage von Frau Kappert-Gonther, inwieweit ökonomische Faktoren eine Rolle spielen: Dazu gibt es ganz, ganz viel wissenschaftliche Forschung. Wir wissen, dass eben nicht ausreichender Zugang zu finanziellen Mitteln, zu Versorgung, zu Pflege, zu guter Gesundheitsversorgung das Suizidrisiko erhöhen. Wir



wissen, dass Männer in unteren sozialen Schichten suizidgefährdeter sind als Männer in höheren sozialen Schichten. Was wir auch wissen, ist, dass das Gefühl von Menschen, anderen zur Last zu fallen - und das kann auch finanziell sein -, ein Risikofaktor für Suizid ist. Und was wir in Bezug auf den assistierten Suizid wissen - das sehen wir vor allem in den USA, die ja ein anderes Versorgungssystem haben als wir; wir sind relativ gut sozial abgesichert -: In den USA lassen sich bevorzugt Frauen, ältere Frauen assistiert suizidieren, weil eben gerade bei ihnen die finanziellen Mittel dann erschöpft sind. - Vielen Dank.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank. - Zur Beantwortung einer Frage von Herrn Strasser hat Frau Dr. Lewitzka das Wort. Bitte sehr.

Sachverständige Dr. Ute Lewitzka (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention - Hilfe in Lebenskrisen e. V.): Die Bitte war, die Rolle von Ärzten zu beleuchten. Da möchte ich grundsätzlich noch mal in den Raum stellen: Unsere ganze Ausbildung, all das, was wir erlernen und in unseren Facharztausbildungen sozusagen aufnehmen, ist darauf ausgerichtet, Leiden zu lindern. Ich weiß, da gab es einen Wechsel, der auch gut ist. Früher mussten wir um jeden Preis Leben erhalten. Das war früher so; das ist jetzt aber nicht mehr so. Ein Patient muss heute keine Angst mehr haben, dass er, wenn er das erklärt hat, irgendwie an Schläuchen festgeschnallt und künstlich am Leben gehalten wird. Das gibt es heute nicht mehr. Die Mehrheit der Ärzte sieht also in ihrem Beruf auch den Schutz des Lebens und die Minderung des Leidens.

Es wird immer darauf hingewiesen, dass in der Mehrheit der Bevölkerung Einigkeit darüber herrscht, dass sie die Suizidassistenz wollen. Wenn ich mir aber mal die Art und Weise von Umfragen anschaue, dann ist genau das nicht der Fall. Je nachdem, wie ich die Frage stelle - das hat eine kürzlich publizierte Arbeit gezeigt -, ändert sich das. Wenn ich Antwortalternativen aufzeige und sage: "Würden Sie einem schwerkranken, dem Tode geweihten Menschen die Suizidassistenz ermöglichen, ja oder nein?", würde die Mehrheit das tun. Wenn ich sage: "Es gibt

eine Alternative, er kann mit Schmerzmitteln versorgt werden, er muss begleitet werden", dann sinkt der Anteil derjenigen, die die Suizidassistenz wollen, gnadenlos in die Tiefe.

Dass der Arzt angesprochen wird, die Suizidassistenz zu regeln oder sogar durchzuführen, ist verständlich, weil man meint, der Arzt ist doch der Garant dafür, dass das ganz harmonisch und ganz toll und leicht geht. Auch hier wird nicht bedacht, dass Studien zeigen, dass 7 bis 13 Prozent der Suizidassistenzen Komplikationen aufweisen. Ich möchte nicht ins Detail gehen, wie die Komplikationen aussehen. Darüber wird gar nicht diskutiert. Das heißt, ich sehe die Rolle der Ärzte vor allen Dingen im Annehmen der Not, des Motivs, das dahintersteckt, nicht mehr leben zu wollen, der Aufklärung, und zwar dezidiert nicht nur einfach eine Information hinlegen, es gibt Palliativmedizin, sondern erklären, was das heutzutage bedeutet -, und natürlich gemeinsam zu schauen, ob irgendetwas darin den Wunsch beeinträchtigen kann, und die Freiverantwortlichkeit und die Dauerhaftigkeit zu prüfen.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Letzter Satz, bitte.

Sachverständige Dr. Ute Lewitzka (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention - Hilfe in Lebenskrisen e. V.): Und das ist die Aufgabe der Ärzte, nicht die Suizidassistenz selbst.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Danke schön. - Herr Professor Hardinghaus hat für vier Minuten das Wort. Bitte sehr.

Sachverständiger Prof. Dr. Winfried Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.): Mir waren zwei Fragen gestellt worden, einmal die Frage nach der Beziehungsebene, der Drucksituation und dem Phänomen des tödlichen Mitleids. Dieses Phänomen gibt es natürlich. Das dürfen wir nicht verschweigen. Wir sehen es bei Fachkräften sowie bei Angehörigen, bei diesen beiden Gruppen. Beides Mal ist sicher eine Überforderung Ursache des Ganzen, und die Überforderung bei Fachkräften wird sicher im Pflegebereich und auch im ärztlichen Bereich zunehmen, weil wir Personalmangel haben und



einfach die Belastung, der Stress so groß sind und die Intensivmedizin zugenommen hat.

Hier kommen wir auch schon zu den Angehörigen, die uns dann häufig begegnen und sagen: Ich kann das nicht mehr sehen. - Dabei geht es nicht um die Angehörigen, sondern um die Patienten zunächst mal, aber natürlich dann auch um die Angehörigen. Und ich glaube auch, dass die soziale Struktur mit daran schuld ist in dem Sinne, dass wir meistens ja nur noch einen Partner als Angehörigen sehen, entweder den alten Mann oder die alte Frau, die allein ist, und gar nicht mehr den Familienverbund, den es früher gab und in dem solche Angehörigen aufgefangen werden konnten. Wir müssen versuchen, sie aufzufangen. Wir tun es auch, sei es durch Supervision oder Trauerbegleitung. Aber im Moment sehe ich da ein bisschen schwarz, weil wir die Mittel und Möglichkeiten gar nicht haben. Wir hoffen, dass sie sich mal einstellen werden.

Stellvertretender Vorsitzender Dr. Thorsten Lieb: Ganz herzlichen Dank. - Frau Dr. Greeve hat das Wort, auch für vier Minuten. Bitte sehr.

Sachverständige Dr. Gina Greeve (Deutscher Anwaltverein e. V.): Vielen Dank. - Bezogen auf die - ich will das kurz vorwegnehmen - Frage der Klarstellung mit Blick auf die Patientenverfügung, die von Herrn Arlt gestellt worden ist: Selbstverständlich ist jede Klarstellung immer gut. Ob sie wirklich zwingend erforderlich ist, hängt ja letztendlich von dem Gesetz ab, wenn sonstige Voraussetzungen deutlich gemacht sind. Gegen eine Klarstellung kann man selbstverständlich erst mal gar nichts haben.

Mit Blick auf die andere Frage zu den verfassungsrechtlichen Vorgaben, insbesondere auch unter dem Aspekt des vorliegenden Entwurfs zu § 217, und auch die hier geführte Diskussion möchte ich in der Tat noch mal aufgreifen, dass das Bundesverfassungsgericht bereits entschieden hat. Es steht hier nicht zur Diskussion, ob sich jemand umbringen kann oder davon "abgehalten" werden soll. Ich will diesen Begriff nicht verwenden; er hört sich furchtbar an, weil so viel Moral dahintersteckt. Nein, das Bundesverfas-

sungsgericht hat entschieden, dass er darf, selbstverständlich, und dass es Vorrang hat. Das ist noch mal ein ganz, ganz wesentlicher Grund, warum wir hier vielleicht auch sitzen und warum es überhaupt neue Gesetzentwürfe gibt.

Ich muss gestehen, ich war extrem verwundert, dass es überhaupt einen neuen § 217 gibt, der dann auch noch in seinem Absatz 1 absolut deckungsgleich ist, nämlich auf ein völlig anderes Rechtsgut abzielt; denn er bezieht sich nur auf die geschäftsmäßige Förderung. Man muss sich mal die Tatbestandsmerkmale dort genauestens anschauen. Das hat überhaupt nichts mit dem geschützten Rechtsgut der Selbstbestimmungsfreiheit, wie es das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich - ausdrücklich! - hervorgehoben hat, zu tun. Deshalb bin ich auch sehr skeptisch, ob die Rechtsgutdiskussion so einfach über einen Tatbestandsausschluss - aber das will ich jetzt dogmatisch nicht vorwegnehmen - korrigiert werden kann, weil jetzt die Ausnahme in der Rechtswidrigkeit angesiedelt ist, auch dogmatisch. Es zeigt jedenfalls ganz klar den ursprünglichen gesetzgeberischen Willen, nämlich aus der ursprünglichen §-217-Regelung, die für verfassungswidrig erachtet worden ist. Der jetzt gestellte Auftrag an den Gesetzgeber wird meines Erachtens hier nur nachgeschoben über eine Rechtswidrigkeitsklausel. Das sind wirklich jetzt dogmatische Fragen des Strafrechts, die ich für sehr, sehr bedenklich erachte, jenseits dessen, dass die Rechtsgutdiskussion hier schon gar nicht den Auftrag des Bundesverfassungsgerichts umsetzt. Denn der Auftrag des Bundesverfassungsgerichts auch vor dem Hintergrund des damals geltenden § 217 - und das ist auch deutlich gesagt worden -, dass dieses Selbstbestimmungsrecht, so schwer es einem möglicherweise fällt und das bemerke ich hier in der Diskussion den ganzen Tag, und ich kann es emotional verstehen -, nicht leerlaufen darf, ist meines Erachtens zu respektieren. Es sind verfassungsrechtliche Vorgaben. Genauso ist der Wunsch des Sterbewillens zu respektieren. Den ersetzen wir nicht. Da darf man sich nicht moralisch erheben.

Das Bundesverfassungsgericht hat deutlich gesagt, dass dieses autonome Selbstbestimmungsrecht nicht leerlaufen darf, dass es nicht faktisch



unmöglich sein darf. Und genau das muss doch jetzt das Anliegen sein, dass auch legal und damit rechtssicher Zugang unter anderem zu ärztlicher Hilfe, Zugang zu entsprechenden Medikamenten, zumal sie auch da sind, gewährt werden muss und dass hier ein rechtssicherer Rahmen gefunden wird. Ich habe jedenfalls mit Blick auf die letzte Frage und § 217 ganz erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken.

Im Übrigen ist es nach meinem Dafürhalten nicht die Umsetzung dessen, was das Bundesverfassungsgericht bereits entschieden hat. Es wird nicht mehr darüber entschieden, es ist entschieden.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: So, dann können wir weitergehen, und zwar zu Professor Dr. Gaede. Sie hatten eine Frage von Dr. Steffen.

Sachverständiger Prof. Dr. Karsten Gaede: Herzlichen Dank. - Danke für die Frage, Herr Dr. Steffen. Ich habe es durchaus als meine Aufgabe angesehen, alle Entwürfe kritisch zu prüfen. Und mit dem Begriff der medizinischen Notlage wird ein weitgehend neuer Begriff, der ja auch eine Weggabelung beschreibt, eingeführt. Insofern habe ich dann festgestellt, dass er auslegungsbedürftig ist, dass man in der Tat unterschiedliche Auslegungen durchdenken könnte und dass er auch eine begrenzende Funktion hat. Ich habe ganz bewusst keinen anderen Vorschlag eingebracht. Das hängt vor allen Dingen daran, dass ich meine dargelegt zu haben, dass der Entwurf die Funktion, die ihm zugewiesen ist, dann doch gut erfüllt. Aus meiner Sicht ist das einerseits die Funktion, einen vielleicht etwas schnelleren Weg dort zu ermöglichen. Aber so, wie ich das insgesamt beurteile, müssen wir uns auch fragen: Können wir denn die Ärzte so einbeziehen? Ich habe das ia angesprochen. Und ich denke, es ist schon auffällig, dass eigentlich die Ärzte, von denen wir im Einzelnen sagen: "Ja, natürlich muss kein Arzt, muss keine Ärztin hier agieren", letzten Endes aber - in den anderen Entwürfen - einbezogen werden.

Aus meiner Sicht ist mit der medizinischen Notlage der Bereich doch recht gut umschrieben, bei

dem wir sagen können: Ja, hier gibt es so viele Ärztinnen und Ärzte, die umdenken, die es als Fortsetzung ihrer traditionellen Aufgabe sehen, auch in diesen Situationen, die durch die medizinische Lage motiviert sind, dann eigeninitiativ mitzuwirken. Deshalb ist das meiner Sicht etwas, was in diesem Bereich funktionieren kann.

Dann begrenzt der Entwurf, der auch einen Behördeneinsatz vorsieht, das aber auch gleichzeitig darauf. Das halte ich für richtig, auch mit diesem Begriff abgegrenzt, weil wir uns das natürlich gut vorstellen konnten, wir alle uns vielleicht auch wünschen, dass die Ärzte das von sich aus in die Hand nehmen, und es dann auch selbstverständlich sympathischer klingt, wenn man mit den Ärzten, die man schon lange kennt, Gespräche führen kann. Aber sind das denn die Situationen, in denen dieses über lange Zeit entwickelte Patientenverhältnis dort in Rede steht? Wir müssen doch hier auch eine Regelung finden und eine Antwort geben auf Situationen, in denen dieses Verhältnis noch gar nicht besteht. Und da brauchen wir aus meiner Sicht auch einen anders organisierten Weg, der dann im Entwurf beschrieben ist.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Abschließend hören wir dann jetzt noch mal Professor Dr. Frister zur Frage von Kollegin Bayram.

Sachverständiger Prof. Dr. Helmut Frister: Auch ich bin gefragt worden zur verfassungsrechtlichen Bewertung des Entwurfs von Herrn Castellucci und anderen. Ich glaube, man muss schon konzedieren, dass es ein Unterschied ist, ob der Tatbestand des alten § 217 mit einer Rechtfertigungsmöglichkeit versehen ist oder nicht. Jetzt ist er mit einer Rechtfertigungsmöglichkeit versehen. Deshalb kann man nicht unmittelbar aus dem Verfassungsgerichtsurteil auf die Verfassungswidrigkeit schließen.

Aber ich habe auch ein Problem damit, dass durch diesen Tatbestand des § 217 die auf Wiederholung angelegte Unterstützung bei einer Grundrechtsausübung als regelhaftes Unrecht gekennzeichnet wird, weil es darauf ja hinausläuft. Die entscheidende Frage bei der verfassungsrechtlichen Bewertung ist aber, glaube ich, ob



durch diesen Entwurf immer noch faktisch hinreichender Raum zur Entfaltung und Umsetzung bleibt, weil die Hürden halt relativ hoch sind. Da muss ich sagen - ich sage es mal etwas paradox -: Ich fürchte, dieser Entwurf lässt noch hinreichenden Raum zur Entfaltung, weil das geschehen wird, was ich vorhin schon prognostiziert habe: Wenn man hohe verfahrensrechtliche Hürden aufstellt, dann sind diejenigen, die sich am besten darauf einstellen können, Suizidhilfeorganisationen. Die können das nämlich organisieren. Der einzelne Arzt kann das sehr schlecht organisieren. Deshalb wird das dazu führen, dass in der Tat faktisch hinreichender Raum zur Entfaltung und Umsetzung bleibt, nämlich durch die Inanspruchnahme von Suizidhilfeorganisationen. Dann ist der Entwurf vielleicht verfassungsgemäß, aber die Frage ist, um welchen Preis.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: So, das waren abschließende Worte. Wir sind nun am Ende dieses ersten Teils angekommen. Ich darf so weit jetzt allen Sachverständigen im Namen aller Anwesenden schon einmal von Herzen danken, dass sie uns hier zur Verfügung gestanden haben.

Wir haben gleich den zweiten Anhörungsteil zum Thema "Suizidprävention". Dazu bleiben drei der anwesenden Sachverständigen hier; zwei weitere könnten dann jetzt dazukommen. Den anderen Sachverständigen steht es natürlich freiherzlich gern -, oben auf der Tribüne Platz zu nehmen und bei uns zu bleiben oder sich, wo auch immer, zu erholen.

Wir machen jetzt eine kurze Unterbrechung für zehn Minuten. Draußen steht noch mal ein Versorgungswagen, wo jeder etwas erwerben kann; Getränke oder Snacks wären dort zu haben. Dann sehen wir uns in zehn Minuten, also um 18.14 Uhr, wieder.

(Unterbrechung von 18.04 bis 18.15 Uhr)

Teil II der Sachverständigenanhörung: Suizidprävention

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker:

Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Sachverständige! Wir haben beim zweiten Anhörungsteil neben den Professoren Frister, Schneider und Schöne-Seifert, die uns weiterhin zur Verfügung stehen, zwei neue Sachverständige; Professor Lob-Hüdepohl und Herr Melching sind dazugekommen.

Dieser zweite Anhörungsteil soll etwa eine Stunde dauern und befasst sich mit einem fraktionsübergreifenden Gruppenantrag zur Suizidprävention. Die Initianten fordern unter anderem die Stärkung der Suizidprävention durch Förderung der seelischen Gesundheit, durch die Bereitstellung von Angeboten zur Bewältigung beruflicher und familiärer Krisen, durch den Aufbau eines deutschlandweiten Suizidpräventionsdienstes und durch Informationen zur Vorbeugung von Tabuisierung und Stigmatisierung von Suizidwünschen sowie über Hilfsangebote.

Noch mal einige Hinweise zum Ablauf dieses Anhörungsteils. Alle fünf Sachverständigen erhalten gleich die Gelegenheit zu einer kurzen Eingangsstellungnahme, für die jeweils fünf Minuten zur Verfügung stehen. Wir beginnen dann alphabetisch bei Professor Frister. Den Hinweis auf die Uhr erlaube ich mir noch mal; das haben Sie ja schon kennengelernt.

Danach haben wir dann wieder eine Fragerunde, an der sich die anwesenden Mitglieder des Rechts- oder Gesundheitsausschusses mit Fragerecht beteiligen können. Zwei Fragen können an einen oder zwei Sachverständige gestellt werden.

Diesmal gibt es keine Vereinbarung im Vorfeld, also können jetzt alle Fraktionen zu Wort kommen. Aber mehr als acht Fragesteller werden wahrscheinlich in dieser einen Fragerunde kaum zu Wort kommen können. Deshalb lassen Sie uns keine Zeit verlieren. - Wir beginnen mit Professor Frister.

Sachverständiger Prof. Dr. Helmut Frister: Schönen Dank, Frau Vorsitzende. - Ich hatte ja eben bereits Gelegenheit und habe auch schon betont, dass Suizidprävention enorm wichtig ist. Deshalb wird es Sie nicht verwundern, dass ich diesem Antrag grundsätzlich positiv gegenüberstehe. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf die Stellungnahme des Ethikrates verweisen, die auch die Bedeutung der Suizidprävention betont.

Worauf ich etwas näher eingehen möchte, ist, dass der Antrag ausdrücklich schreibt, die Akzeptanz des Rechts auf Suizid sei die Grundlage der Suizidprävention. Das ist, glaube ich, richtig; aber man muss auch bereit sein, zu Ende zu denken, was das bedeutet. Es bedeutet nämlich, dass Suizidprävention letztlich nicht mehr eine Prävention um jeden Preis ist, sondern dass Suizidprävention die Funktion hat, Entscheidungsspielräume wieder zu eröffnen und eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen. Und das bedeutet dann auch, dass man, wenn sich jemand nach Beratung und Aufklärung im Ergebnis dafür entscheidet, Belastungen in seinem Leben, die er jedenfalls so empfindet, dass sie nicht beseitigt werden können, nicht hinzunehmen, diese Entscheidung als Berater zwar als Verlust empfindet, aber nicht als Niederlage, weil es darum geht, eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen, und die kann eben in beide Richtungen ausfallen.

Das ändert nichts daran, dass Suizidprävention wichtig ist. Man muss sich darüber klar sein: Es ist keine Prävention um jeden Preis. Das bedeutet zum Beispiel auch, dass man vorsichtig sein muss mit der Interpretation von Steigerungsraten, die sich einstellen nach einer Regelung zur Liberalisierung der Suizidassistenz. Denn diese Steigerungsraten können schlicht auch darauf beruhen, dass Menschen jetzt etwas legal tun könnten, was sie schon immer tun wollten, was sie aber jetzt eben tun können. Und das ist auch per se nicht unbedingt zwingend so zu interpretieren, dass auf diese Personen jetzt Druck ausgeübt wird. Das wäre mir auch wichtig.

Schließlich auch noch der Hinweis: Der Satz, den man öfter liest: "Die beste Suizidprävention be-

steht darin, keine Gelegenheit zum Suizid zu geben", verträgt sich natürlich auch nicht vollständig damit, dass man eine selbstbestimmte Entscheidung ermöglichen will. Natürlich wollen wir nicht die Gelegenheit geben, von Brücken zu springen; das soll man sichern. Aber als absoluter Satz ist er nicht richtig.

Deshalb möchte ich noch mal wiederholen, was ich schon im ersten Teil der Stellungnahme gesagt habe: Ich meine, dass die Suizidassistenz, die wir nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts ermöglichen müssen, und eine richtig verstandene Suizidprävention beides Teilaspekte einer Verwirklichung von Selbstbestimmung sind und deshalb auch nicht so ganz getrennt betrachtet werden sollten - wir machen ein Gesetz zur Suizidprävention, und dann machen wir ein Gesetz zur Suizidassistenz -; sondern das sollte ein einheitlicher Ansatz sein und nach meiner Vorstellung auch möglichst einer gesetzlichen Regelung zugeführt werden. - Danke schön.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann ist der nächste Sachverständige Professor Lob-Hüdepohl.

Sachverständiger Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl: Frau Vorsitzende, herzlichen Dank für das Wort. - Suizidprävention umfasst ein breites Spektrum von vorsorgenden und vorbeugenden Interventionen und Handlungsfeldern. Sie dient nicht einfach der Verhinderung, sondern vor allen Dingen eben der Vorbeugung und Vermeidung von Lebenslagen, in denen sich Menschen motiviert, getrieben oder innerlich genötigt sehen, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Allerdings sollte im Fokus solcher Suizidprävention nicht nur die sogenannte indizierte Suizidprävention sein, also das unmittelbare Begleiten von Menschen, bei denen sich der Suizidwunsch bereits ausgebildet hat, sondern zur Prävention gehört natürlich auch - und es tut mir sehr leid, auch ich muss als Mitglied des Ethikrates auf diese Stellungnahme verweisen, die wir beide wie übrigens alle im Deutschen Ethikrat einstimmig beschlossen haben; also insofern gibt es in dieser Frage keinen Dissens - die sogenannte selektive, also die gruppenspezifische Inblicknahme von

Personen, die in bestimmten Situationen besonders von suizidalen Begehren betroffen sind, also Suchterkrankte, Trauernde, schwer Erkrankte, Menschen in sogenannten passageren Lebenslagen.

Und das Letzte: Suizidprävention hat die sogenannte allgemeine oder universelle Suizidprävention in den Blick zu nehmen, also Suizidprävention, die sehr niedrigschwellig aufklärungsmäßig die gesamte Bevölkerung in den Blick nimmt.

Für vermutlich 90 Prozent der knapp 10 000 Menschen, die in Deutschland jährlich ihrem Leben ein Ende setzen, ist jede dieser Formen von Suizidprävention unumstritten eine ethische Pflicht. Ihre Suizidentscheidung ist nämlich entweder Ausdruck einer schweren psychischen Erkrankung, oder aber sie ist in einer Weise vom Augenblick getrieben, dass sie keinesfalls als freiverantwortlich gelten kann.

Was aber ist mit Suizidentscheidungen, die über ein ausreichendes Maß an Überlegtheit, Eigenständigkeit und Ernsthaftigkeit verfügen und deshalb im Vollsinn des Wortes als freiverantwortlich gelten können? Besteht nicht, so die gelegentlich vernehmbare Skepsis, die Gefahr, dass eine zu starke Suizidprävention solche freiverantwortlichen Suizidentscheidungen unterläuft, vor allem dann, wenn sie sogar die Reduzierung der Zugänglichkeit von Suizidmitteln und -orten vorsieht? Reduzierung bedeutet nicht vollständig verhindern.

Diese Frage ist aus meiner Perspektive mit einem klaren Nein zu beantworten. Natürlich sind freiverantwortliche Suizidentscheidungen als Ausdruck des Rechts auf Selbstbestimmung ohne Wenn und Aber letztlich 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 nicht mehr leben kann oder nicht mehr leben will; Lebensbedingungen wie Krankheit, Einsamkeit, Erschöpfung,



Lebenssattheit. Oftmals sind solche Suizidwünsche unbeständig, oftmals auch dann sogar gepaart mit einem veritablen Lebenswillen, also anders leben zu wollen.

Deshalb gilt: Der Respekt vor einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung entbindet zu keinem Zeitpunkt von der Verantwortung, so weit wie möglich Sorge zu tragen, dass Menschen sich nie zu einer solchen Entscheidung gezwungen sehen. Suizidprävention hat hier grundsätzlich die Aufgabe, Menschen überhaupt nicht erst in Lebenslagen kommen zu lassen, in denen sie sich subjektiv genötigt sehen, sich freiverantwortlich für oder sogar gegen einen Suizid entscheiden zu müssen. Zudem stärkt Suizidprävention über das breite Spektrum ihrer Beratungs- und Informationsangebote die Basis, die unverzichtbare Basis, auf deren Grundlage die suiziderwägende Person ihre freiverantwortliche Entscheidung zu treffen vermag, also sich bilden kann.

Deshalb hält die Suizidprävention den subjektiv verfügbaren Gestaltungsspielraum für die freiverantwortliche, selbstbestimmte Lebensführung eines Menschen möglichst weit offen.

Der österreichische Holocaust-Überlebende Jean Améry beendet seine Streitschrift für das Recht auf den freiverantwortlichen Suizid mit den Worten - ich zitiere -:

Wir sollten ihnen

- den Suizidanten -

Respekt vor ihrem Tun und Lassen, sollten ihnen Anteilnahme nicht versagen, zumal ja wir selber keine glänzende Figur machen ... So wollen wir gedämpft und in ordentlicher Haltung, gesenkten Kopfes den beklagen, der uns in Freiheit verließ.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, aus diesen Worten spricht alles andere als eine Verherrlichung eines Freitodes. Aus diesen Worten sprechen neben dem Respekt vor dem Suizidanten eigentlich nur die Klage und die Trauer, dass Menschen offensichtlich keinen anderen Ausweg mehr sehen, als sich einer als unerträglich erlebten Situation durch einen Suizid zu entziehen. Aus Jean Amérys Worten spricht deshalb nach meinem Dafürhalten nur das, dass wir es, wenn irgend möglich, nie zu solchen ausweglos erscheinenden Lebenslagen kommen lassen dürfen, persönlich wie gesellschaftlich nicht. Deshalb sollten alle Anstrengungen um eine Stärkung der Suizidprävention breite gesellschaftliche wie letztendlich auch parlamentarische Unterstützung erfahren. - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann hat als nächster Sachverständiger Heiner Melching das Wort.

Sachverständiger Heiner Melching (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.): Frau Vorsitzende, vielen Dank. - Sehr geehrte Abgeordnete! Liebe Damen und Herren! Ich möchte als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin den Blick jetzt noch einmal sehr speziell auf die Menschen richten, die sich aufgrund einer schweren Erkrankung mit ihrem Lebensende beschäftigen und daraus resultierend dann eben Sterbewünsche, Todeswünsche oder auch den Wunsch nach einem assistierten Suizid äußern, und zum anderen aber auch auf die Menschen, die mit diesen Wünschen in der Praxis konfrontiert sind, also die in der Palliativ- und Hospizversorgung Tätigen.

Wichtig ist mir dabei noch, dass die von mir vorgebrachten Gedanken, wie auch die Bedenken, die wir ja in unserer Stellungnahme zu den vorliegenden Gesetzentwürfen niedergelegt haben, nicht ausschließlich aus theoretischen Überlegungen resultieren, sondern eben ganz praktische Erfahrungen aus der Praxis sind. Hierzu haben wir nicht nur über 50 konkrete Anfragen zur Suizidhilfe, die uns in der Geschäftsstelle der DGP erreicht haben, ausgewertet, sondern wir haben in sehr vielen Weiterbildungskursen mit inzwischen über 250 Ärztinnen und Ärzten alle Gesetzentwürfe und die darin geplanten Verfahren anhand realer und auch fiktiver Patientenbeispiele einfach mal durchgespielt, über ganze Tage. Dabei sind nicht nur erhebliche Schwierigkeiten, teilweise vielleicht sogar Unmöglichkeiten für die Umsetzung in der Praxis festgestellt



worden, sondern eben auch ein besonderer Bedarf der Suizidprävention speziell für diese von mir genannte Betroffenengruppe.

Erlauben Sie mir hier vielleicht den Hinweis, dass ich den Titel der heutigen Sitzung "Sterbebegleitung", wie auch den Begriff "Sterbehilfe" in diesem Kontext tatsächlich für völlig falsch halte. Sterbehilfe leistet die Ärzteschaft und vor allem die Pflege, die hier häufig vergessen wird, seit jeher, nämlich Menschen beim Sterben zu helfen. Das ist Sterbehilfe. Sterben ist ein Prozess, der Suizid hingegen die legitime Beendigung genau dieses Prozesses, und es wäre schön, wenn die Politik hier auch klarer kommunizieren würde, worum es geht: Es geht um Suizidassistenz.

In der anfänglichen Diskussion, auch schon 2017, standen nach meiner Wahrnehmung zwei Aspekte im Vordergrund, nämlich erstens die Regulierung und gegebenenfalls Eingrenzung der Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen, zu denen uns ja auch erschreckende Erfahrungsberichte vorliegen, und zweitens Menschen, die aufgrund schwerer Erkrankung und Leid ihr Leben beenden wollen, ebendies zu erleichtern bzw. ihnen Unterstützung zukommen zu lassen.

Beide Ziele scheinen nun nicht nur aus dem Blick geraten zu sein, sondern die jetzt vorliegenden Entwürfe werden in beiden Bereichen nach unserer Einschätzung genau das Gegenteil erreichen. Das Handeln von Suizidhilfeorganisation wird legitimiert und massiv erleichtert, und die Hilfe beim Suizid oder besser: die Hilfe bei der Gestaltung eines würdigen Lebensendes für Schwerstkranke wird, auch für die Ärzteschaft, die hier adressiert wird, massiv erschwert, und Letztere ist ja auch erstmals in hohem Maße strafbedroht.

Deshalb - ergänzend zu den sehr wichtigen Forderungen der Organisationen der Suizidprävention, die hier ja vieles vortragen - brauchen wir für die Gruppe der Schwerstkranken noch weitere Präventionsmaßnahmen, weil wir es tatsächlich mit zwei unterschiedlichen Zielgruppen zu tun haben - ein Umstand, dem ja nur der Gesetz-

entwurf der Gruppe um Frau Künast herum versucht hat zu entsprechen, was wir vom Grundsatz her begrüßen.

Menschen, die sich aufgrund einer Palliativsituation mit Suizid beschäftigen, werden aber kaum klassische Beratungsstellen der Suizidprävention aufsuchen, sondern eher nach Suizidhilfeorganisationen Ausschau halten. Deshalb müssen wir viel früher und auch anders ansetzen, woraus sich zwei zentrale Notwendigkeiten ableiten lassen.

Erstens. Wir brauchen eine breit angelegte Öffentlichkeits- und Aufklärungskampagne, die eben geeignet ist, den bestehenden Ängsten vor einem leidvollen Sterben zu begegnen. Die erwähnten Anfragen bei der DGP zu der Pille für den schnellen Tod haben gezeigt, dass 100 Prozent, wirklich 100 Prozent der Anfragenden nicht aufgeklärt waren über Möglichkeiten der Gestaltung eines Lebensendes, also Hospiz- und Palliativversorgung, aber eben vor allem auch nicht über ihre Rechte, über ihre Patientenrechte, zum Beispiel. dass man einer hochtechnisierten Medizin nicht ausgeliefert sein muss und dass jede Maßnahme gegen den Willen von Betroffenen ja sogar den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllt. Das weiß kein Mensch. Hier könnte die Politik helfen, auch mit Unterstützung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Zweitens. Die Ärzteschaft wie auch andere relevante Berufsgruppen und auch das Ehrenamt müssen umfangreich qualifiziert werden für den Umgang mit Sterbe- und Suizidwünschen und Todeswünschen, um diese nämlich differenzierter zu betrachten. Hierzu gibt es bereits erste evaluierte Modelle, wie zum Beispiel der Uniklinik Köln um eine Gruppe von Professor Voltz. Die S3-Leitlinie hat das Thema Todeswünsche aufgenommen, um das differenziert zu betrachten. Wir haben ja auch innerhalb der DGP mit vielen Beteiligten hier Handlungsempfehlungen entworfen.

Bei Ärztinnen und Ärzten besteht also nicht nur Unsicherheit und Unwissen zu rechtlichen Möglichkeiten, sondern vor allem auch im Umgang mit solchen Situationen sowie auch in Bezug auf



den Selbstschutz, damit sie eben nicht zu reinen Dienstleistern einer Suizidassistenz degradiert werden. Sie müssen weiter befähigt sein, sich dem Ringen um den besten Weg zu stellen. Allein die Tatsache, dass jemand Arzt oder Ärztin, egal welcher Fachrichtung, ist, reicht nach unserer Einschätzung oftmals eben nicht aus, um verantwortungsvoll und kompetent mit solchen schwierigen Situationen umzugehen. Dazu gehört eben auch die Verantwortung für Angehörige und für das Setting, in dem dann eine tödliche Substanz unter Umständen eingenommen wird.

Wir sollten Menschen nicht mit solchen Medikamenten, solchen Substanzen, und auch nicht mit ihren Angehörigen, die vielleicht selbst hochaltrig pflegend sind, in solchen Situationen, vor allem auch bei oralen Einnahmen und fortgeschrittener Erkrankung, allein lassen, weil sich da eben nicht voraussagen lässt, wie die genaue Wirkung der Substanzen sein wird und wie der Sterbevorgang sich dann eben vollziehen wird. - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Alles Weitere auf Nachfragen, die bestimmt noch kommen. - Das Wort hat dann Frau Professor Dr. Schneider von der LVR-Klinik in Köln.

Sachverständige Prof. Dr. Barbara Schneider:

Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren Bundestagsabgeordnete! Wie Sie bereits in dem vorherigen Sitzungsteil gehört haben, bin ich eine der Leitungen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland, und ich beschäftige mich wissenschaftlich und auch in der Praxis seit mehr als 30 Jahren mit dem Thema Suizidalität.

Ich freue mich sehr, dass ein Antrag "Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen" in den Bundestag eingebracht wurde. Ich freue mich besonders darüber, dass schon im Namen des Antrags deutlich wird, dass die Suizidprävention Menschen ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht. Ich würde es sehr begrüßen, wenn mit der Annahme dieses Antrags die Arbeit der in der Suizidprävention Tätigen nicht nur ideell gewürdigt, sondern auch finanziell abgesichert würde. Dies ist derzeit leider nicht der Fall.

Wir brauchen in Deutschland dringend eine Entwicklung und auch die finanzielle Absicherung suizidpräventiver Angebote. Es wird den Menschen in diesem Land nicht vermittelbar sein, dass es ein staatlich finanziertes Beratungsnetz für den Zugang zum assistierten Suizid geben soll, jedoch Beratungsstellen und Angebote, die Menschen in Krisen das Leben und ihre Selbstbestimmung ermöglichen möchten, große Schwierigkeiten haben, ihr Angebot aufrechtzuerhalten. Suizidprävention kostet Geld, und Suizidprävention ist keine Aufgabe, die auf ehrenamtliche Arbeit und Spendenfinanzierung reduziert werden darf.

Suizidpräventive Angebote richten sich an Menschen, die in einer Krise Hilfe für sich suchen. Diese Hilfe wird freiwillig und selbstbestimmt aufgesucht und auch angenommen. Aus meiner Arbeit weiß ich, dass es für diejenigen, die beraten, die Therapeuten sind, nicht einfach ist, in Kontakt mit suizidgefährdeten Menschen zu kommen. Suizidgefährdete Menschen, Menschen, die sich mit Suizidalität auseinandersetzen, haben große Angst, abgelehnt zu werden. Sie haben oft auch große Angst, in die Psychiatrie eingewiesen zu werden. Sie äußern sich oft sehr ambivalent. Und es benötigt viel Geduld, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Dies braucht viel Zeit, dies braucht aber auch Wissen, und es braucht auch eine gute Ausbildung.

Im Vordergrund der Suizidprävention stehen das Verständnis der individuellen Umstände der Betroffenen und das Angebot und nicht der Zwang zur Hilfe. Suizidprävention bedeutet selbstverständlich kein Verhindern des Suizids um jeden Preis und natürlich auch nicht, dass man irgendwie versucht, Betroffenen ihre Suizidgedanken auszureden oder dergleichen. Gespräche sind immer ergebnisoffen, und sie sollen den Betroffenen helfen, selbstbestimmt zu entscheiden, anstatt zu sterben. Und es kann natürlich am Ende einer Therapie, einer Beratung auch immer stehen, dass derjenige sich das Leben nimmt, dass



derjenige auch assistierten Suizid in Anspruch nimmt.

Aber eine solche Art von Beratung ist etwas völlig anderes als eine Beratung für den assistierten Suizid. Wir müssen in unserem Land die Kompetenz zur psychosozialen Beratung bei Suizidalität dort fördern, wo sie vorhanden ist, und wir müssen sie ausbauen, wo sie noch fehlt. Wir müssen den Zugang zu allen suizidpräventiven Angeboten deutlich erleichtern. Vor allen Dingen müssen suizidpräventive Angebote flächendeckend vorhanden sein. Dies ist im Moment nicht der Fall.

Wir haben in einem Projekt ausgehend von den Empfehlungen der WHO aus dem Jahr 2014 und aus dem Jahr 2021 und dem internationalen Forschungsstand im Rahmen des Projekts "Suizidprävention Deutschland - Aktueller Stand und Perspektiven" in internationaler Zusammenarbeit einen ausführlichen Forschungsbericht zum aktuellen Stand der Suizidprävention in Deutschland erarbeitet. Dieser ist auf der Website des Nationalen Suizidpräventionsprogramms abrufbar. Sie können ihn auch gern in Form von Papier haben.

Insbesondere auf folgenden Ebenen müssen Angebote entwickelt bzw. ausgebaut werden: Es müssen niedrigschwellige suizidpräventive Angebote ausgebaut werden, die sich direkt an Betroffene richten. Es ist dringend eine regionale Vernetzung in der Suizidprävention notwendig. Und auf Bundesebene muss ganz viel geschehen, insbesondere die Einrichtung einer bundesweiten Informations-, Beratungs- und Koordinierungsstelle zur Suizidprävention, deren Gestaltung und deren Aufgaben wir in unserer Stellungnahme sehr ausführlich aufgeführt haben. Außerdem liegt Ihnen als Tischvorlage vor, welche weiteren Empfehlungen auf Bundesebene zur Suizidprävention unsererseits gegeben werden. - Vielen Dank

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann hat nun das Wort Frau Professor Dr. Bettina Schöne-Seifert von der Uni Münster, Lehrstuhl für Medizinethik.

Sachverständige Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Meine Damen und Herren! Ich möchte zwei Thesen vertreten. Die erste ist, dass der Antrag von Herrn Dr. Castellucci jede Zustimmung verdient, von allen Angehörigen und allen Parlamentariern. Er fordert etwas, was schon längst überfällig ist, was die Finanzierung, die Forschungsausstattung, die Etablierung von Beratungsstellen etc. angeht; aber der Antrag ist in meinen Augen doch weitgehend unabhängig erforderlich von der Suizidbegleitungsfrage. Und ich habe relativ große Sorgen, dass das Thema, sozusagen wohlwollend gedacht, aufgrund der Tatsache, dass die Gruppe um Herrn Castellucci exakt dieselbe Gruppe ist, die auch den sehr restriktiven neuen § 217 StGB vorschlägt, sozusagen als Doppelpack wahrgenommen wird und man nach der Devise "Prävention zuerst" - was wir ja von vielen heute gehört haben - denkt, man sollte das am besten als Doppelpack realisieren. Dann würde in meinen Augen tatsächlich dieser wunderbare und wichtige Präventionsantrag als eine Art Trojanisches Pferd dienen, das ich gerne verhindern würde.

Ich sage Ihnen, warum ich das so problematisch finde. Herr Frister hat mit anderen Worten, als ich es jetzt tun werde, darauf hingewiesen, dass es getrennte Ziele gibt und geben muss im Umgang mit Suizidwilligen. Das erste Ziel ist, möglichst viele unfreie Suizide zu verhindern, und das ist die Mehrheit. Wir haben gehört, das sind über 90 Prozent. In diesem Kontext nehmen wir sozusagen zunächst mal den Begriff Suizidprävention wahr. Das ist unstrittig ein Ziel und auch ein Ziel dieses Antrags.

Das zweite Ziel ist, freie Suizidwünsche in freie Lebenswünsche zu verwandeln. Auch das ist ein wichtiges Ziel, und in glücklichen Fällen gelingt das.

Und das dritte Ziel ist, freiverantwortliche Suizidvorhaben nicht zu sabotieren - ich benutze jetzt mal so einen groben Ausdruck, um bildhaft zu sein - und sie sozusagen auf humane, sanfte Weise realisierbar zu machen.



Diese Ziele dürfen unter gar keinen Umständen verrechnet oder auch nur zusammengeführt werden.

Ich will an ein paar Beispielen deutlich machen, wie groß diese Gefahr ist. Der Präventionsbegriff wird normalerweise in Medizin und Recht immer benutzt, als sei das Präventionsziel unstrittig gut. Das ist es auch bei den beiden erstgenannten Zielen. Aber bei der Verhinderung oder der Verlangsamung oder dem Aufschieben oder dem Sabotieren von freiverantwortlichen Suizidwünschen ist das Ziel alles andere als gut. Dass dieser positive Begriff gekapert werden könnte auch für Suizidsabotage, sieht man daran, dass wir hier mehrfach darüber geredet haben, welche Outcomes denn eigentlich zu erwarten sind. Prävention misst sich immer an Outcomes. Prävention von Herzinfarkten guckt vorher und nachher, wie viele Herzinfarkte verhindert worden sind. Prävention von Suiziden in unserem Kontext, sozusagen bei den Freiverantwortlichen, kann sich aber nicht bemessen an der Zahl der verhinderten Suizide. Das muss man sich unbedingt vor Augen halten. Deswegen sind die ganzen Rechenspiele, die wir hier gehört haben - oder nicht "spiele"; das klingt so abwertend - oder die Rechnereien gar nicht erstaunlich. Denn was ist zu erwarten, wenn wir ein liberales Suizidhilfegesetz, das ich ganz stark favorisiere, wie Sie wissen, kriegen? Was wird passieren? Es werden alle Teilziele ein bisschen erfüllt; aber es wird vor allem mehr Suizide geben. Darauf müssen wir gefasst sein. Und das kann man hinterher nicht als Versagen dieses Ansatzes abstempeln.

Es wurde gefragt: Wie ist das Verhältnis von Angebot und Nachfrage? Wir haben gehört, dass das Angebot die Nachfrage erhöht. Aber müssen wir uns nicht fragen: Woher kommt denn unser Angebot? Ist das nicht auf Nachfrage entstanden? Es sind doch Leute gekommen, die gesagt haben: Bitte, wir wollen nicht mehr in die Schweiz fahren. Helft uns hier! Wir sehen es einfach nicht ein. Wer seid ihr eigentlich, dass ihr uns verbieten wollt, sagen wir mal, das Abgleiten in eine schwerste Endphase der Demenz zu verhindern, wenn wir das selber können? Wie steht euch das zu? - Auf diese Weise ist doch das Angebot entstanden.

Das heißt, mit der Tatsache, dass diese nicht assistierten Suizide Add-on sein werden, müssen wir rechnen. Man kann da nicht hinterher sagen: Ihr habt das Gesetz schlecht gemacht. - Es ist geradezu das Ziel, das zu ermöglichen, und das müssen wir aushalten. Nun sind wir wieder bei dem moralischen Dissens. Es werden mehr Suizide werden, ohne jede Frage. - Danke.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Wir starten dann in die Fragerunde. Ich habe auch schon einige Wortmeldungen vorliegen. Wir starten mit der Gruppe Castellucci/ Heveling mit drei Frageberechtigen: Frau Kappert-Gonther, Frau Griese und Frau Vogler.

Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine erste Frage richtet sich an Frau Professor Schneider. Ganz grundsätzlich: Wie bewerten Sie den vorliegenden Antrag zur Stärkung der Suizidprävention? Und können Sie unabhängig davon, welcher Gruppe man bezüglich des assistierten Suizids zuneigt, hier eine grundsätzliche Zustimmung empfehlen?

Die zweite Frage richtet sich ebenfalls an Frau Professor Schneider. Welche Maßnahmen kennen wir aus der Suizidologie, die geeignet sind, Suizidprävention wirklich wirksam zu unterstützen?

Ich darf ja nur zwei Fragen stellen, aber einmal so in den Raum gerufen, wenn die Sachverständigen sich dazu äußern wollen: Sieht irgendwer einen Grund, diesem Antrag nicht zuzustimmen? -Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Kerstin Griese.

Kerstin Griese (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Sachverständige! Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen.

Ich will zwei Fragen an Herrn Lob-Hüdepohl stellen und will sie durchaus in dem Zusammenhang, der ja beabsichtigt ist, stellen, dass wir ein Schutzkonzept als gesetzlichen Weg vorgeschla-

gen und ergänzend diesen Antrag zur Suizidprävention gemacht haben. Das ist ja für uns inhaltlich ein Zusammenhang.

Herr Lob-Hüdepohl, erstens: Wie können Suizidprävention und ein Schutzkonzept beim assistierten Suizid die Freiverantwortlichkeit sichern? Sie haben ja, glaube ich, auch im Ethikrat darüber diskutiert. Unseres Erachtens gehört das eben zusammen. Deshalb die Frage: Wie wird die Freiverantwortlichkeit gesichert? Ist nach Ihrer Erfahrung der Wunsch nach Suizid immer freiverantwortlich und endgültig oder eben auch nicht?

Die zweite Frage stelle ich, weil aus unserer Sicht des Gesetzesantrages als auch dieses Antrages zur Suizidprävention das Thema des Schutzes für vulnerable Gruppen besonders wichtig ist. Welche Rolle spielt Angst vor schweren Erkrankungen bei der Erwägung eines assistierten Suizids? Welche Rolle spielen aber auch ökonomische Faktoren oder der immer wieder zitierte Satz "Ich möchte niemandem zur Last fallen"? Also was heißt das - das ist meine Frage - besonders für vulnerable Gruppen, für Menschen mit Beeinträchtigungen, Menschen mit Behinderungen, für Pflegebedürftige, für psychisch Kranke? Sehen Sie da einen gesellschaftlichen Druck?

Da Sie auch als Ethiker gefragt sind, will ich das sozusagen zusammenbinden mit der Frage: In welcher Gesellschaft wollen wir leben? Wie wird mit solchen vulnerablen Gruppen umgegangen?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Dann Kollegin Vogler.

Kathrin Vogler (DIE LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine erste Frage geht ebenfalls an Professor Schneider. Sie ist relativ kurz und knapp. Im Antrag ist ja vorgesehen, dass es eine bundeseinheitliche Nummer für Suizidprävention gibt, 24/7 und online für Menschen in Krisensituationen erreichbar. Wie würden Sie das bewerten?

Meine zweite Frage geht an Professor Frister. Sie haben in Ihrem Statement von falsch verstandener Suizidprävention gesprochen. Nun ist es aber eine Anhörung zu einem ganz konkreten Antrag, der schriftlich vorliegt. Jetzt frage ich mich als Mitverfasserin natürlich ganz selbstkritisch, an welchen konkreten Stellen in unserem Antrag Sie vielleicht solche falsch verstandene Prävention entdeckt haben könnten, weil es mir dann wichtig wäre, auch darüber nachzudenken, ob man den noch mal verändert. Bitte benennen Sie doch ganz konkret die Punkte oder den Punkt, den Sie kritisch sehen, und begründen das. Oder andersrum gefragt: Gibt es irgendetwas in unserem Antrag, warum Sie Abgeordneten abraten würden, diesen zu unterstützen, ihn mitzuzeichnen, für ihn zu stimmen, und zwar egal, welchem Gesetzentwurf in Sachen Suizidassistenz diese Kolleginnen und Kollegen zuneigen?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Das Wort hat nun Frau Helling-Plahr.

Katrin Helling-Plahr (FDP): Dass etwas richtig ist, heißt ja noch nicht, dass es auch richtig gut gemacht und umgesetzt ist. Deswegen ist die erste Frage an Herrn Professor Frister: Die Stellungnahme des Ethikrates ist hier angesprochen worden, und vorhin haben wir sie schon unter dem Aspekt der Freiverantwortlichkeit besprochen. Jetzt mit Blick auf Prävention und vielleicht im Vergleich zu dem hier vorliegenden Antrag: Gibt es da Punkte, die noch darüber hinausgehen, die vielleicht anders fokussiert werden sollten aus Ihrer Perspektive, aus der Perspektive des Ethikrates?

Die zweite Frage an Frau Professor Schöne-Seifert. Wir haben gerade davon gehört, dass die Gefahr eines sozialen Drucks gesehen wird. Auf der anderen Seite kenne ich beispielsweise auch die Erfahrungen aus Oregon, wo die klare Regelung des assistierten Suizids und die Entstigmatisierung dazu geführt haben, dass sich durch den ärztlichen Zugang auch die Hilfe und die Versorgung im Palliativbereich insgesamt verbessert haben. Würden Sie das auch für Deutschland so sehen? Wäre das eben auch ein Weg, wie man das zusammendenken kann und zusammendenken sollte? - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Nun Herr Lindh.



Helge Lindh (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Ich richte mich sowohl an Frau Professor Schöne-Seifert als auch an Herrn Professor Frister.

Ich nehme mal als Ausgangspunkt die Anmerkungen von Frau Professor Schöne-Seifert in Stellungnahmen, aber auch vorhin in der Anhörung, dass hinter dem Ganzen doch ein ethischer Grundkonflikt lauert. Ich würde die Arbeitsthese wagen, dass es auch in Bezug auf das Präventionsthema immer noch der Fall ist, gerade wenn man auf das Ziel von Prävention achtet und die Fragestellung sieht, wenn man es in der Zusammenschau mit den Regelungen für den assistierten Suizid betrachtet, den von uns allen gewünschten umfassenden Apparat für Prävention aber so weit denkt, dass der stattfindende assistierte Suizid eine gescheiterte Prävention wäre. Und ich will die These wagen, dass das gerade nicht der Fall sein darf im Sinne des Verfassungsgerichtsurteils.

Deshalb wäre meine Bitte, eine Einschätzung von Ihnen dazu zu bekommen, inwieweit dieser Präventionsantrag aus Ihrer Sicht dem Anspruch Enttabuisierung und Entstigmatisierung gerecht wird, inwieweit das aber spätestens dann zu einer Widersprüchlichkeit führen kann, wenn man ihn in Zusammenschau betrachtet mit den vorgeschlagenen Regelungen, insbesondere auch einer solchen Regelung, die den Weg über das Strafrecht betrachtet. Um es noch mal deutlich zu machen: Also inwieweit sehen Sie hier wirklich eine Konvergenz zu Kongruenz zwischen den beiden Ansätzen? Denn wir müssen sie analytisch trennen, aber in der Wirkung auch zusammen denken. Oder sehen Sie gerade eine Gefahr, dass das Ziel der Enttabuisierung, der Entstigmatisierung, das ja alle Gruppen für sich beanspruchen, eben so nicht erreicht werden kann?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann hat Frau Stamm-Fiebich das Wort.

Martina Stamm-Fiebich (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine Frage geht an den Sachverständigen Herrn Melching. Mich würde ganz besonders Ihre Einschätzung zu dem Antragsentwurf interessieren. Wie bewertet die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin den vorliegenden Antragsentwurf zur Stärkung der Suizidprävention? Und vor allem würde mich interessieren: Wo sehen Sie hier gegebenenfalls Verbesserungsbedarf? - Danke.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Frau Künast.

Renate Künast (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):
Danke.- Ich will einmal vorweg sagen: Ich wundere mich immer, dass ständig vom gesellschaftlichen Druck geredet wird, aber einige, die das Argument benutzen, immer denken, den gäbe es nur in eine Richtung. Es kann den gesellschaftlichen Druck auch in die andere Richtung geben: dass man von Menschen verlangt, noch länger etwas Quälendes hinzunehmen, womit man der Autonomie, dem Recht widerspricht. Das muss ich mal sagen, weil ich das immer wieder höre und es mir langsam aufstößt.

Ich habe eine Frage an Frau Professor Schöne-Seifert und an Herrn Melching. Das schließt sich wahrscheinlich an eine schon gestellte Frage an. Frau Vogler hat ja gefragt: Was ist da jetzt falsch? Was spricht dagegen, dass alle Abgeordneten den Antrag unterschreiben? - Ich will mal sagen: Etwas, in dem nichts Falsches drin ist, ist deshalb noch lange nicht richtig oder vollständig. Da fehlen immer noch ein paar Sachen. Frau Stamm-Fiebich hat gerade gefragt: Was fehlt noch ganz konkret? - Ich habe einige Ideen dazu, auch wenn ich ja jetzt hier nicht angehört werde. Das kriege ich bestimmt woanders unter.

Ich würde aber eine Frage anschließen wollen. Meine Frage ist: Was ist eigentlich die Einschätzung von Ihnen beiden, warum wir hier in regelmäßigen Abständen alle paar Jahre über Suizidprävention, Palliativmedizin, mehr Hospizplätze usw. reden? Wir haben ja gerade gehört - in Saarbrücken war es so -, durchschnittliche Wartezeit im Saarland ist 40 Tage. Ein Gutteil derer, die einen Platz im Hospiz wollten, ist dann schon gegangen. Was war eigentlich Ihrer Meinung nach immer der Kernpunkt, wo wir was falsch gemacht haben im Parlament, sodass das, was wir



hier mit warmen Worten beschlossen haben - ich glaube, mindestens schon zweimal -, am Ende nie realisiert wurde? Also, Palliativmedizin gibt es in Berlin relativ gut, aber woanders nicht. Was waren eigentlich die Kernpunkte? Haben wir nicht genug Druck gemacht? Haben wir nicht genug Termine und Fristen gesetzt? Haben wir nicht genug Geld in den Haushalt eingestellt? Also, waren es nur warme Worte? Wie kommen wir dazu? Oder was ist die Stellschraube, damit nicht wieder nur warme Worte in einem ja noch zu entwickelnden Präventivantrag für das gesamte Parlament stehen, sondern es auch umgesetzt wird?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Dann hat Frau Wegge das Wort.

Carmen Wegge (SPD): Vielen Dank. - Ich würde meine zwei Fragen an den einzig verbliebenen Juristen in der Sachverständigenrunde stellen, in der Hoffnung, dass er meine Fragen beantworten kann.

Nach den Landesgesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, also den PsychKGs, und dem Unterbringungsgesetz müssen Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen Fremd- oder Selbstgefährdung haben, auch gegen ihren Willen untergebracht werden. Wenn wir über Suizidprävention sprechen, sprechen wir auch häufig irgendwie darüber, ob es Meldewege geben muss in Bezug auf Menschen, die gegen ihren Willen untergebracht worden sind.

Deswegen wären meine zwei konkreten Fragen: Sehen Sie Regelungsbedarf hinsichtlich des Zusammenspiels zwischen der Regelung zu einer Unterbringung und einer neu zu schaffenden Regelung für Sterbebegleitung? Und, wenn ja, wie sollte eine solche ausgestaltet sein? - Das war es. Danke.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Berechtigte Frage. - Frau Stöcker.

Diana Stöcker (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine erste Frage geht an Herrn Melching. Können Sie erläutern, warum es so wichtig ist, im Rahmen einer Präventionsstrategie psychosoziale Fachkräfte regelhaft in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu integrieren?

Und die zweite Frage an Frau Schneider. Sie haben ja vorhin sehr schön beschrieben, wie wichtig es ist, flächendeckend 24 Stunden/sieben Tage die Woche niederschwellige Angebote auszubauen, auch im Netzwerk bestehende Dienste und Einrichtungen. Wo sehen Sie besonderen Handlungsbedarf, und wo muss man besonders nacharbeiten und warum?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Das sind alle Fragen, die hier angemeldet wurden. Das heißt, wir kommen dann jetzt zur Antwortrunde. - Ich würde Frau Professor Schöne-Seifert bitten, zu beginnen. Sie haben drei Fragen von den Kollegen Helling-Plahr, Lindh und Künast gestellt bekommen.

Sachverständige Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert:

Frage eins: Ist zu erwarten, dass die positive Entwicklung der Palliativmedizin, die in Oregon, das seit 1997 assistierten Suizid unter engen Regelungsbedingungen zulässt, beobachtet werden kann, als Begleitphänomen auch bei uns eintreten wird? - Ich weiß das nicht genau. Ich glaube, wir haben insgesamt eine bessere palliative Versorgung, als in vielen Bereichen in den USA zur Verfügung stand, jedenfalls auch in Oregon. Es ist eine Geldfrage gewesen. Bei uns ist das sozusagen egalitärer zugänglich, aber mit unendlich viel Luft nach oben. Darüber sind wir uns alle einig. Jeder, der die persönliche Erfahrung gemacht hat, Palliativversorgung für Angehörige oder Freunde zu besorgen, weiß, wie unglaublich schwer es ist, bei allem Wohlwollen, jemanden zu finden.

Vorgriff auf die Frage "Was haben wir da falsch gemacht?", Frau Künast: Ich weiß es nicht genau; ich kann es wirklich nicht sagen. Ich wünschte, ich hätte eine Antwort.

Also, ich glaube schon, dass sozusagen unter dem strengen Blick der Öffentlichkeit das liberale Angebot von Suizidermöglichung auch einen ver-

stärkenden Effekt auf die Bereitstellung von Palliativmedizin hat, und das ist ein guter Anlass; aber klarerweise müssen wir doch alle finden, dass Palliativmedizin genauso für Nichtsuizidwillige - und die gab es schon längst zu Tausenden - erforderlich und wichtig ist. Das jetzt sozusagen erst mal an die erste Stelle zu schreiben und zu sagen: "Für die ist es besonders wichtig", leuchtet nicht ein, wenn man das zu Ende denkt. Wir brauchen unbedingt Palliativmedizin, und ja, alle sollten diesen Antrag unterschreiben. Ich bin völlig Ihrer Meinung.

Allerdings, Herr Frister, würde ich Ihnen an dieser Stelle - winzig klein - widersprechen. Ich glaube nicht, dass man ein gemeinsames Suizidumgangsgesetz schaffen sollte. Die Schweiz, hat, wie Sie alle wissen, assistierten Suizid schon seit Langem geregelt. Der Ansatz, einen Antrag auf Suizidprävention zu stellen, den die Experten hier sicher alle kennen werden - 2014 beschlossen, 2016 umgesetzt, mit 130 Experten diskutiert, inzwischen in der Zwischenevaluation sehr erfolgreich -, ist ausdrücklich begrenzt auf nichtassistierten Suizid, weil das eben im Wesentlichen die 90 Prozent krankhafter etc. Präventionsmaßnahmen betrifft und die sozusagen anders koordiniert werden sollten als die Prävention im Umkreis von erwogenen assistierten Suiziden. Da - das muss man jetzt noch mal wieder aufwärmen - liegen die Präventionsinstrumente einmal in der Feststellung von Nichtfreiverantwortlichkeit. Das sind einige Fälle, ohne jede Frage; es wird auch manchmal schwierig sein; das wird man gut und spezifisch regeln müssen. Das andere sind die Angebote an Alternativen. Und klar, da soll Palliativmedizin unbedingt - unbedingt! - dazugehören. Aber das muss man für diese Gruppen, glaube ich, separat regeln, und man darf auf keinen Fall warten, bis das andere gegriffen hat.

Zur Frage von Herrn Lindh: Gibt es nicht Widersprüche zwischen dem Präventionsantrag und dem Ziel der Enttabuisierung und Entstigmatisierung? - Schwierig zu sagen; es kommt darauf an, wie man es dann auslegt. Keineswegs ist das zwangsläufig so. Immerhin werden die Präventionsangebote, die ja einhergehen mit der Rundumdevise Respekt, Annehmen, Ernstnehmen und

Zuhören bei Suizidwünschen, zu einer Entstigmatisierung und Enttabuisierung führen. Dass aber die Enttabuisierung von assistierten Suiziden auf diese Weise funktioniert, das ist überhaupt nicht zu erwarten. Denn wenn "Prävention first" sozusagen das alles ist und man bedauert, dass am Ende mehr assistierte Suizide freiverantwortlicher Art zustande kommen - wie es das Ermöglichungsgesetz ja eigentlich vorsieht -, dann gibt es da einen Widerspruch. Das ist völlig klar.

Und jetzt benutze ich meine allerletzten Sekunden noch dazu, etwas zur Normalität zu sagen, es sei denn, ich kriege dazu noch eine Frage. Dann würde ich darauf warten.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Nein, die gibt es nicht mehr.

Sachverständige Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Gibt es nicht mehr? - Diese Prävention von Normalität - Suizid darf nicht zur normalen Option werden -, das wird sozusagen wie ein verständliches Banner vor uns allen hergetragen. Aber man muss jetzt doch mal ganz genau hingucken, was Normalität meint. Übrigens benutzt das ja auch das Bundesverfassungsgericht als Auftrag: keine Normalität.

Wenn Normalität heißt, wir banalisieren das, wir finden es Pillepalle, wir interessieren uns nicht dafür und wir sind froh, wenn das stattfindet, dann wäre es schrecklich. Dafür spricht aber nichts in den ausländischen Erfahrungen, so wie ich sie interpretiere und kenne. Wenn Normalität heißt, es werden mehr, dann müssen wir damit rechnen und müssen das auch begrüßen; denn dafür machen wir das Gesetz. Und wenn Normalität heißt, es gibt eine zuverlässige Exit-Strategie, auf die sich der Patient in der frühen Demenzphase sozusagen prospektiv verlassen kann, wenn es eines Tages so kommt, dann wollen wir diese Normalität auch. Man muss da begrifflich differenzieren.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker:

Danke schön. - Es hat dann Frau Professor Barbara Schneider das Wort mit der Antwort auf zwei Fragen von Frau Kappert-Gonther und Frau Vogler.



Sachverständige Prof. Dr. Barbara Schneider:

Frau Vorsitzende, vielen Dank. - Zunächst zu den Fragen von Frau Kappert-Gonther. Der Antrag zur Suizidprävention setzt voraus, dass Suizidprävention möglich ist. Und Suizidprävention ist auf jeden Fall möglich. Unserer Einschätzung nach beinhaltet dieser Antrag eigentlich alle wichtigen Punkte oder fast alle wichtigen Punkte für die Suizidprävention. Ich kann als Sachverständige nur dafür werben, da wirklich genau hinzugucken und diesen Antrag auch zu unterstützen.

Die zweite Frage war: Welche Maßnahmen gibt es denn, die wirksam sind, um Suizidprävention zu betreiben? Wir wissen, dass in anderen Ländern sehr viel mehr Geld für Suizidprävention ausgegeben wird, sehr viel mehr Angebote vorhanden sind, auch in Ländern, die eben tatsächlich den assistierten Suizid erlaubt haben, auch die Tötung auf Verlangen erlaubt haben. Wir wissen aus der Wissenschaft, aus der Suizidologie, dass ganz verschiedene Maßnahmen notwendig sind, weil Suizidalität letzten Endes ein ganz komplexes Phänomen und das Resultat vielfältiger Einflüsse ist, also Einflüsse beispielsweise der Gesellschaft, Einflüsse der Kommune, Einflüsse aus Beziehungen, zum Beispiel Beziehungskonflikte oder auch Trennungen, auch der Einfluss von psychischen Krisen, existenziellen Krisen. Das sind letzten Endes auf der einen Seite alles Einflussfaktoren.

Auf der anderen Seite gibt es natürlich eine Vielzahl von Maßnahmen, die möglich sind, also auf universeller Ebene zum Beispiel, dass wir Brückenrestriktion, Brückensicherung betreiben, dass wir beispielsweise in den Medien verantwortlich mit dem Thema Suizidalität umgehen. Das gehört dazu, aber auch, dass wir auf der Ebene der selektiven Prävention die Risikogruppen ausreichend schützen und dass auf der Ebene der indizierten Prävention Menschen, die ein sehr hohes Risiko haben, wirklich auch ausreichend Versorgung bekommen, zum Beispiel Menschen, die eben bereits Suizidversuche gemacht haben, oder auch Hinterbliebene von Menschen, die durch Suizid verstorben sind.

Also, es gibt eine Vielzahl von Maßnahmen. Es gibt ganz viel wissenschaftliche Literatur dazu, und es gibt auch international ganz viele Erkenntnisse, die wir nur in Deutschland umsetzen müssen, und das ist bisher nicht ausreichend geschehen.

Dann zur Frage nach der bundeseinheitlichen Nummer: Diese bundeseinheitliche Nummer sollte unseres Erachtens bei einer einheitlichen Informations-, Beratungs- und Koordinierungsstelle angesiedelt werden. Diese Stelle sollte sowohl Betroffene beraten als auch Hinterbliebene als auch Angehörige von Menschen, die suizidgefährdet sind, die unter Suizidalität leiden; aber diese Stelle sollte auch Fachleuten zur Verfügung stehen. Auch muss diese Stelle auf die regionalen Angebote vor Ort verweisen können, weil es mir nichts nützt, wenn ich bei einer zentralen Stelle anrufe und ich vielleicht vor Ort kein Angebot habe. Es gibt in diesem Bereich bereits ausreichend viele Akteure, und es ist bereits ein Angebot vorhanden. Dieses Angebot - ich denke jetzt nur an die Telefonseelsorge - muss tatsächlich insgesamt auch mit eingebunden werden. Es gibt bei diesen Angeboten, die bisher schon existieren, sehr viel fachliche Kompetenz, und diese Kompetenz muss man auch weiter nutzen.

Es gab noch eine vierte Frage an mich. Und zwar ging es darum, was wir bei den flächendeckenden Angeboten insbesondere für sehr wichtig halten. Wir hatten ja in unserem ausführlichen Bericht zum Stand der Suizidprävention in Deutschland auch genau diesen Punkt untersucht, und dabei kam heraus, dass es in Deutschland sehr abhängig davon ist, ob ich ein Angebot zur Verfügung habe oder nicht, wo ich mich gerade aufhalte. Und es kam auch heraus, dass es eben nicht ausreichend viele diversifizierte Angebote gibt. Also, wir müssen uns überlegen, dass wir Angebote haben, die regional vor Ort sind. Die Angebote, die es bereits gibt, müssen gesichert werden. Es muss auch ausreichend palliativmedizinische, hospizliche Angebote geben, und es muss auch ein rechtlicher und finanzierter Anspruch auf kostenfreie Beratung vorhanden sein, wenn ich keine psychiatrische Diagnose habe. Zum Beispiel wissen wir, dass Angehörige

von Menschen, die sich das Leben genommen haben, also Hinterbliebene, selber vermehrt suizidgefährdet sind. Aber ich kann, wenn jemand von den Hinterbliebenen zu mir als Psychiaterin kommt, demjenigen keine Diagnose stellen. Aber bei uns ist die Eingangsvoraussetzung in unser Gesundheitswesen tatsächlich die Diagnosestellung. Und es ist ganz wichtig, dass Menschen generell einen rechtlichen und finanzierten Anspruch auf kostenfreie Beratung haben. - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Ich danke auch. - Dann hat Herr Melching Gelegenheit zur Antwort auf zwei Fragen von Frau Stamm-Fiebich, außerdem jeweils eine Frage von Frau Künast und von Frau Stöcker.

Sachverständiger Heiner Melching (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.): Wie viele Fragen waren das jetzt insgesamt? Vier?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vier Fragen, das entspricht maximal acht Minuten. Das muss aber nicht sein.

Sachverständiger Heiner Melching (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.): Mal gucken. - Ich möchte zunächst auf Ihre Frage, Frau Stamm-Fiebich, antworten. Sie hatten ja gefragt, wie wir als DGP diesen Antrag bewerten. Den bewerten wir erst mal ausgesprochen positiv. Ich glaube, da bin ich ganz bei Frau Schöne-Seifert, dass ich eigentlich gar nicht weiß, warum man sich darum streiten könnte oder darüber diskutieren müsste.

Natürlich ist es ja noch kein ausgestalteter Gesetzentwurf. Da müssen wir sagen, dass sich unsere Expertise wirklich auf einen Bereich reduziert: auf den Umgang mit Schwerstkranken, Sterbenden. Wir sind geübt im Umgang mit Sterbewünschen, Todeswünschen, und natürlich wissen wir dann auch, dass auch die Hospiz- und Palliativversorgung nach unserem Verständnis Suizidprävention leistet, einfach Räume schafft, in denen man nämlich tatsächlich das Tabu gar nicht mehr hat, weil wir seither darüber reden und wissen, dass wir uns über das Lebensende auseinandersetzen müssen. Deswegen haben wir

eine kleine Insel der Glückseligkeit zumindest darauf bezogen, dass wir dieses Tabu nicht haben. Trotzdem tun sich natürlich auch einige in der Szene damit schwer; das muss man natürlich ebenfalls sagen. Auch wir haben da in der Fachgesellschaft in den letzten Jahren eine Entwicklung durchgemacht, wo wir einfach mal gesagt haben: Dazulernen kann ja auch nicht schaden. - Und das haben wir genutzt.

Es stehen zwei zentrale Forderungen drin, nämlich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die ich auch schon adressiert hatte, ebenso wie die Weiterbildung und weitere Qualifikation. Von daher würden wir sagen, die nähere Ausgestaltung zu den Feinheiten in Bezug auf die Suizidprävention sollen dann die Leute, die sich damit besser auskennen, machen. Wir können unseren Beitrag an dieser Stelle leisten.

Auf jeden Fall sehen wir es als ganz notwendig an, das getrennt zu betrachten, als ganz eigenständige Regelung. Denn - das werden Sie auch wissen, egal welcher Gesetzentwurf jetzt hier die Mehrheit kriegt - die Leute, die Spaß an Verfassungsklagen haben, stehen ja in den Startlöchern. Nicht dass es da noch mit hinten runterfällt! Also, aus ganz pragmatischen Gründen würde ich es immer davon völlig losgelöst betrachten als eigenständigen, aber wunderbaren Entwurf, wobei ich auch der Gruppe um Herrn Castellucci wirklich dankbar sein will, dass sie dieses Thema hier so gut reingebracht hat.

Dann möchte ich auf die Frage von Frau Stöcker zu den psychosozialen Fachkräften eingehen. Das Wesen der Palliativmedizin ist tatsächlich, dass wir in Teams arbeiten. Das hat einen Grund. Wir sehen, dass in einer sich zunehmend spezialisierenden Medizin, je spezialisierter einer wird, der Blick immer enger wird. Und dann brauchen Sie einfach mal einen, der Ihnen vors Schienbein tritt und sagt: Warum machst du das da eigentlich? - Und wir machen viele Dinge, einfach weil wir sie können. Das reicht dann schon. Das kann ich auch als Sozialarbeiter. Ich habe Leuten, die zu Hause versorgt wurden, die Bude so vollgestellt, dass sie ihre Wohnung nicht mehr wiedererkannt haben, einfach weil ich es auch konnte und weil man dachte, das ist gut. Also,



wir haben auch manchmal so einen palliativen Paternalismus und neigen gelegentlich dazu, hier auch zu übertreiben. Wenn du dann einen Duschhocker hinstellst, weil die Kasse ihn bezahlt und dir einer sagt: "Der hat gar keine Dusche", dann ist es gut, in Teams zu arbeiten. Da sind die Psychosozialen natürlich immer eine Hilfe, weil die natürlich dieses Fachwissen oder diesen engen Blick auch mal wieder ein bisschen einnorden. Es ist aber tatsächlich das ganze Team. Wir haben zum Beispiel auf der Palliativstation, wo ich war, festgestellt, dass die Physiotherapeuten oft die besten Gespräche geführt haben, weil die den Menschen einfach Gutes getan haben, und dann redet man. Wenn der Psychologe sich übereck setzt und sagt: "Hast du Angst vor dem Sterben?", und du sagst: "Ja", und der sagt dann: "Ich höre da ganz viel Angst bei dir", dann sind das manchmal ja auch anstrengendere Gespräche als Gespräche, während dir einfach mal einer schön die Füße massiert.

Von daher glaube ich, dieses Multiprofessionelle ist wesentlich. Und natürlich hast du dadurch einen entspannteren Umgang mit dem Thema, um das es hier geht. Auch Humor - das wissen Sie - ist eine große Ressource in der Palliativversorgung, aber auch der offene Umgang.

Jetzt zu Frau Künast, was Sie immer alles falsch machen. Ja, also, ich sage mal, wir leben in einer Gesellschaft, wo wir immer einen anderen suchen, der schuld ist und der verantwortlich ist, und gerne mal Schuhe irgendwo hinstellen, und vielleicht ziehen Sie sich einfach auch mal den einen oder anderen an, wo Sie es gar nicht müssten. Da ist tatsächlich immer eine Frage: An wen adressiert man das?

Auch meine Forderung, dass wir diese Qualifikationen wirklich dringend brauchen, weil die Menschen in der Versorgung da überfordert sind, ist ja nicht an die Politik adressiert, sondern an uns, und da gibt es dann Unterstützung aus der Politik. Ich glaube, auch der Diskurs ist wichtig. Aber es ist nicht immer eine Eins-zu-eins-Forderung daraus abzuleiten. Wir haben ja auch unsere eigenen Hausaufgaben zu machen. Da sei noch mal gesagt, dass ich in den Kursen, die ich auch angesprochen habe, wo wir die Gesetzentwürfe

durchspielen, dann tatsächlich von Ärzten höre: "Wenn das so ein kompliziertes Ding hier ist und ich das gar nicht verstehe, am Ende auch noch strafbedroht bin, weil überall Juristen auftauchen" - bei aller Wertschätzung für diesen Berufsstand; aber es ist nichts einfacher, als einem Arzt so viel Angst zu machen, dass er nichts mehr tut -, "dann schick ich die lieber gleich zur Suizidhilfeorganisation, weil das Risiko will ich mir nicht antun", zumal die Zeiten auch da sehr reduziert sind. Da ist eben viel Aufklärung nötig, glaube ich, an dieser Stelle.

Warum bringen wir das Thema immer wieder aufs Tapet? Weil sich die Gelegenheiten bieten. Ich denke, das sieht man doch bei jeder Sitzung, dass jede Gruppe, die hier sitzt, immer überlegt: Was kann ich denn aus meinem persönlichen Wünschekoffer hier noch mitbringen und mal eben versuchen in das Thema "reinzufreckeln", was hier gerade besprochen wird? - Das ist zutiefst menschlich, glaube ich. Und trotzdem haben ja die Wünsche oder Forderungen an vielen Stellen auch eine klare Berechtigung.

Vielleicht das Einzige, wo ich der Politik - "Vorwurf" ist zu viel gesagt - wirklich sagen würde, was ich kritisch sehe, ist tatsächlich, wie dieses Thema vor allem kommuniziert wird. Es wird immer noch so getan, als ginge es bei den Gesetzentwürfen um eine Liberalisierung. Das ist ja Quatsch. Es gibt kein Land auf der Welt, das eine liberalere Gesetzgebung zum Suizid hat als wir. Ich glaube, in 16 europäischen Ländern steht das unter Strafe. Auch in Holland ist im Übrigen der assistierte Suizid verboten. Wir dürfen das alles hier. Da muss man sich schon klarmachen: "Worum geht es hier?", weil die Leute, die draußen sind, sagen: "Jetzt ist wieder nichts gemacht, dass wir endlich aus dem Leben rauskommen", weil sie eben auch Angst vor so einer Medizin haben. Ich meine, wir haben tatsächlich, wenn man ehrlich ist, nicht nur Suizide, wir haben auch Körperverletzungen, die nicht zu knapp passieren, wenn Menschen in Beatmungs-WGs irgendwo liegen und keiner mehr weiß: Warum tun wir das, was wir tun?



(Dr. Petra Sitte (DIE LINKE): Aber wir kommen nicht ans Mittel ran!)

- Na ja, bei den beatmeten Patienten brauchen Sie kein Mittel. Da machen Sie die Beatmung mal ganz geschmeidig aus. Der muss nur wissen, dass er es darf. Wenn Sie sich nur diesen absurden Fall angucken, der zu dem Verwaltungsgerichtsurteil geführt hat: Das war eine Frau aus Nordrhein-Westfalen, die beatmet war und meinte, in die Schweiz fahren zu müssen. Der hätte nur mal einer sagen müssen, dass sie da gar nicht hinmuss. Also, es ist so ein eklatantes Unwissen unterwegs, auch über die Möglichkeiten, die wir am Lebensende haben, dass wir, glaube ich, darüber schon viel lösen. Aber wenn am Ende ein assistierter Suizid da ist, dann ist das eben so.

Deswegen ist unsere Stellungnahme auch dahin gehend, dass wir dieses Ringen um den besten Weg brauchen und nicht Suizid irgendwie nach Checkliste machen wollen: "Du hast das und das, und dann geht es, und dann geht es nicht", weil es dafür dann doch zu individuell ist und die Suizidwünsche auch viel zu fluktuierend sind. Dazu haben wir ja ganz viele Studien.

Von daher, Frau Künast, fällt mir, ehrlich gesagt, jetzt auch nicht viel ein, was Sie da falsch machen. Ich bin trotzdem froh, dass wir die Diskussion mit der Politik und auch hier zur Palliativversorgung immer wieder führen können. Ich weiß, dass wir an vielen Stellen auf recht hohem Niveau jammern; aber das ist ja verbreitet. Es gibt natürlich immer was zu verbessern: das ist doch klar. Wir haben die Palliativdienste im Krankenhaus überhaupt nicht in Schwung gekriegt. Aber wir haben ja auch das Hospiz- und Palliativgesetz irgendwie sehr im Schatten der Diskussion um den § 217 geführt. Das ging sehr schnell in 2015. Dafür bin ich sehr dankbar und auch Herrn Gröhe immer noch sehr dankbar oder den ganzen Politikern, die sich da sehr engagiert haben in dieser Zeit, und Ihnen auch.

Aber ansonsten fällt mir da gar nicht so viel ein, muss ich gestehen. Sie waren auf unserem Kongress. Trotzdem glaube ich, dass der Diskurs wichtig ist. Deswegen haben wir ja auch gesagt: Wir können ruhig mal gegen alle Gesetze votieren. Wenn es noch ein bisschen dauert, macht es nichts. Sobald wir ein Gesetz haben, hört der Diskurs in der Gesellschaft nämlich auf. Und wir glauben, es muss eine gesellschaftliche Diskussion sein. Es muss im Kindergarten anfangen, es muss in Schulen und am Arbeitsplatz stattfinden, dass man auch über das Lebensende durchaus mal reden kann, ohne in Panik und Angst zu verfallen, wenn es dann doch irgendwie absehbarer ist.

So, jetzt habe ich sogar noch 18 Sekunden mehr von der Uhr genommen; Entschuldigung. Aber ich habe alle Fragen beantwortet. Oder habe ich eine vergessen?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: So schnell sind auch acht Minuten mit Substanz zu füllen. - Dann geht es weiter mit Professor Dr. Lob-Hüdepohl mit Fragen von Kollegin Griese.

Sachverständiger Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl: Frau Griese, Sie haben gefragt, inwieweit sich Schutzkonzept und Suizidprävention eignen, Freiverantwortlichkeit zu sichern, und wie das im Ethikrat diskutiert wurde. Wir haben im engen Sinne über Schutzkonzepte nicht diskutiert, allerdings den engen Zusammenhang zwischen Suizidprävention und Freiverantwortlichkeit herausgestellt. Und zwar lassen wir uns leiten von einem sehr präzisen Verständnis von Suizidprävention, das gerade ausscheidet, dass es etwa zu einer Totalverhinderung kommt. Das kann man ja im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens auch genauso definieren. Und ich erkenne in dem vorliegenden Antrag zum Beispiel nicht, dass hier eine verkappte - wie soll ich sagen? - Suizidtorpedierung oder dergleichen erfolgt; das erkenne ich nicht. Und wenn man das erkennt, dann kann man das ja ausschließen im Rahmen eines solchen Gesetzgebungsverfahrens. Herr Frister hat das ja eben auch schon ausgeführt.

Der zweite Punkt zu dieser Frage: In der Tat - ich habe es ja in meinem Eingangsstatement schon kurz angetönt -: Freiverantwortlichkeit setzt in



gewisser Weise bestimmte Bereiche der Suizidprävention voraus, wenn wir von einem gehaltvollen Verständnis von Freiverantwortlichkeit ausgehen, nämlich Wissen, Wollen-Können, Wählen-Können, hinreichende Kenntnis der entscheidungserheblichen Punkte. Herr Frister hat es ja eben im ersten Teil schon ausgeführt. Das setzt wirklich etwas voraus. Das ist ein Teil von Suizidprävention durch umfassende Beratung, die nicht zum Ziel hat, in jedem Fall einen Suizid zu vermeiden oder auszureden, sondern das im Sinne eines klassischen Standards von nicht direktiver Beratung natürlich ergebnisoffen zu machen. Diese Form und Fähigkeit der Offenheit der Beratung verlangen wir in anderen Kontexten auch; das können wir hier genauso vermuten, und das müsste natürlich auch gesichert sein.

Zu Ihrer zweiten Frage, inwieweit tatsächlich vulnerable Gruppen oder besonders vulnerable Gruppen sich gedrängt sähen. Wir thematisieren das im Rahmen unserer Stellungnahme, unter anderem auch unter dem Stichwort "prekäre Selbstbestimmung". Darunter verstehen wir zwar eine Selbstbestimmung, die freiverantwortlich ist, aber die durch externe oder interne Drucksituationen in die Nähe eines Kipppunktes kommt, wo eben halt die Freiverantwortlichkeit nicht mehr gegeben ist, sondern letztendlich eine fremdgetriebene Selbstbestimmung erfolgt. Die kann natürlich durch eine Erwartungshaltung der Gesellschaft kommen, sich in jedem Fall zu suizidieren, oder auch umgekehrt. Frau Künast, Sie haben es ja eben in Ihrer Einlassung auch angesprochen. Natürlich gibt es auch die gegenteilige. Sie ist genauso eine Gefahr für eine prekäre Selbstbestimmung. Wir sehen sie zunächst einmal in einem gewissen Gewöhnungseffekt.

In der Tat, wir unterscheiden auch zwischen unterschiedlichen Normalisierungen. Eine Normalisierung, die darin besteht, zu entstabuisieren, zu entstigmatisieren, darüber zu reden, und zwar von Anfang an, auch und gerade eine Normalisierung für Einrichtungen beispielsweise, die bislang so was tabuisiert haben, eine solche Normalisierung ist in jedem Fall zu fordern.

Dagegen ist eine Normalisierung abzugrenzen, die auf so etwas wie eine - wie soll ich sagen? - schleichende Gewöhnung hinausläuft. Diese Tendenz beobachten wir in der Tat, dass so etwas wie auch die Dringlichkeit einer Suizidprävention in anderen Bereichen, die wir völlig unstrittig unterstützen wollen, verloren geht. Diese Veralltäglichung, diese Gewöhnung an den Gedanken, dass das eine Option ist neben anderen, das ist tatsächlich etwas, wo ich sagen würde, das wäre eine emotive Form von Normalisierung, die es in jedem Fall auszuschließen gilt. Deshalb meine ich, dass beide Gesetzeswerke irgendwie aufeinander bezogen sein müssten. - Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Dann hat das letzte Wort Professor Dr. Frister mit Fragen der Kollegen und Kolleginnen Vogler, Wegge, Helling-Plahr und Lindh, für zehn Minuten.

(Renate Künast (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die müssen Sie nicht in Anspruch nehmen!)

Sachverständiger Prof. Dr. Helmut Frister: Nein, ich gebe mir Mühe, sie nicht auszuschöpfen; die Gesichter sind müde.

Ich beginne mit der Frage von Frau Vogler, ich hätte von falsch verstandener Prävention gesprochen, was damit gemeint sei und wo sich die im Antrag finde. Ich habe zu Beginn meines Statements - das möchte ich klarstellen - Zustimmung zu diesem Antrag zum Ausdruck gebracht, und ich habe dann deutlich gemacht, dass man dieses Bekenntnis zur Selbstbestimmung, was in dem Antrag drin ist, dann auch ernst nehmen muss. Dass ich darauf hingewiesen habe, hat ein bisschen damit zu tun, dass ich im Verlauf der Debatte manchmal so den Eindruck hatte, dass das auch heute nicht immer so ernst war, und ich habe das an zwei Beispielen erläutert. Das eine Beispiel ist, dass die Statistik zeigen wird - das hat Frau Schöne-Seifert ja eben gesagt -: Der Anstieg, der wird kommen, der muss kommen und den kann man sozusagen nicht als Beleg für das Scheitern von Prävention ansehen.



Das zweite Beispiel, was ich auch meine: Wenn man schreibt: "Wir erlauben jetzt die Verschreibung von Betäubungsmitteln auch zum Zwecke eines assistierten Suizids", dann ist das natürlich keine Reduzierung der Zugänglichkeit, sondern eine Erweiterung der Zugänglichkeit. Insofern sollte man ehrlich sein. Mit falsch verstandener Prävention meine ich das, was Frau Schöne-Seifert als dritten Punkt ausgeführt hat. Da sollte man das vielleicht noch etwas klarer fassen.

Das leitet über zu der Frage von Herrn Lindh - die möchte ich als Nächstes beantworten -, nämlich die Frage zum Verhältnis des Präventionsantrags zur Strafbarkeit. Ich sehe in der Tat ein gewisses Problem darin, wenn man im Präventionsantrag einerseits fordert, dass das Ganze enttabuisiert werden muss, völlig zu Recht, und wenn man dann eben andererseits einen plakativen Straftatbestand schafft, der sagt: Suizidassistenz ist regelhaftes Unrecht. Ich glaube, dass das in der Tat nicht so gut zusammenpasst.

Die nächste Frage war von Frau Helling-Plahr: Suizidprävention im Vergleich zum vorliegenden Antrag, was hat der Ethikrat dazu gesagt? Dazu hat Herr Lob-Hüdepohl schon viel ausgeführt, was der Ethikrat dazu gesagt hat. Ich glaube, dass in der Tat der Antrag viel von dem abdeckt, was auch in der Stellungnahme des Ethikrates steht. Mir ist ein Aspekt noch aufgefallen, der vielleicht etwas stärker betont werden könnte, dass man nämlich in der Tat auch so ein bisschen die Minderjährigen und die Schulen in den Blick nimmt. Da müssen in der Tat auch niedrigschwellige Angebote geschaffen werden. Es scheint mir wichtig zu sein, dass man eben nicht nur die Menschen am Lebensende im Blick hat.

Die beiden dritten und letzten Fragen von Frau Wegge waren: Wie ist das mit den Landesgesetzen über die psychische Unterbringung? Das ist in der Tat ein schwieriges Problem, zu dem wir aber inzwischen doch eine ganze Reihe von Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts hatten, nämlich zu der Frage, inwieweit hier eine zwangsweise Unterbringung zulässig ist. Diese Entscheidungen lassen sich dahin gehend zusammenfassen, dass eine zwangsweise Unterbringung wegen Selbstgefährdung nur zulässig ist,

wenn - da wird immer der Begriff Einwilligungsunfähigkeit verwendet; das ist in der Sache nichts anderes als fehlende Freiverantwortlichkeit - tatsächlich die Gefahr, die akute Gefahr eines nicht freiverantwortlichen Suizids besteht. Dann ist Unterbringung nach den Gesetzen der Länder zulässig und auch geboten. Besteht die Gefahr eines freiverantwortlichen Suizids, ist sie nach den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts unzulässig. Ich überblicke das nicht genau; aber die Landesgesetzgeber haben sich sehr schwer damit getan, diese Urteile tatsächlich umzusetzen, auch in den Gesetzestext, so dass wir, glaube ich, immer noch Gesetzestexte haben, wo das nicht so eindeutig umgesetzt ist. Aber auch diese Gesetzestexte müssen dann verfassungskonform so ausgelegt werden, wie ich das eben geschildert habe. - Danke schön.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker: Vielen Dank. - Auch in dieser Runde haben wir wieder sehr, sehr viele Aspekte beleuchtet, und uns Politikern haben Sie vieleAnregungen und Input mitgegeben in beiden Runden. Das muss jetzt verarbeitet werden, ein bisschen sacken. Ich bin sicher, dass sich dann auch Gedanken, die Sie uns mitgegeben haben, in dem Gesetz wiederfinden werden und in der Diskussion und der Debatte darüber, die uns in den nächsten ein, zwei, drei Monaten bevorsteht. Wir wollen schauen, was für Schlussfolgerungen daraus gezogen werden und wie sich hinterher auch Mehrheiten finden. Das ist noch nicht absehbar.

Im Namen aller Kollegen darf ich Ihnen für die Vorbereitung, für den Nachmittag, den wir heute hier miteinander verbracht haben, und für die vielen Gedanken, die Sie uns mitgegeben haben, herzlich danken.

Ich schließe die Sitzung.

(Schluss: 19.29 Uhr)