

Stellungnahme

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

zur **Anhörung des Rechtsausschusses**

am **28.11.2022**

zum Thema

„Sterbebegleitung und Suizidprävention“

Geschäftsstelle

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

Sie erreichen uns unter:

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

Geschäftsführender

Vorstand:

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

Amtsgericht Berlin:

VR 27851 B
Gemeinnützigkeit anerkannt
durch das Finanzamt Berlin

I. Einleitung

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

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

Die Stellungnahme bezieht sich auf die folgenden Gesetzentwürfe und Anträge:

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

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

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

II. Zusammenfassung der Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

III. Stellungnahme zur Suizidprävention

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

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

1. Förderung der seelischen Gesundheit in den Alltagswelten

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

Der Forderung wird zugestimmt.

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

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

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

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

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

2. Suizidpräventionsdienste

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

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

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

3. Förderschwerpunkt

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

Der DHPV stimmt dieser Forderung vollumfänglich zu.

4. Aufklärung

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

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

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

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

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

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

5. Methodenrestriktion

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

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

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

6. Fort- und Weiterbildungsangebote

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

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

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

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

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

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

7. Berufsspezifische Qualifizierungsstandards

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. Stellungzunahme zu den Gesetzentwürfen zur Sterbehilfe

Zur Neuregelung der Sterbehilfe stehen drei Gesetzentwürfe zur Debatte:

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

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

1. Notwendigkeit einer Regelung

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

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

2. Kein assistierter Suizid bei Kindern und Jugendlichen

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

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

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

Dieser Regelung stimmt der DHPV vollumfänglich zu.

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

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

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

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

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

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

3. Einrichtungs- bzw. Schutzraumregelung

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

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

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

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts

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

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

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

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

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

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

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

Der Formulierungsvorschlag lautet daher wie folgt:

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

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

4. Regelung im Strafrecht

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Beratung

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

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

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

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

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

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

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

7. Fristen und Wartezeiten

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

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

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

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

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

8. Rückgabe von Medikamenten

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

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

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

9. Evaluation/Transparenz

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

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

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

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

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

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

Gez. Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorstandsvorsitzender DHPV