

Parlamentarisches Orientierungsgespräch

Neuregelung der Suizidhilfe

Online-Veranstaltung • 5. April 2022, 18:00 – 20:00 Uhr

18:00 Begrüßung

Alena Buyx · Vorsitzende des Deutschen Ethikrates

Einführung

Helmut Frister · Sprecher der Arbeitsgruppe „Suizid“ des Deutschen Ethikrates
[Überlegungen zu einer neuen gesetzlichen Regelung der Suizidassistenz](#)

Andreas Lob-Hüdepohl · Stv. Sprecher der Arbeitsgruppe „Suizid“ des Deutschen Ethikrates
[Den Gefahren „prekärer Selbstbestimmung“ begegnen](#)

Impulse

Volker Lipp · Stv. Vorsitzender des Deutschen Ethikrates
[Politische Grundfragen der Suizidassistenz](#)

Steffen Augsberg · Mitglied des Deutschen Ethikrates
[Intensität eines gesetzgeberischen Schutzkonzeptes](#)

Frauke Rostalski · Mitglied des Deutschen Ethikrates
[Vorschlag zum künftigen gesetzgeberischen Umgang mit der Suizidassistenz](#)
– Eine strafrechtliche Perspektive

Petra Bahr · Mitglied des Deutschen Ethikrates
[Wie autonom sind wir eigentlich? Zum Konzept relationaler Selbstbestimmung](#)

Franz-Josef Bormann · Mitglied des Deutschen Ethikrates
[Der Gesetzgeber sollte der Gefahr einer schleichenden Normalisierung der Suizidassistenz entgegenwirken](#)

Sigrid Graumann · Mitglied des Deutschen Ethikrates
[Suizidassistenz und Suizidprävention](#)

18:30 Diskussion

20:00 Ende

Mehr Informationen zu den Mitgliedern des Deutschen Ethikrates finden Sie unter:
www.ethikrat.org/mitglieder





Helmut Frister

Überlegungen zu einer neuen gesetzlichen Regelung der Suizidassistenz

1. Struktur einer neuen gesetzlichen Regelung: Die Hilfe bei der Ausübung eines Freiheitsrechts ist kein im Regelfall strafwürdiges Unrecht. Deshalb erscheint es auf der Grundlage des Urteils des BVerfG verfehlt, die Hilfe zur Selbsttötung in einem Nachfolgetatbestand zu dem für nichtig erklärten § 217 StGB grundsätzlich mit Strafe zu bedrohen. Systematisch vorzugswürdig ist der Ansatz, lediglich den Zugang zu geeigneten Suizidmitteln zu regulieren und in diesem Rahmen ein Verfahren zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung vorzusehen. Die Verletzung von Verfahrensvorschriften zur Sicherung der Freiverantwortlichkeit kann dabei gegebenenfalls selbständig unter Strafe gestellt oder mit einem Bußgeld geahndet werden.

2. Verfahren zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit: Bei der Ausgestaltung des Verfahrens zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit sollte man sich bewusst sein, dass bereits das allgemeine Strafrecht Suizidhelferinnen und Suizidhelfer dazu zwingt, die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung sorgfältig zu prüfen, um gravierende Strafbarkeitsrisiken zu vermeiden. Fehlt es an der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung, so begehen Suizidhelferinnen und Suizidhelfer eine fahrlässige Tötung (§ 222 StGB), wenn sie das Fehlen hätten erkennen können, und einen Totschlag (§ 212 StGB) oder sogar Mord (§ 211 StGB), wenn sie es erkannt haben.

Das Verfahren zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit darf die von Staat und Gesellschaft zu respektierende Ausübung der Freiheit, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, nicht in unzumutbarer Weise erschweren. Es muss außerdem darauf ausgerichtet sein, die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung im Zeitpunkt der Suizidhilfe zu sichern. Zeitaufwändige Verfahren, bei denen die Suizidhilfe im Ergebnis erst viele Monate nach einer Begutachtung der Freiverantwortlichkeit geleistet werden darf, sind aufgrund der Volatilität von psychischen Störungen zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit ungeeignet.

Die Feststellung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung bedarf in jedem Fall einer umfassenden ärztlichen Aufklärung und Beratung. Sie ist zu begründen, um eine zur Sorgfalt anhaltende nachträgliche Überprüfung zu ermöglichen. Für die Feststellung sollten psychiatrische Grundkenntnisse erforderlich sein, die durch eine entsprechende Fortbildung nachzuweisen sind. Eine psychiatrische Begutachtung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin sollte jedoch nur erfolgen, wenn der feststellende Arzt bzw. die feststellende Ärztin dies aufgrund von Anhaltspunkten für eine psychische Störung für erforderlich erachtet.

In der Regel sollte die ärztliche Feststellung der Freiverantwortlichkeit erst nach erfolgter Beratung durch anerkannte Suizidberatungsstellen erfolgen. Bei einer mit schweren Leiden, insbesondere starken Schmerzen, verbundenen medizinischen Notlage könnte auf diese Voraussetzung jedoch verzichtet werden. Sofern damit ausnahmsweise keine Beratung durch eine Suizidberatungsstelle erfolgt, sollte jedoch die Hinzuziehung einer zweiten Ärztin oder eines zweiten Arztes zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit vorgeschrieben werden, um dem Vieraugenprinzip in jedem Fall Rechnung zu tragen.



Andreas Lob-Hüdepohl

Den Gefahren „prekärer Selbstbestimmung“ begegnen

1. Das BVerfG eröffnet dem Gesetzgeber die Regulierung der Suizidhilfe durch ein legislatives Schutzkonzept, das dem „Schutz der Selbstbestimmung“ suizidwilliger Personen dient (Rd. 338). Geschützt werden könnten (und sollten!) suizidwillige Personen vor unbedachten, vorschnellen und nicht-freiverantwortlichen Entscheidungen ebenso wie vor „**prekärer Selbstbestimmung**“, da es sich hier faktisch um eine Fremdbestimmung handelt (Rd. 230). „Prekär“ selbstbestimmt ist eine Person dann, wenn sie in psychosozial hochverdichteten Situationen zwar noch zu einer freiverantwortlichen Entscheidung in der Lage ist, in der Sache aber jenen Erwartungshaltungen erliegt, die von ihrem sozialen Umfeld an sie herangetragen oder als soziokulturelle Üblichkeiten der Gesellschaft subtil auf sie einwirken.
2. Zu unterscheiden ist zwischen unmittelbar und mittelbar prekärer Selbstbestimmung. **Unmittelbar prekäre** Selbstbestimmung droht von zwei Seiten: Von unmittelbar suggerierender Beeinflussung ebenso wie von einer Lebenssituation, die sich zumindest aus der Perspektive der suizidwilligen Person dramatisch zuspitzt (perspektivische Verengung auf Tunnelblick). Bezogen auf die letzte Gefährdungsquelle dürfte sich ein wirklich wirksames legislatives Schutzkonzept keinesfalls auf prozedurale Sicherungsmechanismen beschränken, denen zufolge etwa bestimmte (Pflicht-)Beratungen das Vorliegen einer freiverantwortlichen Entscheidung punktuell feststellen. Vielmehr müsste es auch geeignete Instrumente der Begleitung und Beratung etwa im Falle progredienter Erkrankungen sicherstellen, in denen sich latente Suizidwünsche zu manifesten Suizidabsichten verdichten – mindestens etwa durch eine auskömmliche Finanzierung von Angeboten lebensweltnaher Suizidprävention. Solche Angebote können die sich abzeichnende psychosoziale Situation schon im Vorfeld entdramatisieren, die Lebensbindungen der Betroffenen („Sichtachsen auf das Leben“) stärken und somit die Gefahr einer prekären Selbstbestimmung („perspektivische Verengung“) erheblich minimieren. Eine solche vorbeugende Entdramatisierung reduzierte zudem etwaige lebensverneinende Einflüsse des sozialen Umfeldes und damit die zweite Gefahr prekärer Selbstbestimmung. Denn eine dramatisch zugespitzte Situation erhöht die Empfänglichkeit für dessen Botschaften und lässt sie als unabdingbar erscheinen.
3. **Mittelbar prekär** können Selbstbestimmungen werden, wenn sich betroffene Menschen durch das Selbstverständlich-Werden bestimmter Praktiken in ihrem sozialen Umfeld – hier Normalisierung von Angeboten der Suizidbeihilfe – gedrängt sehen, in eigenen Notsituationen die Exit-Option der (ggf. assistierten) Selbsttötung in Anspruch zu nehmen. Mittelbar prekäre Selbstbestimmung droht insbesondere in Gemeinschaftseinrichtungen der Langzeitpflege, in denen aufgrund ähnlicher Lebenslagen der Bewohnerinnen und Bewohner (fortgeschrittenes Lebensalter, Pflegebedürftigkeit, Multimorbidität usw.) solche „sozialen Pressionen“ (BVerfG Rd. 257) auf engstem Raum schnell eine enorm schädliche Wirkung entfalten können. Um der Selbstbestimmung dieser bedrohten Menschen willen müssen sich Einrichtungen als Schutzräume ausweisen dürfen und die Betätigung organisierter Sterbehilfe durch geschäftsmäßig agierende Vereine o. ä. wirksam unterbinden. Davon unberührt bleibt das Recht von Bewohnerinnen und Bewohnern, sich als Ausfluss ihres Persönlichkeitsrechts freiverantwortlich für einen Suizid zu entscheiden und dabei gegebenenfalls die individuell angebotene Hilfe nahestehender Dritte in Anspruch zu nehmen.



Volker Lipp

Politische Grundfragen der Suizidassistenten

Ausgangslage

1. Das BVerfG hat § 217 StGB (Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung) für verfassungswidrig erklärt. Das Gericht hat dem Gesetzgeber aber **keinen Gesetzgebungsauftrag** erteilt.
2. Die **Selbsttötung** ist rechtlich nicht verboten. Versuch, Anstiftung und Beihilfe zur Selbsttötung sind ebenfalls erlaubt, vorausgesetzt der Entschluss, sich selbst zu töten, ist freiverantwortlich gefasst worden.
3. Ob jemand einem anderen Menschen bei dessen freiverantwortlicher Selbsttötung **Hilfe leistet**, liegt allein in der freien Entscheidung der bzw. des um Hilfe Gebetenen.
4. Das Verbot der Hilfe beim Suizid im **ärztlichen Berufsrecht** wird derzeit aufgegeben. Das Berufsrecht fällt in die Zuständigkeit der Länder und der Landesärztekammern. In der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer und in den Berufsordnungen einiger Landesärztekammern ist das Verbot der Suizidhilfe bereits abgeschafft worden, andere werden folgen.
5. Das oben Gesagte setzt freilich stets voraus, dass der Entschluss zur Selbsttötung **freiverantwortlich** gefasst worden ist. In allen **anderen Fällen** sind alle Menschen, Ärztinnen und Ärzte wie Nicht-Ärztinnen und Nicht-Ärzte, zur Hilfe verpflichtet (vgl. § 323c StGB – unterlassene Hilfeleistung).
6. Der Gesetzgeber hat bereits in anderem Zusammenhang klargestellt, dass Ärztinnen und Ärzte den **freien Willen ihrer Patientinnen und Patienten** in allen Fällen zu beachten haben (vgl. §§ 1901a Abs. 3, 1906a Abs. 1 Nr. 3 BGB).

Was ist bei einer etwaigen Regelung der Suizidhilfe zu bedenken?

1. **Wem** kann und darf bei der Selbsttötung geholfen werden?

Freiverantwortlichkeit des Entschlusses ist die zentrale materielle Voraussetzung. Kriterien und Verfahren sind nicht gesetzlich geregelt, in der Praxis herrscht Unsicherheit.

2. **Wer** darf Hilfe leisten? In welchem **Rahmen** (privat/beruflich – unentgeltlich/bezahlt)?

Die private Suizidhilfe ist derzeit möglich, ebenso die durch Organisationen („Sterbehilfevereine“). Zu entscheiden wäre, ob die Suizidhilfe gegen Bezahlung und berufsmäßig erfolgen darf und wenn ja, von wem (von Ärztinnen und Ärzten?).

3. Soll der **Zugang zu Betäubungsmitteln** zur Selbsttötung ermöglicht werden? Wenn ja, wie?

Bei Betäubungsmitteln erlaubt das BtMG derzeit keine ärztliche Verschreibung (weil nicht zur Behandlung eingesetzt, sondern zur Selbsttötung). Dafür ist die Erlaubnis des BfArM/der Bundesopiumstelle notwendig (welche für Selbsttötung jedoch nicht vorgesehen ist und nicht erteilt wird).

4. Selbsttötungen beruhen in vielen Fällen nicht auf einer im anspruchsvollen Sinne freien Entscheidung. Oft sind sie vielmehr Ausdruck einer psychischen Erkrankung, beruhen auf großen Ängsten vor einem qualvollen und schmerzhaften Tod oder davor, (pflegenden) Angehörigen zur Last zu fallen. Auch diese Menschen mit Suizidgedanken brauchen Hilfe – allerdings nicht primär dabei, ihren Suizidgedanken in die Tat umzusetzen, sondern **Hilfe in ihrer individuellen Krisensituation**.



Steffen Augsberg

Intensität eines gesetzgeberischen Schutzkonzeptes

Problemstrukturierende Gliederung:

- A. Tatsächliche Folgen der Entscheidung des BVerfG zu § 217 StGB – legislativer Handlungsbedarf?
- B. Verfassungsnormative Leitlinien – Widersprüchlichkeiten und Gestaltungsspielräume
 - I. Bedeutung und Gefährdungen der „autonomen Selbstbestimmung“
 - II. Unzulässigkeit effektiver Absicherung oder Gebot effektiver Ermöglichung?
- C. Überschneidungen und Divergenzen unterschiedlicher Regelungsoptionen
 - I. Gemeinsame Grundannahmen
 - II. Abweichende Befürchtungen
- D. Zum Umgang des Gesetzgebers mit dilemmatischen Entscheidungssituationen
 - I. Keine „richtige“ Lösung
 - II. Verallgemeinerungsfähigkeit und Folgenorientierung

Thesen:

1. Jüngst vorgestellte Zahlen verdeutlichen, dass im Nachgang des Urteils des BVerfG zu § 217 StGB eine besorgniserregende Zunahme der assistierten Suizide zu verzeichnen ist. Eine bloße Nichtregulierung der Materie erscheint damit kaum noch empfehlenswert. 2. Das Urteil enthält widersprüchliche Vorgaben für ein gesetzgeberisches „Schutzkonzept“, die auch durch die nachfolgenden Entscheidungen des BVerfG zur Suizidassistenz nicht geklärt werden. Einerseits werden „reale“ Handlungsoptionen für Suizidwillige eingefordert. Andererseits wird explizit ein Bedürfnis nach autonomiesichernden (prozeduralen) Regelungen bejaht. Damit liegen das „Ob“ und das „Wie“ des Schutzes letztlich in der Entscheidungshoheit des Gesetzgebers. 3. Dabei geht es im Kern um die Ausgestaltung denkbarer Schutzmechanismen, insbesondere deren Reichweite und Intensität. Gerade die (Über-)Betonung des Autonomiegedankens – und seines Menschenwürdekerns – durch das BVerfG verweist insoweit darauf, wie kompliziert, kontextsensibel und voraussetzungsvoll ein solches Schutzkonzept ist bzw. sein müsste. Deshalb sind interne Spannungen der verfassungsgerichtlichen Judikatur im Zweifel zugunsten eines komplexeren autonomiesichernden Regulierungsmodells aufzulösen. 4. Der Gesetzgeber steht dennoch vor einer problematischen, nahezu aporetischen Entscheidung: Effektive, Suizidassistenzfälle reduzierende Regelungen würden sicherlich erneut vor dem BVerfG angegriffen. Gerade vor dem Hintergrund der jüngsten BVerfG-Entscheidung zur Triage dürfen jedoch umgekehrt vulnerable Menschen keineswegs schutzlos gestellt werden. Das widerspricht allzu „liberalen“, letztlich der Suizidermöglichung dienenden Regelungen. Diese würden zudem das zusätzliche Problem auf, wie faktischen Hindernissen begegnet werden könnte, ohne dass die Suizidassistenz zur öffentlichen Aufgabe mutierte. 5. Für derartige Entscheidungsdilemmata existieren keine „richtigen“, sondern nur nachvollziehbare, für die gegebene Situation gut begründete, insbesondere verallgemeinerungsfähige und folgenorientierte Lösungen. In diesem Sinne ist deeskalierend festzuhalten, dass über das Ziel des Autonomieschutzes letztlich kein Dissens besteht. Umstritten ist lediglich, welche Personengruppe (entschieden suizidwillige oder ambivalent-suizidgeneigte Personen) stärker gefährdet ist. Sich hier festzulegen, ist ein Akt politisch-souveräner Dezsision, dem indes sinnvollerweise eine umfassende, interdisziplinär informierte Aufklärung des Realbereichs vorausgeht.



Frauke Rostalski

Vorschlag zum künftigen gesetzgeberischen Umgang mit Suizidassistenten – Eine strafrechtliche Perspektive

In seinem Urteil vom 26. Februar 2020 – Az.: 2 BvR 2347/15 u.a. – hat das Bundesverfassungsgericht den durch das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 3. Dezember 2015 (BGBl I S. 2177) in das Strafgesetzbuch eingefügten § 217 StGB für mit dem Grundgesetz unvereinbar und nichtig erklärt. Das Bundesverfassungsgericht stärkt in seiner Urteilsbegründung das individuelle Selbstbestimmungsrecht im Hinblick auf die Entscheidung, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen. Für die Suizidassistenten hat das Bundesverfassungsgericht eine Neuregulierung im Strafrecht nicht ausgeschlossen. Eine solche wird hier befürwortet – unter Einbeziehung einer Reform des § 216 StGB (Tötung auf Verlangen):

§ 216 neu (Unerlaubte Tötung auf Verlangen und unerlaubte Förderung oder Veranlassung einer Selbsttötung)

Wer einen anderen Menschen auf dessen Verlangen hin tötet, obwohl er nach den Umständen nicht davon ausgehen darf, dass dieses Verlangen frei von wesentlichen Willensmängeln ist, wird (...) bestraft. Ebenso wird bestraft, wer die Selbsttötung eines anderen oder deren Versuch veranlasst oder fördert, obwohl er nach den Umständen nicht davon ausgehen darf, dass die Selbsttötung frei von wesentlichen Willensmängeln ist.

Die Entscheidung, das eigene Leben zu beenden, ist besonders schutzwürdig. Es ist daher als schwerwiegendes Fehlverhalten einzuschätzen, eine Person in ihrem Sterbewunsch unzulässig zu beeinflussen. Diese erheblichen Gefahren für das Selbstbestimmungsrecht in Bezug auf den eigenen Tod sind durch die Verletzungsdelikte der §§ 222, 212 StGB nicht angemessen strafrechtlich erfasst. Hinzu tritt, dass eine Verurteilung nach diesen Vorschriften den Nachweis voraussetzt, dass die Selbsttötung des Betroffenen nicht freiverantwortlich war, was in der Praxis erhebliche Nachweisschwierigkeiten hervorruft.

Die Neuregulierung sollte wie vorgeschlagen zugleich § 216 StGB erfassen. Danach macht sich strafbar, wer durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden ist. Der Unterschied zur Suizidbeihilfe liegt in dem Umstand, dass § 216 StGB Fälle der *Fremdtötung* erfasst, während der Suizid als *Eigentötung* klassifiziert wird. Wie der frühere § 217 StGB schränkt aber auch § 216 StGB das Selbstbestimmungsrecht im Hinblick auf den eigenen Tod über Gebühr ein. So wird darin dem Einzelnen in Gänze der Weg zu einer von ihm gewünschten Fremdtötung abgeschnitten. Diese Rigorosität des Gesetzes, der sich die Rechtsprechung zur Vermeidung ärgster Unbilligkeit zumindest durch – dogmatisch teils stark umstrittene – Einzeljudikate zu behelfen sucht, wird aber dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen im Hinblick auf den eigenen Tod nicht gerecht. Wenn das Selbstbestimmungsrecht auf der Basis der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts auch die Freiheit umfasst, über den Zeitpunkt und die Art der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, sollte die vom Willen der oder des Getöteten getragene Tötung durch die Hand eines anderen Menschen nicht in Gänze unter Strafe gestellt werden. Der Fokus des Gesetzes sollte vielmehr auf den eigentlichen Schutzgegenstand gelegt werden, den das Bundesverfassungsgericht zu Recht betont: Die Selbstbestimmungsfreiheit im Hinblick auf den eigenen Tod. Dem trägt die vorgeschlagene Regelung anders als die paternalistische Vorschrift des § 216 StGB sowie die ihrerseits die Freiheit zur Selbsttötung zu weit einschränkende Vorschrift des früheren § 217 StGB Rechnung.



Petra Bahr

Wie autonom sind wir eigentlich? Zum Konzept relationaler Selbstbestimmung

1. Die Zahl der assistierten Suizide und die Artikulation dieses Wunsches nimmt deutlich zu. Das lässt sich nicht nur bei den entsprechenden Vereinen nachweisen. Auch in konfessionellen Einrichtungen beobachten Leitungen die steigende Thematisierung des Wunsches nach ärztlich begleitetem Sterben, ohne dass präzise zwischen unterschiedlichen Formen der Sterbebegleitung unterschieden würde, wovon der assistierte Suizid nur eine wäre. Hier ist mehr Aufklärung und Unterscheidungskwissen gefragt, dazu der Raum für patientensensible Beratung, die ggf. auch Zugehörige einbezieht.
2. Ob das Urteil des BVerfG zu § 217 StGB diese Entwicklung nur offengelegt und das Sprechen darüber enttabuisiert hat, oder Auftakt zu einer allmählichen Veränderung der Sterbekultur ist, bleibt offen. Die Entkirchlichung und Verdiesseitigung der Lebensentwürfe, aber auch andere Faktoren wie der Wunsch nach Deutungshoheit über alle Aspekte der eigenen Existenz – verschärft durch die in der Pandemie gesellschaftlich und individuell erlebte Zeit der Ohnmacht und des Kontrollverlustes – verändert signifikant den Umgang mit dem Sterben und damit auch den Umgang mit dem Leben.
3. Gerade wegen des im Urteil so stark betonten Selbstbestimmungsaspektes braucht es eine rechtliche Regelung, weil im „wilden Zwischenraum“ besonders jene gefährdet sind, deren Suizidbegehren möglicherweise gerade nicht Ausdruck der Autonomie, sondern Folge komplexer, manchmal sogar internalisierter Fremdeinflüsse ist. Dazu gehören der Umgang mit den Lasten von Krankheit und Alter im engeren Sozialsystem, aber auch sich wandelnde Gesellschaftsbilder, die kritisch befragt werden müssen. Der Schutzbedarf muss deshalb ernstgenommen und präzise gefasst werden, wenn Missbrauch oder normalisierte Ausweitung des assistierten Suizides verhindert und diese Möglichkeit die Ausnahme bleiben soll.
4. Das Konzept einer relationalen Autonomie, das man durchaus als geistigen Hintergrund der Verfassung deuten kann, weil sogar die Menschenwürde als Zentralperspektive einen sozialen Resonanzraum braucht, muss in praktischer, gesetzgeberischer Hinsicht dazu führen, die systemischen Folgen eines assistierten Suizids in den Blick zu nehmen. Dazu gehören nicht nur die Folgen für die zuständigen Professionen, neben den Ärztinnen und Ärzten die Pflegefachkräfte, aber auch Psychologinnen und Psychologen sowie Seelsorgerinnen und Seelsorger, sondern besonders die in der Regel unterschätzten psychischen Folgen für Zugehörige.
5. Die wissenschaftliche Begleitung und das systematische Verstehenwollen von Sterbebegehren, ihrer Dynamik und ihrer möglichen lebensfördernden Veränderung, etwa nach schweren medizinischen Diagnosen, aber auch nach Traumata (Gewalterfahrung) oder Einsamkeitssyndromen, muss ausgebaut werden, weil nur ein genaueres Verstehen eine gute Begleitung und Beratung ermöglicht. Dazu gehört auch eine kulturwissenschaftliche Erforschung sich wandelnder Sterbebilder. Es ist möglich, dass in der Liberalisierung eine Entliberalisierung abweichender Sterbewünsche liegt, etwa die religiös gebundener Menschen, die nach institutionellen *safe spaces* suchen.
6. Für den Gesetzgeber ist das eine mindestens dilemmatische Aufgabe, die nur politisch entschieden werden kann, weil es auf der Grundlage des Urteils keine moralisch „richtige“ Lösung geben wird. Deshalb braucht es nicht nur gründliche Abwägung, sondern auch besonders gute Kommunikation.



Franz-Josef Bormann

Der Gesetzgeber sollte der Gefahr einer schleichenden Normalisierung der Suizidassistentz entgegenwirken

Bei der gesetzlichen Neuregelung der Suizidassistentz sollte aus Sicht der katholischen Kirche Folgendes beachtet werden:

1. Suizid und Suizidassistentz sind Handlungsformen, die nicht nur in der abendländischen philosophischen Ethik, sondern auch in allen Weltreligionen ganz überwiegend als **moralisch unzulässig** qualifiziert werden, weil es sich um eine **gewaltsame nicht-natürliche** Form der Lebensbeendigung handelt.
2. In allen Ländern mit sogenanntem liberalen Sterbehilfegesetz steigen die Fallzahlen, was darauf hindeutet, dass Angebote eines erleichterten Zugangs zur Suizidassistentz die Nachfrage steigern und somit zu einer schleichenden Normalisierung führen.
3. Um diesen Tendenzen entgegenzuwirken, sollte der Gesetzgeber zweierlei tun: Erstens die **Suizidprävention** weiter ausbauen und dafür sorgen, dass der **tatsächliche Zugang zu palliativmedizinischen und hospizlichen Angeboten** überall erleichtert wird, um der Entstehung vermeidbarer existentieller Notlagen entgegenzuwirken; und zweitens ein **prozedurales Schutzkonzept** entwickeln, das den Zugang zu tödlichen Substanzen an strenge Voraussetzungen bindet.
4. Zu diesen Voraussetzungen gehört erstens die Einführung einer **zweistufigen Pflichtberatung** des Suizidwilligen, die neben einer medizinischen auch eine psychosoziale Komponente enthält; und zweitens eine **psychiatrische Begutachtung** der Urteilsfähigkeit der betroffenen Person zum Nachweis der Freiheit und Beständigkeit des Suizidwunsches.
5. Da Suizidassistentz **keine ärztliche Aufgabe** ist, sollte verhindert werden, dass die Suizidassistentz Teil des medizinischen Versorgungssystems wird und damit den Charakter einer medizinischen Regelleistung annimmt. Die Rolle der medizinisch Sachverständigen sollte auf Aufklärung und fachärztliche Begutachtung der suizidwilligen Person beschränkt werden.
6. Zur Kontrolle der notwendigen Sorgfaltspflichten sollte erstens eine **zentrale Stelle** in Zuordnung zum BfArM geschaffen werden, die den Zugang zu den begehrten Tötungsmitteln regelt; zweitens sollten im **Strafrecht** alle gewerblichen Formen der Suizidassistentz sowie der Werbung für die Suizidassistentz generell verboten und Verstöße gegen die Einhaltung der genannten Sorgfaltspflichten von Suizidhelferinnen und Suizidhelfern mit Sanktionen belegt werden.



Sigrid Graumann Suizidassistentz und Suizidprävention

In seinem Beschluss vom 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung aufgehoben und den Gesetzgeber zur Neuregelung aufgefordert. Der Schutz vulnerabler Personen durch eine Beschränkung des Zugangs zu Suizidassistentz auf Personen mit schweren Krankheitszuständen oder in bestimmten Lebensphasen schließt das Bundesverfassungsgericht aus. Auch Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen kann daher eine Suizidassistentz nicht grundsätzlich verwehrt werden. Die Suizidforschung sagt, dass Suizidalität in Wirklichkeit ein sehr komplexes, sehr stark von sozialen Beziehungen abhängiges Geschehen darstellt. Die überwiegende Mehrheit der Suizidversuche und Suizide geschehen im Rahmen von psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenie, Alkohol- und Drogensucht oder Persönlichkeitsstörungen. Suizidale Impulse im Rahmen psychischer Erkrankungen sind fast immer vorübergehend und sie lassen sich in der Regel mit Hilfe von Suizidprävention verhindern. Die Suizidprävention kann beachtliche Erfolge vorweisen: Während sich 1999 noch 13.924 Menschen das Leben nahmen, waren es 2019 nur noch 9.041 Todesfälle durch Suizid in einem Jahr (Nationales Programm für Suizidprävention). Es kommt aber auch vor, dass Personen nach einer langen Geschichte psychischer Erkrankung mit wiederholten symptomatischen Phasen einen ernsthaften und beständigen Sterbewunsch entwickeln. Ihnen die Suizidassistentz auf Grund der psychischen Erkrankung zu verwehren, würde sie gegenüber Personen mit Sterbewunsch auf Grund körperlicher Leiden in unzulässiger Weise diskriminieren.

Die Regelungsvorschläge, die aktuell diskutiert werden, sehen einen Schutz vulnerabler Personen vor unreflektierten Entscheidungen durch eine verpflichtende psychosoziale Beratung vor, in deren Rahmen die Authentizität des Sterbewunsches beurteilt wird. Diese Beratung wäre aber auf Suizidbegleitung ausgerichtet, während die Suizidprävention auch in vermeintlich aussichtslosen Situationen neue Lebensperspektiven eröffnen will. Konflikte zwischen den beiden Zielsetzungen sind damit vorprogrammiert, weshalb die Angebote getrennt vorgehalten werden müssen. Dabei ist die Finanzierung der Suizidprävention ungeachtet ihrer großen Erfolge nach wie vor nicht dauerhaft gesichert. Außerdem wird in Kreisen der Sozialpsychiatrie befürchtet, dass die Normalisierung der Suizidassistentz die Erfolge der Suizidprävention gefährden könnte. Das alles spricht dafür, die sozialpsychiatrischen Strukturen zur Suizidprävention zu stärken und vorrangig finanziell abzusichern, bevor eine Beratungsstruktur zur Suizidbegleitung, die davon deutlich getrennt sein muss, aufgebaut wird.