



Stellungnahme
zu den vorliegenden Gesetzentwürfen
zur Neuregelung des § 217 StGB –
assistierter Suizid

Inhaltsverzeichnis

I. Der assistierte Suizid: Rechtliche, medizinische und gesellschaftliche Aspekte	3
1. Rechtliche Aspekte	3
2. Medizinische Aspekte.....	3
3. Gesellschaftliche Aspekte.....	4
II. Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung: Zahlen und Entwicklungen in anderen Ländern.....	5
III. Grundsätzliche Überlegungen zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 218 StGB)	6
1. Die Grundproblematik des Urteils.....	6
2. Das christliche Menschenbild.....	6
3. Der Würdebegriff des Bundesverfassungsgerichts von 2020	7
4. Der Würdebegriff des Bundesverfassungsgerichts im Licht der Aufklärung.....	8
VI. Konsequenzen des Bundesverfassungsgerichtsurteils für die Gesetzgebung	8
1. Inanspruchnahme der Beihilfe bei der Selbsttötung als Recht	8
a) Zusammengeführter Gesetzentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Renate Künast, Helge Lindh, Dr. Nina Scheer, Dr. Petra Sitte, Lukas Benner, Dr. Till Steffen und weiterer Abgeordneter	9
b) Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten KappertGonther, Dr. Konstantin von Notz, Petra Pau, Stephan Pilsinger, Benjamin Strasser et al., Bundestagsdrucksache 20/904.....	11
V. Empfehlung der Aktion Lebensrecht für Alle	14

I. Der assistierte Suizid: Rechtliche, medizinische und gesellschaftliche Aspekte

1. Rechtliche Aspekte

Grundsätzlich gilt, dass der Selbstmord straflos ist. Dies ergibt sich unter anderem aus dem der Menschenwürde entspringenden allgemeinen Persönlichkeitsrecht gem. Art. 2 I i.V.m. 1 I GG. Danach gibt es ein Recht auf Leben, aber keine Pflicht zum Leben. Mit § 217 StGB hat der Gesetzgeber die „geschäftsmäßige“ Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe gestellt. Unter „geschäftsmäßiger“ Gewährung, Verschaffung oder Vermittlung der Gelegenheit zur Selbsttötung ist jede auf Wiederholung angelegte Tätigkeit zu verstehen. Diese Norm hat das Bundesverfassungsgericht am 26.02.2020 für verfassungswidrig und – da es nicht verfassungskonform ausgelegt werden kann – für nichtig erklärt. Insofern gilt der vorherige Zustand, nachdem die Beihilfe zur Selbsttötung nicht weiter gesetzlich geregelt ist. Es ist zu befürchten, dass erst durch die entsprechende gesetzliche Regelung ein vermeintliches Vakuum gefüllt und damit eine Rechtskultur der Selbsttötung etabliert werden kann. Suizidprävention hingegen könnte völlig unabhängig von einer Neuregelung des § 217 erfolgen.

2. Medizinische Aspekte

Für jeden, der eine vorzeitige Beendigung seines Lebens plant, ist der assistierte Suizid nur die zweitbeste Wahl. Dies ist darin begründet, dass die Selbsttötung weniger sicher, weniger effizient und unter Umständen auch weniger schnell verläuft als die direkte Tötung durch die Hand eines anderen – ein Verfahren, das gemeinhin in den Ländern, in denen dies praktiziert wird, als Tötung auf Verlangen oder Euthanasie bezeichnet wird. Sowohl beim assistierten Suizid als auch bei der Tötung auf Verlangen sind drei Wirkweisen der Medikamente notwendig: Es muss ein tiefes Koma herbeigeführt werden, Krämpfe und Brechreiz müssen ausgeschaltet werden, die Lungenfunktion muss zum Erliegen gebracht werden. Alle drei Prozesse muss derjenige, der nur die Mittel für die Selbsttötung zur Verfügung gestellt bekommt, selbst initiieren. Während bei der Tötung auf Verlangen also eine außenstehende Person sozusagen nachjustieren kann, ist das beim assistierten Suizid nicht der Fall. Der Arzt, der Beihilfe zur Selbsttötung leistet, aber nicht Tötung auf Verlangen, steht unter Umständen vor einem Dilemma: Falls das Medikament nicht ausreichend war oder der Patient dieses erbrochen hat, muss er entweder Wiederbelebungsmaßnahmen ergreifen oder aber selbst für die Tötung des Sterbewilligen sorgen. Im einen Fall wird er vertragsbrüchig, im anderen Fall straffällig. Der Bundesstaat Québec hat daher den assistierten Suizid nicht erlaubt, wohl aber die Euthanasie (Medical Assistance in Dying, MAiD - Medizinische Hilfe beim Sterben. Das Akronym ist vermutlich nicht zufällig gewählt: Maid bedeutet Magd.)

Während die Euthanasie also ärztlich den „schönen Tod“ verspricht, kann dies beim assistierten Suizid keinesfalls mit absoluter Sicherheit gewährleistet werden. Das vorgesehene Mittel hierfür ist Natrium-Pentobarbital, ursprünglich als Schlafmittel zugelassen. Es wird im sogenannten „off label use“ für die Durchführung eines assistierten Suizids genutzt. Natrium-Pentobarbital ist ein Pulver, das in Wasser aufgelöst werden muss, sehr bitter schmeckt und Übelkeit und Erbrechen hervorrufen kann. Das ausgelöste Koma ist dabei so tief, dass es schließlich zu Atemlähmung führt. Der assistierte Suizid ist ein Tod durch Ersticken.

Die Komplikationsrate beim assistierten Suizid ist nicht unerheblich. Sie liegt z.B. in Kanada bei 16 %¹, in den Niederlanden haben in 18 % der Fälle Ärzte nachgeholfen.²

Zu den häufigsten Komplikationen gehören:

- prolongierter Eintritt des Todes
- Schwierigkeiten bei der Herbeiführung des Komas
- Wiedererwachen der Sterbewilligen nach Herbeiführung des Komas
- Unerwünschte und belastende Komplikationen wie Spasmen, Muskelkrämpfe, Übelkeit und Erbrechen.

Es ist keinesfalls so, dass der Tod unmittelbar nach selbständiger Einnahme der todbringenden Medikamente eintritt. Vielmehr ist die Zeit nach Einnahme des Präparates bis zum Eintreten des Todes sehr unterschiedlich (0,5 min bis 7 Tage), wobei sowohl das sehr schnelle Sterben als auch eine sehr lange Sterbezeit als besonders belastend empfunden wird. Auch wenn das Präparat über einen intravenösen Zugang oder über eine Inhalationsmaske verabreicht wird, werden diese Komplikationen geschildert.³

Kommt es zu einem verlängerten Sterbeprozess, ist es in Ländern, in denen die Tötung auf Verlangen erlaubt ist, der Arzt, der eine Medikation nachgibt. In Deutschland ist dies ausgeschlossen. In Ländern, in denen die Tötung auf Verlangen nicht erlaubt ist, ist daher auch ausgesprochen selten ein Arzt am Bett des Sterbenden zugegen.

Nicht immer ist also der assistierte Suizid das Mittel der Wahl, um ein leidvolles Sterben zu verhindern.

3. Gesellschaftliche Aspekte

Sterben in Würde zu ermöglichen bedeutet aus christlicher Sicht, dass der Sterbende an der Hand eines Menschen stirbt und nicht durch sie. Gerade in seinem letzten Lebensabschnitt braucht der Mensch Zuwendung, Schutz und Trost. Ein Sterben in Würde für jeden Menschen zu ermöglichen, ist daher auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dies bedeutet: Aufgabe des Staates ist es, die Lebensbedingungen der besonders Schutzbedürftigen zu verbessern – durch Ausbau der Hospizversorgung, der Palliativmedizin und der Suizidprävention. Die Gesellschaft darf nicht zulassen, dass der künstlich herbeigeführte Tod in der Endphase eines Lebens zu einer ärztlichen Dienstleistung wird. Eine gesetzliche Regelung, die derartige Angebote duldet, würde dazu führen, dass der innere und äußere Druck auf alle Alten, Schwerkranken und Pflegebedürftigen zunimmt, von derartigen Optionen Gebrauch zu machen – um keine Last für Angehörige zu sein. Es gilt, die Worte des ehemaligen Bundespräsidenten Johannes Rau ins Gedächtnis zu rufen: „Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet“. ⁴ Und: „Wir wollen nicht in einer Gesellschaft leben, die den Menschen den Tod nahe legt, wenn sie mit dem Leben nicht mehr zurechtkommen.“⁵

¹ Harty C, Chaput AJ, Trouton K, et al. Oral medical assistance in dying (MAiD): informing practice to enhance utilization in Canada. *Can J Anesth.* 2019;66:1106–12.

² Zworth M, Saleh C, Ball I, et al. Provision of medical assistance in dying: a scoping review. *BMJOpen.* 2020;10:e36054.

³ Groenewoud JH, vander Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician assisted suicide in the Netherlands. *NEngl JMed.* 2000;342(8):551–6.

⁴ Berliner Rede 2001 von Bundespräsident Johannes Rau: "Wird alles gut? - Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß" Staatsbibliothek zu Berlin, 18. Mai 2001

⁵ Rede von Bundespräsident Johannes Rau beim 107. Deutschen Ärztetag Bremen, 18. Mai 2004

Der Mensch ist Mensch bis zuletzt. Aus christlicher Sicht soll der Tod eines Menschen nicht künstlich hinausgezögert werden, wenn es keine Chance mehr auf Heilung oder ein erträgliches Leben gibt. Den Tod willentlich herbeizuführen aber kann aus christlicher Perspektive keine Alternative zu einer liebevollen und mitfühlenden Begleitung des Menschen auf seiner letzten Wegstrecke sein.

Vor diesem Hintergrund ist anerkennend zu erwähnen, dass beide vorliegenden Gesetzentwürfe durch Entschließungsanträge flankiert werden, die die Suizidprävention ausbauen wollen.

II. Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung: Zahlen und Entwicklungen in anderen Ländern

In den Ländern, in denen assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen oder beides legalisiert wurde, ist jedoch genau diese Entwicklung eingetreten. Starben in Kanada im Jahr der Legalisierung noch ca. 1.000 Menschen durch Euthanasie, so waren es 2022 schon fast 13.500, wie Hochrechnungen anhand der Zahlen aus einigen Bundesstaaten nahelegen⁶. In Québec sterben nun 7 % aller Menschen auf diese Weise, in den Niederlanden sind es dagegen „nur“ 4,5 %. Die Zahl der gemeldeten Fälle von Sterbehilfe (7666) hat 2021 um 10,5 % gegenüber dem Vorjahr zugenommen. Damit ist auch der Anteil an der Gesamtzahl aller Todesfälle (170.839) gestiegen, er beträgt jetzt 4,5 % gegenüber 4,1 % im Jahr 2020.⁷ Allen Ländern mit liberaler Regelung ist gemein, dass nach Legalisierung jedes Jahr eine deutliche Steigerung der Zahlen zu verzeichnen ist. Besonders betroffen sind Frauen: Sie machen nur etwa ein Drittel der Personen aus, die ohne Hilfe selbst aus dem Leben scheiden, aber deutlich mehr als die Hälfte derjenigen, die hierfür Beihilfe in Anspruch nehmen.⁸

⁶ <https://alexschadenberg.blogspot.com/2023/06/2022-projection-13500-euthanasia-deaths.html>, zuletzt abgerufen am 25.6.2023 um 20.10

⁷ REGIONALE KONTROLLKOMMISSIONEN FÜR STERBEHILFE. Jahresbericht 2021. wfrtds.org/wp-content/uploads/2022/08/RTE_JV2021_DUITS_def.pdf, zuletzt abgerufen am 25.6.2023 um 20.45

⁸ Nicole Steck, Matthias Egger, Marcel Zwahlen: Assisted and unassisted suicide in men and women: Longitudinal study of the Swiss population. Published online by Cambridge University Press: 02 January 2018.

III. Grundsätzliche Überlegungen zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 218 StGB)

1. Die Grundproblematik des Urteils

Mit Urteil vom 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht das 2015 eingeführte, und mit großer parlamentarischer Mehrheit verabschiedete Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gemäß § 217 StGB für verfassungswidrig erklärt.

Bereits 2014 hatte das Bundesverwaltungsgericht erstmals in Deutschland ein „Recht zu sterben“ postuliert⁹. Über dieses Urteil geht das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung indes noch hinaus, da es ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht nur für schwer und unheilbar Erkrankte mit gravierenden körperlichen Beschwerden anerkennt, sondern aus Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben in jeder Phase menschlicher Existenz“ – gegebenenfalls unter Mithilfe Dritter – ableitet¹⁰. In seinem Urteil verabschiedet sich das Bundesverfassungsgericht zudem von der Position, dass ein Mensch, der sich selbst das Leben nimmt, sich seiner Würde beraubt, und hält stattdessen erstmals fest, dass vielmehr ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben Teil des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts, und der Vollzug der Selbsttötung ein letzter, autonomer Ausdruck von Würde sei.

Das Bundesverfassungsgericht hält also einerseits fest, dass die Selbsttötung ein Recht sei, das dem Menschen in jeder Phase seiner Existenz zukomme, hält aber andererseits eine Altersbegrenzung von 18 Jahren für angemessen und betont mehrfach, dass es unter der Geltung des Grundgesetzes keine Verpflichtung zur Suizidhilfe geben darf.¹¹ Es betont weiterhin, dass der Gesetzgeber berechtigt ist sicherzustellen, dass die Entscheidung zum Suizid ernsthaft und dauerhaft ist sowie frei und autonom getroffen wird. Zwar zählt das BVerfG zahlreiche Alternativen, wie beispielsweise gesetzlich festgeschriebene Aufklärungs- und Wartepflichten und Verbote besonders gefährdeter Erscheinungsformen der Suizidhilfe, in seinem Urteil bereits auf.¹² Allerdings: Ein verfassungsmäßig garantiertes Recht auf Selbsttötung in jeder Phase der menschlichen Existenz schließt sowohl eine Altersbeschränkung als auch jede Form der gesetzlichen Einschränkung beim Zugang zur Suizidassistenz aus. Es ist nicht auszuschließen, dass jede neue Regelung des § 217 damit wieder vor dem Bundesverfassungsgericht unter Berufung auf eben dieses Urteil angefochten wird.

2. Das christliche Menschenbild

Unsere Gesellschaftsordnung ist geprägt von einem Menschenbild, das seine Wurzeln im Christentum hat. Dieses christliche Menschenbild ist Grundlage unserer Verfassung. Es beinhaltet die Balance von Freiheit und Verantwortung und ist das Fundament der universal gültigen Rechte aller

⁹ BVerwG, Urt. v. 02.03.2017, Az. 3 C 19.15, NJW 2017, 2215.

¹⁰ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020, Az. 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 2527/16.

¹¹ BVerfG, Urt. v. 26.02.2020, Az. 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 2527/16, Rn. 342.

¹² BVerfG, Urt. v. 26.02.2020, Az. 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 2527/16, Rn. 339.

Menschen. Kurz gesagt: Das christliche Menschenbild ist die Grundlage für unsere Rechtsprechung. Die Grundlage für dieses christliche Menschenbild ist die biblische Erzählung von der Erschaffung des Menschen. Dort lesen wir:

„Gott schuf also den Menschen als sein Abbild, als Abbild Gottes schuf er ihn, als Mann und Frau schuf er sie.“ (Gen 1,27)

Dies bedeutet: Gott schuf DEN Menschen – nicht die Menschen, sondern den einzelnen, individuellen Menschen mit seiner je eigenen Persönlichkeit. Er erschuf ihn als Abbild Gottes, woraus sich eine enge Beziehung aus Gott und Mensch ergibt, und er erschuf ihn als Mann und Frau: Der Mensch steht einerseits in Beziehung zu Gott, andererseits in Beziehung zu anderen Menschen. Für das Verständnis davon, was Menschenwürde bedeutet, ergibt sich daher:

Würde wird dem Menschen nicht zuerkannt, sondern sie ist ihm immanent. Sie kann ihm also auch nicht aberkannt werden. Insofern kann es auch keine „Ausdrucksformen“ oder „Abstufungen“ der Menschenwürde geben. Völlig unabhängig von Alter, Gesundheitszustand oder moralischer Verfasstheit hat jeder Mensch Würde. Diese Würde gründet nicht in seiner Leistung oder in dem Nutzen, den er für andere hat. Die Würde des Menschen folgt daraus, dass Gott ihn bejaht.

Aus Sorge um den Menschen setzen sich Christen dafür ein, dass das Leben eines jeden Menschen – gerade auch in der Nähe des Todes – zu jedem Zeitpunkt geschützt wird. Sie glauben daran, dass wir alles, was ist, Gott verdanken. Gott hat den Menschen als sein Abbild geschaffen und ihm eine unantastbare Würde verliehen. Aus dem Wissen um Gottes Zuwendung und Liebe heraus darf und kann der Mensch auch im Leiden und im Sterben sein Leben bejahen und seinen Tod aus Gottes Hand annehmen.

Aus der Überzeugung, dass das menschliche Leben von Gott geschenkt ist, folgt auch die Überzeugung, dass der Mensch keine volle Verfügungsgewalt über sein Leben haben kann. Christen müssen bekennen: In Würde stirbt, wer anerkennt, dass sein Leben als solches unverfügbar ist. Es hat einen Wert in sich, auch wenn der Körper keine Leistung erbringt oder nicht voll funktionsfähig ist. Die Entscheidung gegen das eigene Leben, auch wenn es durch Schmerzen und Leid geprägt ist, widerspricht fundamental dem Wesen des Menschen. Der Mensch ist auch kein abstraktes Wesen, kein Teil einer Gattung, sondern Person mit je individueller Lebenssituation, die durch andere Menschen mitbestimmt wird. Er ist ein Beziehungswesen, ein Mit-Mensch.

Aus diesem Verständnis des Menschen ergeben sich die Forderungen nach Solidarität, Barmherzigkeit und Fürsorge für diejenigen, die in besonderer Weise schutzbedürftig sind. Es begründet unsere Verantwortung im politischen Handeln. Es verpflichtet zur Solidarität mit den Schwachen, zum Streben nach Gerechtigkeit und zum Schutz allen menschlichen Lebens.

3. Der Würdebegriff des Bundesverfassungsgerichts von 2020

Das BVerfG legt in seinem Urteilspruch nahe, dass die Würde des Menschen sich genau darin manifestiere, dass er autonom und selbstbestimmt handeln kann. Dies sei ein unmittelbarer Ausdruck seines Persönlichkeitsrechts. Damit wird die Selbsttötung ein „Akt autonomer Selbstbestimmung“. Daher ist das Recht auf selbstbestimmtes Sterben grundsätzlich auch zu keinem Lebenszeitpunkt vom Vorliegen äußerer Bedingungen wie Leiden oder Krankheit abhängig. Es darf nicht auf fremddefinierte Situationen wie schwere und unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt sein. Daraus folgt: Der assistierte Suizid kann in jeder Lebensphase gefordert werden.

Bei einem so verstandenen Recht auf Selbstbestimmung hat die Autonomie des Einzelnen Vorrang vor der Schutzpflicht des Staates gegenüber dem Leben. Der Staat hat zu respektieren, dass jemand sich suizidieren möchte. Er darf das Leben des Menschen nicht gegen seinen Willen schützen. Diese Rechtsauffassung ist problematisch: Wie ist das Recht auf Selbstbestimmung zu gewährleisten, wenn nicht zuvor das Recht auf Leben geschützt wird? Ist nicht das Recht auf Leben das allererste, grundlegende, staatlich zu garantierende Recht? Muss es nicht Aufgabe des Staates sein, das Recht auf Leben und das Recht auf Selbstbestimmung in Balance zu bringen?

4. Der Würdebegriff des Bundesverfassungsgerichts im Licht der Aufklärung

Nach Immanuel Kant ergibt sich die besondere Würde des Menschen aus seiner Fähigkeit zu vernünftigem und moralischem Handeln. Dieses Handeln ist jedoch eingebettet in ein Sittengesetz: Was dient dem gesellschaftlichen Zusammenhalt? Welche Form des Handelns trägt dazu bei, dass wir friedlich nebeneinander und miteinander existieren können? Vernünftiges und moralisches Handeln erfordert ein Objekt, an dem der Mensch handelt. Hierbei habe der Mensch den Maßstäben zu folgen, die im Sinne des Sittengesetzes, das unsere Gesellschaft sich gibt, vernünftig und moralisch richtig sind. Das Töten eines Menschen gehört unzweifelhaft nicht dazu.

Wenn das Bundesverfassungsgericht nun formuliert, die selbstbestimmte Wahrung der eigenen Persönlichkeit setze voraus, dass der Mensch über sich *nach eigenen Maßstäben* verfügen könne,¹³ so fällt es damit hinter das von Kant formulierte Konzept menschlicher Würde zurück. Und auch wenn der assistierte Suizid betrachtet wird als Ausdruck seiner Autonomie, bleibt er dennoch ein Handeln, das – wie der Name unschwer verrät – auf das Mittun anderer angewiesen ist.

Es wundert angesichts der oben skizzierten, dem Urteil innewohnenden Problematik nicht, dass mehr als drei Jahre verstrichen sind, bis dass der Bundestag in die letzte Phase der Verabschiedung einer Novellierung des § 217 getreten ist.

VI. Konsequenzen des Bundesverfassungsgerichtsurteils für die Gesetzgebung

1. Inanspruchnahme der Beihilfe bei der Selbsttötung als Recht

Angesichts der oben skizzierten Problematik wird deutlich, dass es in letzter Konsequenz dem Gesetzgeber nicht gelingen wird, den Zugang zum assistierten Suizid dergestalt zu regeln, dass eine Ausweitung der Kriterien ausgeschlossen ist. Ein Recht auf Inanspruchnahme der Beihilfe zur Selbsttötung in jeder Phase der menschlichen Existenz bedeutet eben, dass niemand das Recht hat, bestimmte Phasen der menschlichen Existenz von der Inanspruchnahme eines solchen Rechts auszuschließen.

Die vorliegenden Gesetzentwürfe versuchen dies dennoch, so dass im Folgenden darauf eingegangen werden soll.

¹³2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16, Rn.207.

a) Zusammengeführter Gesetzentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Renate Künast, Helge Lindh, Dr. Nina Scheer, Dr. Petra Sitte, Lukas Benner, Dr. Till Steffen und weiterer Abgeordneter

Der Gesetzentwurf ist aus Perspektive der Aktion Lebensrecht für Alle an mehreren Stellen problematisch, auf die aus unserer Sicht wichtigsten hiervon gehen wir im Folgenden ein.

i. Freie Willensentscheidung

In § 1 Absatz 1 heißt es: „Jeder, der aus autonom gebildetem, freiem Willen sein Leben eigenhändig beenden möchte, hat das Recht, hierbei Hilfe in Anspruch zu nehmen.“ Und weiter in § 3: „Ein autonom gebildeter, freier Wille liegt vor, wenn ... die suizidwillige Person die Fähigkeit besitzt, ihren Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können (...) und (...) der Entschluss zur Selbsttötung von einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit getragen ist.“

In konsequenter Anwendung des Bundesverfassungsgerichtsurteils gehen die Autoren des Gesetzentwurfs davon aus, dass keinerlei gesundheitliche Einschränkungen vorliegen müssen, sondern der Wunsch nach Beendigung des Lebens „autonom“ erfolgt sein soll.

Der Überlebenstrieb des Menschen ist überaus stark. Ein Mensch, der sich selbst töten will, hat in aller Regel diesen Wunsch *gerade deshalb, weil eine akute psychische Störung vorliegt*. Nicht umsonst führt die WHO unter der internationalen Klassifizierung von Krankheiten die suizidale Disposition (suicidal ideation) unter 2023 ICD-10-CM Diagnosis Code R45.851.¹⁴ ICD steht hierbei für „international statistical classification of diseases and related health problems“ (internationale statistische Klassifizierung von Krankheiten und damit zusammenhängenden Gesundheitsproblemen). Die Therapie der Krankheit sollte nicht darin bestehen, dass dem Menschen mit Todeswunsch dieser Wunsch erfüllt wird. Zudem stellt sich die Frage: Wie und von wem ist überhaupt zweifelsfrei feststellbar, dass der Wille autonom und frei gebildet wurde? Welche Kriterien werden hierfür angelegt? Wie ist feststellbar, dass dieser Wille dauerhaft und anhaltend ist? Dass dies ausgesprochen schwierig ist, ist aus der Suizidforschung bekannt. Der Suizidwunsch ist demnach nicht nur wöchentlich oder täglich schwankend, sondern mitunter sogar stundenweise.¹⁵ Einen autonom und frei gebildeten Willen mit tödlicher Sicherheit festzustellen ist daher unmöglich.

Wie schwierig dies ist, zeigt ebenfalls ein Blick nach Kanada. Alan Nichols Nachbarn hatten beobachtet, dass er das Haus eine Weile nicht verlassen hatte und daher die Polizei alarmiert. Diese wies ihn in die Psychiatrie ein, um ihn vor Selbstgefährdung zu schützen. Dort wurde der 61jährige durch MAiD (Medical Assistance in Dying – Medizinische Unterstützung zum Sterben) getötet, obwohl seine Familie den behandelnden Ärzten eine lange Krankengeschichte vorlegen konnte, aus denen hervorging, dass Nichols seit Jahrzehnten wiederkehrende depressive Phasen hatte, aus

¹⁴ <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/R00-R99/R40-R46/R45-/R45.851>

¹⁵ Ewa K Czyn, Adam G Horwitz, Alejandra Arango, Cheryl A King: Short-term change and prediction of suicidal ideation among adolescents: a daily diary study following psychiatric hospitalization, in: J Child Psychol Psychiatry. 2019 Jul;60(7):732-741. doi: 10.1111/jcpp.12974. Epub 2018 Sep 24

denen er sich regelmäßig erholte und stets wieder in ein geregeltes Arbeits- und Familienleben zurückfand.¹⁶ Als Grund für seinen Todeswunsch gab Nichols einzig „Hörverlust“ an.

Ein weiteres wird aus diesem Fall deutlich: Der Wunsch zur Selbsttötung mag zwar „autonom“ getroffen worden sein, der Getötete selbst war jedoch keineswegs autonom, sondern in einem Beziehungsgeflecht aus Nachbarn, Freunden und Familie verwurzelt, die sich um ihn kümmerten und seit Jahrzehnten dabei halfen, aus depressiven Phasen herauszufinden. Das war Teil ihres je eigenen, autonomen Handelns, welches durch die Tötungshandlung der Ärzte ignoriert wurde. Nichols hat eine verstörte und traumatisierte Familie hinterlassen. Neue Untersuchungen gehen davon aus, dass jeder Suizid etwa 135 davon betroffene Personen zurücklässt.¹⁷ Die Studienlage legt zudem nahe, dass die Hinterbliebenen überdurchschnittlich häufig von posttraumatischen Belastungsstörungen betroffen sind.¹⁸ Erfahrungen in der Senioren-Seelsorge zeigen, dass die aktuelle individuelle Lebenssituation – oft in Verbindung mit Einsamkeit einen Sterbewunsch erzeugt. „SO will ich nicht leben“, ist eine häufige Aussage.

ii. Gewissens- und Religionsfreiheit

In § 2 Absatz 3 formulieren die Autoren: „Keiner Person darf aufgrund ihrer Berufszugehörigkeit untersagt werden, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten oder die Leistung von Hilfe zur Selbsttötung zu verweigern. Beschäftigte dürfen nicht benachteiligt werden, weil sie Hilfe zur Selbsttötung leisten, ihre Bereitschaft zur Leistung von Hilfe zur Selbsttötung bekunden oder die Leistung von Hilfe zur Selbsttötung verweigern.“

Dies bedeutet, dass kein Beschäftigter einer kirchlichen Einrichtung Konsequenzen zu befürchten hat, wenn er in völligem Gegensatz zur christlichen Lehre („Du sollst nicht töten“) und entgegen den Überzeugungen des Trägers eines solchen Hauses dennoch Beihilfe zur Selbsttötung leistet. Mit anderen Worten: Der Kirche wird jede Möglichkeit genommen, Menschen, die Angst davor haben, zum assistierten Suizid gedrängt zu werden, einen sicheren Hafen zu bieten.

Dass dies durchaus in Kauf genommen, bisweilen sogar erwünscht ist, zeigt ein Blick in andere Länder. Die Regierung des Bundesstaates Québec hat am 7.6. mit Bill 11 (Bill 11, An Act to amend the Act respecting end-of-life care and other legislative provisions)¹⁹ verfügt, dass alle Hospize im Bundesstaat verpflichtet, sogenannte „Medical Assistance in Dying (MAiD)“ anzubieten. In British Columbia hat die Bundesregierung die Zahlungen für die Delta Hospice Society eingestellt und sie gezwungen, aus den Räumlichkeiten auszuziehen, nachdem sie sich geweigert hatte, in ihrem Hospiz MAiD anzubieten.²⁰

¹⁶ <https://www.latimes.com/world-nation/story/2022-08-11/disturbing-experts-troubled-by-canadas-euthanasia-laws>

¹⁷ Prof. Dr. med. Barbara Schneider, PD Dr. med. habil. Ute Lewitzka, Dr. med. Christiane Schlang, Dr. med. Christine Reif-Leonhard, Prof. Dr. med. Andreas Reif: Suizidprävention - Eine Aufgabe für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft. Hessisches Ärzteblatt 4/2023 S. 204-210

¹⁸ Wagner B, Muller J, Maercker A. Death by request in Switzerland: Posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide. *European Psychiatry*. 2012;27(7):542-6.

¹⁹ <https://www.assnat.qc.ca/en/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-11-43-1.html>

²⁰ <https://www.catholicnewsagency.com/news/246123/british-columbia-hospice-to-be-evicted-over-euthanasia-opposition>

Die Formulierung im Gesetzentwurf lässt ähnliche Entwicklungen befürchten, ist somit nicht im Interesse der Patienten und steht im Gegensatz zu den Grundrechten der Gewissensfreiheit und der Religionsfreiheit. Aus Sicht der ALfA ist sie nicht hinnehmbar.

iii. Sinnhaftigkeit und Nutzen der vorgesehenen Beratung

In § 4 führen die Autoren des Entwurfs aus, wie die Beratung des Suizidwilligen zu gestalten ist. Die Formulierungen zeigen überdeutlich, dass auch diese Beratung dem Primat der Autonomie des Todeswilligen untergeordnet ist. So ist diese ergebnisoffen zu führen, der Beratene muss weder über eine vorliegende Krankheit informieren noch überhaupt seinen Namen nennen. Zwar darf der Berater nicht am Suizid des Beratenen beteiligt sein, es stellt sich jedoch die Frage, wie das zu gewährleisten ist, wenn einer von beiden anonym bleiben darf? Auch die sinnvolle Eröffnung von Therapieangeboten und Alternativen zum Suizid ist unmöglich, wenn über die Ursachen für die Suizidalität keine Auskunft gegeben werden muss.

In § 7 werden selbst diese unzureichenden Bestimmungen noch einmal aufgeweicht, wenn in Absatz 2 eine Härtefallregelung formuliert wird, die das Vorliegen eines Beratungsscheins unnötig macht, sofern ein zweiter Arzt zur Einschätzung gekommen ist, dass ein Härtefall vorliegt. Dies soll dann der Fall sein, wenn „sich die suizidwillige Person gegenwärtig in einem existentiellen Leidenszustand mit anhaltenden Symptomen, die die Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen, befindet oder in absehbarer Zeit befinden wird, insbesondere bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung und zugleich begrenzter Lebenserwartung.“ Das, was von den allermeisten Menschen als die Standardsituation für die Inanspruchnahme eines assistierten Suizids betrachtet wird, ist für die Autoren dieses Entwurfs ein außergewöhnlicher Härtefall. Es fehlen Definitionen dafür, was eine „absehbare“ Zeit ist, oder wie genau die „begrenzte Lebenserwartung“ zu fassen ist. Schließlich ist unser aller Lebenserwartung begrenzt. Es zeigt sich: die verwendeten Begriffe sind ausschließlich unbestimmte Rechtsbegriffe, die in hohem Maße der subjektiven Einschätzung und Betrachtung des Arztes unterliegen.²¹ Wo ein Gesetz keine klaren Kriterien definiert und Grenzen setzt, werden diese von der Praxis gesetzt: der jeweilige Arzt legt individuell fest, ob der richtige Zeitpunkt für den assistierten Suizid gekommen ist. Es ist daher zu befürchten, dass die Beratungsregelung dem Anspruch, wirksame Suizidprävention zu gewährleisten, in keiner Weise gerecht werden kann.

b) Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten KappertGonther, Dr. Konstantin von Notz, Petra Pau, Stephan Pilsinger, Benjamin Strasser et al., Bundestagsdrucksache 20/904

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht die Beibehaltung des § 217 mit Änderungen vor. Das unter § 217a einzuführende Werbeverbot für den assistierten Suizid wurde nun aus dem Antrag wieder entfernt. Stattdessen soll nun lediglich „grob anstößige“ Werbung im Heilmittelgesetz verboten werden. Werbung für die Inanspruchnahme einer Beihilfe zur Selbsttötung kommt jedoch nahezu einer Aufforderung gleich, diese Beihilfe auch in Anspruch zu nehmen – vor allem dann, wenn diese

²¹ Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu den Gesetzesentwürfen zum Themenkomplex der Suizidassistenz und der Suizidprävention bezogen auf Menschen in palliativen Erkrankungssituationen, Stand: 23.11.202, S. 3

dort angebracht wird, wo Angehörige ohnehin befürchten müssen, durch ihre Krankheit Kosten und Belastungen zu verursachen. Hinzugekommen ist eine Schutzraumklausel, die es kirchlichen Einrichtungen ermöglicht, weiterhin Suizidassistenten oder die Werbung dafür in ihren Einrichtungen nicht zu dulden. Das ist zu begrüßen. Dennoch: Auch dieser Gesetzentwurf ist problematisch.

i. Der Begriff der „Geschäftsmäßigkeit“

Schon bei der ursprünglichen Fassung des § 217 war der Terminus „Geschäftsmäßigkeit“ unklar und ist seither nicht weiter definiert worden. Sind diejenigen, die Suizidhilfe nicht geschäftsmäßig leisten, überhaupt von der gesetzlichen Regelung betroffen? Und welchen Anteil an der beruflichen Tätigkeit eines Arztes setzt die Beihilfe zur Selbsttötung voraus, um als „geschäftsmäßig“ zu gelten?

ii. Die Überlassung der todbringenden Substanz

Auch dieser Gesetzentwurf regelt die Entgegennahme der tödlichen Substanz nicht. Ob der Sterbewillige dieses mit nach Hause nimmt, im Pflegeheim oder an einem anderen Ort einnimmt, ist nicht geregelt. Das Setting für die Selbsttötung kann damit frei gewählt werden – selbst ein öffentlich zugänglicher Raum kommt hierfür in Frage. Ein weiteres Risiko stellt die Tatsache dar, dass nicht ausreichend sichergestellt werden kann, wer das Tötungsmittel letztlich tatsächlich zu sich nimmt oder verabreicht bekommt, oder wann sie eingenommen wurde. Sollte der Sterbewillige beispielsweise den Todeszeitpunkt hinauszögern wollen und zwischenzeitlich an einer anderen Ursache sterben, stellt sich die Frage, wo das Tötungsmittel bleibt und wer darauf Zugriff hat.

iii. Die psychiatrische Begutachtung

Auch die Begutachtung durch psychiatrisch erfahrene Ärzte, die dieser Gesetzentwurf fordert, spiegelt die Widersinnigkeit des Bundesverfassungsgerichtsurteils wider. Einerseits soll eine ausreichende Urteilsfähigkeit vorliegen, um das Grundrecht auf Selbsttötung wahrnehmen zu können, die von Psychiatern festgestellt werden soll – und andererseits ist, wie oben bereits ausgeführt, eben dieser Wunsch zur Selbsttötung Indikator dafür, dass ein ausreichendes Urteilsvermögen eben nicht vorliegt. Die geforderte psychiatrische Begutachtung erweckt den Eindruck, als würde für eine Fachexpertise eingeholt – die aber ihre Grenzen hat, vor allem dort, wo es um die Alternativangebote geht. Welcher Psychiater kann bei nicht-psychiatrischen Patienten umfassend über Symptomlinderung bei Schmerz und anderem Leid informieren? Warum sind Psychiater überhaupt bei nicht-psychiatrischen Patienten diejenigen, die über Leben oder Tod entscheiden sollen – und nicht die Fachkollegen, die auch eine Aussage über die zu erwartende Lebensdauer und Lebensqualität machen könnten? Und wo sollen die zahlreichen Psychiater herkommen, die für diese Begutachtung benötigt werden – angesichts des ohnehin großen Fachärztemangels gerade in diesem Bereich? Der Entwurf droht daher schon an der praktischen Umsetzbarkeit zu scheitern.

Die Erfahrungen aus der Palliativmedizin belegen, dass ein multi-professionelles Team notwendig ist, um Leiden am Lebensende zu erleichtern und Perspektiven zu eröffnen. Dazu gehören Experten der Suizidprävention, der Palliativmedizin, der sozialen Unterstützung – und unbedingt dazu gehört die spirituelle Komponente: Die seelsorgliche Begleitung der schwerkranken Patienten.

Bedauerlicherweise ist deren Einbindung in der aktuellen Gesetzesvorlage nicht zwingend gefordert. Keiner der vorliegenden Gesetzentwürfe wird der besonderen Beziehung zwischen Arzt und Patient gerecht. Durch die Verengung auf ein juristisches Verhältnis entsteht die Gefahr, „dass die Suizidhilfe zum formalen Verwaltungsakt einer anzubahnenden Dienstleistung degradiert wird und die

besonderen Umstände der Situation einer/eines sterbewilligen Schwerkranken unzureichend gewürdigt werden.“²²

²²Ibid., S. 2

V. Empfehlung der Aktion Lebensrecht für Alle

Ein Mensch, der den eigenen Tod herbeiführen möchte, ist am Ende eines häufig langen Wegs des Leidens und der Hoffnungslosigkeit angekommen. Die vorliegenden Gesetzentwürfe, ebenso wie die Debatte zur Regelung der Suizidassistenten, nehmen jedoch nahezu ausschließlich die Gestaltung des Endes dieses Weges in den Blick. Damit entsteht auch gesellschaftlich der Eindruck, als sei nur dieser letzte Schritt entscheidend.

Es geht beim assistierten Suizid um nicht weniger als eine Entscheidung über Leben oder Tod. Es geht um die Frage, ob ein Mensch das Leben, das Gott ihm geschenkt hat, aus eigenem Willen in die Hände seines Schöpfers zurücklegen können soll. Es geht darum, ob eine Gesellschaft sich solidarisch mit dem leidenden Menschen erklärt und ihn liebevoll begleitet, oder ob sie ihm eine Todespille reicht.

Die Not und das Leid der sterbewilligen Menschen sieht die ALfA durchaus und setzt sich daher dafür ein, dass das Leben eines jeden Menschen – gerade auch in der Nähe des Todes – bis zuletzt geschützt wird. Ein Sterben in Würde muss möglich sein. Hierfür sind zunächst flächendeckend alle medizinischen, pflegerischen und seelsorglichen Angebote auszuweiten. Auch der sterbenskranke, leidende Mensch muss Wertschätzung erfahren und darf nicht den Eindruck haben, nur noch eine unzumutbare Last zu sein. Nicht die Hilfestellung zum Suizid, sondern die Unterstützung bei der Entwicklung von Lebensperspektiven ist dringend geboten.

Keiner der vorliegenden Gesetzentwürfe trägt dem in ausreichendem Maße Rechnung. Es wäre fatal, wenn das Parlament im „Hauruckverfahren“ noch vor der Sommerpause eine Regelung verabschieden würde, die in letzter Konsequenz den Tod einer Vielzahl von Menschen bedeutet. Es ist sehr zu wünschen, dass die Parlamentarier auf die mahnenden Stimmen der Experten hört – der Bundesärztekammer, des Nationalen Suizidpräventionsprogramms, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), die allesamt ein Innehalten und eine ausführliche Befassung des Parlaments mit den neugefassten Gesetzentwürfen fordern.

Die ALfA empfiehlt daher, **keinem** der vorliegenden Gesetzentwürfe **zuzustimmen**.