

Stellungnahme der DGSP zur Suizidbeihilfe

Bezug nehmend auf die Gesetzesentwürfe dreier interfraktioneller Parlamentariergruppen

Grundsätzliche Anmerkungen der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) zur Suizidbeihilfe bzw. zur Hilfe zur Selbsttötung:

1. Ein Suizid beendet das eigene Leben. Die Assistenz hierbei wirft schwerwiegende ethische und rechtliche Fragen auf. Ein derartiger Eingriff in das Leben sollte in keinem Fall leichtfertig hingenommen werden. Suizidgedanken können jeden Menschen betreffen. Der Umgang mit ihnen gehört zum Alltag der psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxis. Fachleute begleiten solche Menschen mit vom psychosozialen Wissen geprägten Methoden und Haltungen. In der Praxis ringen Therapeuten mit den Betroffenen oftmals darum, ihnen eine Lebensperspektive zu eröffnen.
2. Der Staat lässt mit dem Recht auf Selbstbestimmung in medizinischen Behandlungskontexten eine rechtlich geschützte Verweigerung lebensrettender Maßnahmen zu. Der Mensch kann somit sowohl über sein Leben als auch über seinen Tod weitestgehend selbst bestimmen. Dieses Recht unterstützt die DGSP ausdrücklich. Sie weist allerdings darauf hin, dass die Freiverantwortlichkeit und die Authentizität des Willens nicht jederzeit eindeutig festzustellen sind, sondern dass es eines gemeinsamen Prozesses bedarf, um diese festzustellen.
3. Die unterstützende Entscheidungsfindung sollte die entscheidende Hilfe in einem Beratungsgespräch sein. Die Beratung hat von der Anerkennung der Selbstbestimmung auszugehen (vgl. Art. 12 UN-BRK).
4. Der DGSP ist es wichtig, auf das besondere Schutzbedürfnis insbesondere von Menschen in schweren psychischen Krisen hinzuweisen. Menschen in Krisensituationen müssen eng begleitet werden, wenn sie auf Angebote der Suizidbeihilfe treffen. Insbesondere ist Sorge zu tragen, dass die Beratung zur Suizidbeihilfe ausreichend unabhängig von anderen Beratungsgesprächen zu weiteren psychosozialen Zusammenhängen ist und dass die Person in diesem Prozess ausreichend Unterstützung erfährt, um sich gegen beschränkende Einflüsse ihrer Freiverantwortlichkeit zur Wehr zu setzen. Die DGSP sieht sich als einer sozialen Psychiatrie verpflichteter Verband besonders in der Verantwortung, Menschen in krisenhaften Situationen zu stärken.
5. Es darf durch Regelungen zur rechtlichen Ermöglichung einer Suizidassistenz kein sozialer Druck auf suizidwillige Menschen entstehen. Randziffer 235 des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 weist ausdrücklich darauf hin, dass der einzelne Mensch nicht der Gefahr gesellschaftlicher Erwartungshaltungen ausgesetzt sein darf.

6. Auch die Unterstützer eines suizidwilligen Menschen bedürfen der Unterstützung. Niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote müssen auch für die Unterstützer, insbesondere Angehörigen und Zugehörige offenstehen.
7. Gesellschaftliche Maßnahmen und Vorhaben der Suizidprävention sind auszubauen und zu stärken. Ambulante und stationäre Hospizarbeit ist stärker als bisher zu fördern. Die Palliativversorgung ist weiterzuentwickeln.

Dem Deutschen Bundestag liegen aktuell drei Gesetzesentwürfe interfraktioneller Parlamentariergruppen vor:

- „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe“ der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Prof. Dr. Karl Lauterbach, u.a. (BT-Drs. 20/2332)
- „Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben“ der Abgeordneten Renate Künast und Katja Keul, u.a. (BT-Drs. 20/2293)
- „Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung“ der Abgeordneten Lars Castellucci u.a. (BT-Drs. 20/904)

Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte des Castellucci-Entwurfs kommentiert, da dieser im Bundestag offensichtlich favorisiert wird und daraus ein Gesamtfazit gezogen. Zudem werden Anmerkungen zu den beiden anderen Entwürfen beigelegt.

„§ 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

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

Kommentar: Die DGSP begrüßt, dass der aus § 218 StGB bekannte und bewährte Grundsatz „prinzipiell rechtswidrig, aber straffrei in definierten Ausnahmen“ in einer gesellschaftlich hoch umstrittenen Frage hier herangezogen wird. Es handelt sich vom Charakter her damit im Grundsatz um ein Verbotsgesetz – auch wenn dies im weiteren Text teilweise wieder fraglich erscheint. Im Gegensatz dazu können die beiden anderen Gesetzesentwürfe als Erlaubnisgesetze bezeichnet werden.

- (2) „Die Förderungshandlung im Sinne des Absatzes 1 ist nicht rechtswidrig, wenn***

- 1. die suizidwillige Person volljährig und einsichtsfähig ist,“***

Kommentar: Die Regelung ist zu begrüßen, weil damit im Gegensatz zu den beiden anderen Gesetzesentwürfen eine eindeutige Altersgrenze nach unten gegeben wird. Kritisch ist allerdings zu sehen, ob nicht die niederländische Entwicklung eintreten könnte und die Altersgrenze auf dem Klageweg und mit dem Argument der Ungleichbehandlung beispielsweise noch nicht ganz 18-jähriger Personen immer weiter nach unten ausgedehnt wird.

- 2. „die Untersuchung durch einen nicht an der Selbsttötung beteiligten Facharzt oder durch eine nicht an der Selbsttötung beteiligte Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt, dass keine die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigende psychische Erkrankung 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,“**

Kommentar: Nicht nur eine psychische Erkrankung, sondern auch kognitive Beeinträchtigungen und Drogeneinflüsse, sowie Manipulationen jeglicher Art können die „autonome“ Entscheidungsfindung beeinflussen.

Die Untersuchung und die Begutachtung sollten nicht ausschließlich in der Verantwortung von Fachärzten für Psychiatrie oder Psychotherapie liegen. Stattdessen bedarf es einer lizenzierten spezifischen Weiterbildung von therapeutisch tätigen und erfahrenen Personen unterschiedlicher Berufsgruppen.

Das alles darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es nach wie vor keine einheitlichen, allgemein anerkannten Kriterien zur Feststellung von Einsichtsfähigkeit und „autonomen Willen“ gibt, so dass selbst die Bundesärztekammer 2019 „erhebliche Unsicherheit über die Kriterien für die Beurteilung“ einräumte.

- 3. „mindestens ein individuell angepasstes, umfassendes und ergebnisoffenes Beratungsgespräch nach Maßgabe des untersuchenden Facharztes oder der untersuchenden Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie gemäß Nummer 2 mit einem multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz bei einem weiteren Arzt oder einer weiteren Ärztin, einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin, einer psychosozialen Beratungsstelle, einer Suchtberatung oder einer Schuldenberatung stattgefunden hat, welches mindestens die folgenden Punkte umfasst:**

- a) Aufklärung über den mentalen und physischen Zustand,“**

Kommentar: Dieses Kriterium für das Beratungsgespräch ist nicht verständlich, auch in der Erläuterung in der BT-Drucksache wird dies nicht klarer. Da der Staat „keine gesonderte Beratungsinfrastruktur unter einer staatlichen Verantwortung“ aufbauen möchte, ist auf die Unabhängigkeit der Beratung zur Suizidbeihilfe von anderen Beratungsstellen zu achten, die sich der Suche nach Wegen einer Verbesserung der Lebenslage desjenigen widmen, der sich auch zur Suizidbeihilfe beraten lässt. Außerdem ist unklar, welche Voraussetzungen die Beratungsstelle zur Suizidhilfeberatung erfüllen muss, um diese durchführen zu können. Wer klärt wen auf welcher Grundlage auf? Wie erfährt der Berater das Ergebnis der ärztlichen Begutachtung? Soll das Gutachten Kriterien enthalten, gerade auch hinsichtlich der Anforderungen an die Beratungsstelle, die das Beratungsgespräch zur Suizidbeihilfe durchführt? Findet dieses Beratungsgespräch grundsätzlich erst nach dem zweiten Begutachtungstermin statt? Soll der Berater das Ergebnis der ärztlichen Gutachten mitteilen?

- b) „Möglichkeiten der medizinischen Behandlung und Alternativen zur Selbsttötung,“**

Kommentar: An dieser Stelle fehlt die Beratung zur Unterstützung der Lebensführung unter den bestehenden oder empfundenen Bedingungen, die den Suizidwunsch ausgelöst haben. Auch Hinweise auf sozialrechtliche Hilfen sind in die Beratung aufzunehmen.

c) „Hinweis auf weitere Beratungsmöglichkeiten und“

Kommentar: An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass diese weiteren Beratungsmöglichkeiten unabhängig von der Suizidbeihilfeberatung sind und stattfinden.

d) „mögliche psychologische und physische Auswirkungen eines fehlgeschlagenen Selbsttötungsversuches sowie soziale Folgen einer durchgeführten Selbsttötung,“

4. „zwischen der letzten Untersuchung gemäß Nummer 2, die auf das letzte Beratungsgespräch gemäß Nummer 3 folgt, und der Selbsttötung eine Wartefrist von mindestens zwei Wochen liegt und die Selbsttötung höchstens zwei Monate nach der letzten psychiatrische Untersuchung nach Nummer 2 erfolgt.

In begründeten Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn die Durchführung von zwei Untersuchungsterminen für die zur Selbsttötung entschlossene Person nicht zumutbar ist, etwa bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, und nach der fachlichen Überzeugung des untersuchenden Facharztes oder der untersuchenden Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie gemäß Satz 1 Nummer 2 von einer weiteren Untersuchung offensichtlich keine weitere Erkenntnis zur Freiwilligkeit, Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Sterbeverlangens zu erwarten ist, kann die Feststellung nach Satz 1 Nummer 2 bereits nach einem Untersuchungstermin erfolgen. Alle benannten Punkte sind zu dokumentieren.“

Kommentar: Es wird nicht deutlich, ob sich die Dokumentation nur auf das unter schwerwiegenden Krankheitsbedingungen beschleunigte Verfahren bezieht oder ob eine generelle Dokumentationspflicht besteht.

Zusammenfassung der DGSP

1. Auch wenn der Gesetzentwurf ganz deutlich den Versuch einer Einschränkung auf einen definierten Kreis von bestimmten Suizidhilfenehmern macht, bietet er keine Gewähr für eine stabile Begrenzung. Zum einen fällt auf, dass es keine Einschränkungen auf schwer Erkrankte gibt, sondern die Gruppen der „Lebensmüden“ und der Opfer von persönlichen Krisen offensichtlich eingeschlossen werden. Zum anderen sind die vier Bedingungen, die die Straffreiheit der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe vorsehen, insbesondere in den Punkten (2) 1 und 2, nicht präzise.
2. Problematisch ist das unscharfe Anforderungsprofil an die Suizidbeihilfeberatung. Wenn diese in die bereits vorhandenen Beratungsmöglichkeiten der derzeit bestehenden psychosozialen Versorgung und Beratung integriert wird bzw. sich aus diesem Angebot speist, ist die besondere Unabhängigkeit der Suizidbeihilfeberatung gegenüber anderen Beratungsformen zu betonen. Es ist jedenfalls nicht einleuchtend, dass eine Suizidbeihilfeberatung ähnlich der Schwangeren-Konfliktberatung bereits den im Gesetzentwurf formulierten Anforderungen genügen kann, „den Zugang zu den individuell benötigten Hilfeangeboten“ zu eröffnen, welche die suizidbeihilfewillige Person benötigt, um ihre Lebenslage zu verändern und damit auch der

Einflussnahme auf eine nicht frei-verantwortliche Entscheidung für oder gegen die Suizidbeihilfe ausreichend entgegen zu wirken.

3. Problematisch ist ebenfalls, dass das Zusammenspiel zwischen Begutachtung und Beratung unzureichend geklärt ist. Schließlich handelt es sich sowohl hinsichtlich der Begutachtung der Freiverantwortlichkeit als auch der Beratung hinsichtlich der Lebenslage um Prozesse, die zudem ineinander spielen. In diesem Sinne wäre zu erwarten, dass die Suizidbeihilfeberatung zwischen den beiden Begutachtungsterminen stattfinden müsste. Zugleich ist im Gesetzentwurf aber festgehalten, dass die Suizidbeihilfeberatung „nach Maßgabe“ der:des untersuchenden Fachärztin:Facharztes - mithin also zeitlich nach den beiden Untersuchungsterminen – erfolgt. Eine zweizeitige Suizidbeihilfeberatung sowohl vor als auch nach dem zweiten Untersuchungstermin würde dieser Gemengelage vermutlich eher gerecht. In jedem Fall ist positiv anzuerkennen, dass die Begutachtung und die Beratung durch getrennte Instanzen vorgenommen werden.
4. Zu kritisieren ist auch, dass das Kriterium der getrennten Instanzen zwar für Begutachtung und Beratung eingehalten, dann aber bei der Beschaffung und Bereitstellung des Tötungsmittels aufgegeben wird. Offensichtlich soll die Beschaffung und Bereitstellung von Ärzten vorgenommen werden, die auch die Begutachtung anbieten. Dies geht zumindest indirekt aus den Ausführungen zum Werbeverbot hervor, von dem Ärzte insofern ausgenommen werden, als sie bekannt machen dürfen, dass sie „Suizidbeihilfe leisten“. Über Personen aus dem privaten Umfeld des suizidalen Menschen, die zur mitmenschlichen Begleitung bei der Selbsttötungshandlung bereit sind, schweigt sich der Gesetzentwurf ganz aus.
5. Generell ist zu diesem, wie zu den beiden anderen Gesetzentwürfen zu sagen, dass die einschränkenden (oder ermöglichenden) Kriterien für den „freien Willen“, auf den das Ganze des Gesetzes aufbaut, wahrscheinlich nicht wirklich präzise bestimmt werden können. Dies heißt aber, dass auch das hier kommentierte „Verbotsgesetz“ ein Türöffner für Erweiterungen auf andere Altersgruppen und mehr Ausnahmefälle sein kann und letztendlich – ist die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe erst einmal legalisiert – die Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen minimieren wird. Zur Erklärung: Das Unterscheidungskriterium der Tatherrschaft ist juristisch eindeutig, lebenspraktisch aber nicht. Die vermutlich in Zukunft auftretende Frage wird sein: Was macht den rechtlichen Unterschied aus zwischen „Stell mir das Gift hin“ und „Gib mir das Gift“, vor allem in den Fällen, in denen der suizidale Mensch aus körperlichen Gründen nicht in der Lage ist, mit eigenen Kräften das Gift einzunehmen?

Die DGSP sieht folgende Punkte der beiden anderen Entwürfe besonders kritisch:

1. In den Gesetzesentwürfen werden die Ausdrücke „Suizidwillige“ bzw. „Sterbewillige“ verwendet. Aus Sicht der DGSP ist damit keine passende Zuschreibung gewählt. Sind hier suizidale Menschen, suizidgefährdete oder den Suizid planende Menschen gemeint? Da die Begriffe „suizidwillig“ und „sterbewillig“ sehr unspezifisch sind, sollte eine Konkretisierung vorgenommen werden, die zu einer stärkeren Sensibilisierung beiträgt.

2. Die Beratung ist falsch fokussiert. Bei dem Künast-Keul-Entwurf ist ein Arzt zu konsultieren und ein zweiter Arzt muss den Sterbewunsch schriftlich bestätigen. Ergänzend muss durch zweimalige Beratung einer „privaten unabhängigen Beratungsstelle“ bestätigt werden, dass keine Zweifel an dem Wunsch bestehen. Bei der Lauterbach-Gruppe wird die Beratung durch eine Beratungsstelle gefordert, diese wird umfangreich beschrieben. Aus Sicht der DGSP sollte es anstatt einer Suizidberatung immer eine Lebensberatung geben. Diese muss lebensbejahend und nach den Kriterien der Suizidprävention erfolgen wie sie auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin in ihrem Eckpunktepapier vom 24.02.2021 fordert.
3. Suizidbeihilfe darf nicht zu einer Normalität werden. In den Papieren sind keine Aspekte der Verhinderung von Suiziden enthalten. Es muss eine umfassende Dokumentation von Beratungen und Suizidfällen geben und nicht nur die in den Entwürfen geforderten Berichte im ein- oder vierjährigen Abstand, wobei im Künast-Keul-Entwurf die erstmalige Berichterstattung nach drei Jahre erstellt werden soll.

Gerade im Künast-Keul-Entwurf wird der Begriff der Willensbildung nur sehr unklar verwendet. Es bleibt unklar, ob die Person eine feste dauerhafte Entscheidung zu treffen hat. Die Verweise auf verschiedene BGB-Paragrafen (§§ 104, 105, 1896, 1906) sind keine ausreichende Grundlage für diese Entscheidung. Eine Patientenverfügung kann ebenfalls keine Grundlage für eine derartig einschneidende Entscheidung sein. Menschen, bei denen eine rechtliche Betreuung angeordnet worden ist, sind diesem Entwurf folgend bzgl. des Wunsches, das Leben zu beenden, nicht zu einer freien Willensbildung in der Lage, was in der Sache nicht stimmt.

Den Entwürfen fehlt neben Aussagen zur Beratung am Lebensende auch der Aspekt der Beratung zum Sozialrecht. Es gibt viele Menschen, die bspw. aus finanziellen Nöten oder aus anderen nicht-pathologischen Motiven zeitweise den Lebenswillen verloren haben.

Die DGSP hat sich bereits am 03. August 2020 in ihrer Stellungnahme zu der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Aufhebung des § 217 StGB „Hilfe zur Selbsttötung“ und der Begründung, dass Selbsttötung als Ausdruck autonomer Selbstbestimmung zu werten sei, positioniert.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Der Vorstand

29. Juni 2022

