

Empfehlung des Humanistischen Verbandes Deutschlands an die Mitglieder des Bundestages:

Sieben humanistische Orientierungspunkte für ein Gesetz zur Regelung der Suizidhilfe, Suizidkonfliktberatung und Suizidprävention

Übersicht

- 1. Beachten Sie** das Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG).
- 2. Verhindern Sie** Versuche zur Wiedereinführung eines § 217 im Strafrecht.
- 3. Gewährleisten Sie** Sorgfaltspflichten durch mehr Hilfen statt durch Restriktionen.
- 4. Unterscheiden Sie** zwischen Suizidalität und einer psychischen Erkrankung.
- 5. Fördern Sie** innovative Suizidprävention zusammen mit Suizidhilfeberatung.
- 6. Regeln Sie** die Verschreibung suizidtauglicher (Betäubungs-)Medikamente.
- 7. Überdenken Sie** eine intuitiv ungleiche Bewertung von betroffenen Gruppen.

Ausführungen

1. Beachten Sie das Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG)

Das BVerfG erklärte am 26.02.2020 den vormaligen Verbotsparagrafen 217 StGB für verfassungswidrig und nichtig. Indem der Gesetzgeber 2015 mit diesem § 217 die geschäftsmäßig organisierte und ärztlich professionalisierte Suizidhilfe unter Strafe stellte, hätte er gegen das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) verstoßen. Dazu lautet der 1. Leitsatz des BVerfG-Urteils: Die Freiheit des Einzelnen, „entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz“ seinem Leben in eigener Verantwortung ein Ende zu setzen, umfasse auch, „hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.“

Weiter heißt es im 3. Leitsatz: Bei einer Zumutbarkeitsprüfung bewege die „Regelung der assistierten Selbsttötung sich in einem Spannungsfeld unterschiedlicher verfassungsrechtlicher Schutzaspekte“, wobei vor allem eine wohlüberlegte Autonomie Suizidwilliger gesichert sein müsse.



2. Verhindern Sie Versuche zur Wiedereinführung eines § 217 im Strafrecht

Manche Abgeordneten wollen nun wieder einen § 217 in neuem Gewand verabschieden. Auch wenn dabei mit einer Reihe von Bestimmungen Ausnahmen von der Strafbarkeit eingeräumt werden, bleibt doch jede strafgesetzliche Regelung inakzeptabel. Es gibt keinen Anlass für die Angst vor „gefährlichen“ oder Druck auslösenden Formen der Suizidhilfe, vor welchen die „eigentliche“ Autonomie vulnerabler Menschen mit strafrechtlichen Mitteln zu schützen sei.

Eine prinzipielle Strafbarkeit der Hilfe zu freiverantwortlichen Suiziden käme einem sozialetischen Unwerturteil gleich, welches auf religiösen und moralischen Stigmatisierungen des früher so bezeichneten „Selbstmords“ beruht. Für die befürchteten Missbräuche bei mangelnder Willensfreiheit der Suizidenten enthält das Strafgesetzbuch schon lange Vorschriften, u.a. die der mittelbaren Tötung. Auch bleibt im § 216 StGB das Delikt der (Fremd-)Tötung auf Verlangen selbstverständlich erhalten.

3. Gewährleisten Sie Sorgfaltspflichten durch mehr Hilfen statt durch Restriktionen

Allerdings sind gesetzliche Neuregelungen außerhalb des Strafrechts notwendig. Zu den wichtigsten gehören ärztliche Aufklärungs- und Dokumentationspflichten und ein flächendeckender Zugang zu interdisziplinärer Konfliktberatung mit Hinweisen auf suizidverhindernde Alternativen. Für alle, die gegen die gesetzlich zu normierenden Verfahren verstoßen, sind – außerhalb des Strafgesetzbuches – Sanktionierungen etwa als Ordnungswidrigkeit sinnvoll, notwendig und hinreichend. Das gilt gleichermaßen für Sterbehilfeorganisationen.

Es verbieten sich zur „Absicherung von Schutzkonzepten“ unnötige Restriktionen, um die Suizidhilfe für Betroffene quasi durch „Zwangsmaßnahmen“ sehr stark einzuschränken beziehungsweise de facto wieder so gut wie unmöglich zu machen. Dies gilt insbesondere für als verpflichtend vorausgesetzte Konsultationen bei Psychiater*innen, mit denen dokumentiert werden soll, dass in jedem Fall Freiverantwortlichkeit vorliegt. Letztere ist vielmehr bei volljährigen Bürgerinnen und Bürgern vorauszusetzen, sofern nicht ernstzunehmende entgegengesetzte Hinweise vorliegen.

Um einen Todeswunsch als dauerhaft beziehungsweise ernsthaft zu bewerten, sind im Übrigen staatlich festgelegte Wartefristen ungeeignet. Diese sollten vielmehr je nach Einzelfall begründet werden und individuell bestimmbar sein.

4. Unterscheiden Sie zwischen Suizidalität und einer psychischen Erkrankung

Suizidgefährdung, Sterbewünsche, Lebensüberdruß, Selbsttötungsgedanken und -absichten sind eingebettet in das komplexe Phänomen der Suizidalität. Impulse, den eigenen Tod zu wünschen oder herbeiführen zu wollen, können gelegentlich oder anhaltend, schwach oder stark, latent oder akut auftreten. Eine vor allem in der Psychiatrie verbreitete Auffassung besagt, bei ca. 90 Prozent der Suizidenten handele es sich um Menschen mit fehlender oder eingeschränkter Einsichtsfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung. Danach gäbe es vernachlässigbare, da nur sehr seltene Fälle, in denen ein versuchter oder vollendeter Suizid auf Freiwillensfähigkeit, Dauerhaftigkeit und Bilanzierung beruhen würde.

Diese Darstellung ist so nicht unkritisch zu übernehmen. So können vor allem für hochbetagte Menschen mit ihren zahlreichen Einschränkungen und Beschwerden deren Diagnosen aufgrund einer eingesetzten Geriatrischen Depressionsskala erfolgt sein, mit Fragen wie: „Sind Sie die meiste Zeit guter Laune? Fühlen Sie sich oft hilflos? Finden Sie es schön, jetzt zu leben?“ Damit ist aber kaum denjenigen geholfen, die oft genug in Verzweiflung, Hast und Übereilung einen gefährlichen, einsamen oder brutalen Suizidversuch unternehmen.



Hingegen würde ein Wissen darum, professionalisierte Suizidhilfe ggf. in geordnetem Rahmen bekommen zu können, Menschen zumindest eine verlorengegangene Kontrollgewissheit zurückgeben. Dies kann in der Regel auch suizidpräventiv wirken. Eine solche Herangehensweise wird jedoch von Kritiker*innen zurückgewiesen, denen es vorrangig darum geht, der immer wieder beschworenen „Gefahr einer Normalisierung“ im Umgang mit Suiziden Einhalt zu gebieten. Freiverantwortliche Suizide werde auch angesichts des normalerweise stark ausgeprägten Lebenswillens von Menschen immer eine große Ausnahme bleiben.

5. Fördern Sie innovative Suizidprävention zusammen mit Suizidhilfeberatung

Es muss sich die Erkenntnis durchsetzen, dass das Ernstnehmen von Suizidalität mit akzeptierten Selbstbestimmungsrechten nicht vorwiegend der Suizidhilfe zuträglich ist, sondern ebenso der dringend notwendigen Förderung einer bundesweit verfügbaren Suizidprävention. Der stetige Hinweis bloß auf die Nummer der ehrenamtlich tätigen Telefonseelsorge ist völlig unzureichend.

Gespräche, die den Betroffenen durch bloßes Zuhören zugutekommen, haben sich auf Freiwilligkeit und Anonymität zu gründen. Allerdings sind zur Erlangung von Suizidhilfeleistungen verpflichtende Sorgfaltskriterien notwendig und zumutbar, die auch der Suizidverhütung dienen. Dies gilt z. B. für eine ärztliche Aufklärung zu möglichen Alternativen, welche etwa die Palliativmedizin bieten könnte. Daneben bedarf es flächendeckend eines interdisziplinären Angebots von staatlich finanzierten, leicht zugänglichen Suizidkonfliktberatungsstellen. Letztere müssen über zielgruppenspezifische Hilfsmöglichkeiten und Informationen zu Themenkreisen wie Einsamkeit, Verschuldung, Sucht, Wohnungs- oder Arbeitsverlust, psychosoziale Krisen, Pflegebedürftigkeit verfügen.

Einer professionellen Zielsetzung gemäß haben die Berater*innen dort den Frei- und Schutzraum für eine – sofern den Betroffenen jeweils möglich – autonome Willens- und Entscheidungsbildung ihrer Klient*innen zu schaffen. Dies setzt die Ergebnisoffenheit auch einer verpflichtenden Beratung voraus, das heißt, ein Suizidhilfebegehren darf dadurch weder befördert noch behindert werden.

6. Regeln Sie die Verschreibung suizidtauglicher (Betäubungs-)Medikamente

Die ärztliche Hilfe zu einer humanen und schnellen Selbsttötung eines freiwillensfähigen Menschen bedarf verlässlich wirksamer Medikamente, die auch im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) aufgeführt sind. Dazu sollte auch hierzulande das oral einnehmbare Natrium-Pentobarbital gehören, welches in der Schweiz zur Freitodbegleitung gebräuchlich und international als geeignet bewertet wird. Dem steht allerdings das deutsche BtMG entgegen. Dessen Anwendungsbestimmungen lauten verständlicherweise, dass Arzneimittel ausschließlich zur „notwendigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung“ mit therapeutischer Zielrichtung verschreibungsfähig und zugänglich sind.

Alle fraktionsübergreifenden einschlägigen Regelungsvorschläge zur Suizidhilfe, die seit 2021 kursieren, enthalten in einem kurzen Artikel eine einzufügende Ausnahmeregelung im BtMG, sofern ihre jeweils ausführlich vorgeschlagenen Sorgfalts- und Schutzvoraussetzungen erfüllt sind. Denn dieser Weg muss laut unserer Rechtsordnung für eine unanfechtbare Verschreibung durch Ärzt*innen real eröffnet werden. Die Zugangsbedingungen zu suizidgeeigneten Betäubungsmitteln – wie außerparlamentarisch als Alternative vorgeschlagen wurde – sind nicht in das BtMG selbst zu integrieren, da dessen Systematik angesichts des notwendigen speziellen Regelungsumfangs damit gesprengt würde. Das BtMG muss lediglich in einem Unterpunkt in § 13 Abs. 1 durch eine weitere Ausnahme von den Anwendungsbestimmungen ergänzt werden – darin dann mit Hinweis auf entsprechende Paragraphen in dem neuen Gesetz zur Regelung der Suizidhilfe.



7. Überdenken Sie eine intuitiv ungleiche Bewertung von betroffenen Gruppen

Eine Unterscheidung zwischen Todeswunsch in leidvollem Endstadium einer schweren Krankheit einerseits und sonstigem freiverantwortlichen Suizidbegehren andererseits erscheint intuitiv geboten und ethisch begründbar. Allerdings ist eine klare Abgrenzung, z.B. bei chronisch kranken Patient*innen, schon pragmatisch gesehen nicht möglich. Zudem muss, abgesehen von einzelnen schweren Notfällen auf Grundlage des BVerfG-Urteils vom 26.02.2020, eine Einteilung in verschiedene Gruppen als nicht grundgesetzkonform zurückgewiesen werden.

Dies wird jedoch außer Acht gelassen, wenn nicht dem Tode nahe Menschen als eine besonders vulnerable Gruppe hervorgehoben werden. Oft wird suggeriert, dass es geschäftsmäßig tätige Suizidhilfevereine besonders auf diese abgesehen hätten. Deren autonome Entscheidungsfähigkeit bezüglich ihres Lebensendes sei dabei besonders gefährdet – wie gleichzeitig unterstellt wird. Sie wird also bei alten, behinderten, depressiven oder pflegebedürftigen Menschen ohne eine tödliche Prognose entgegen deren verfassungsmäßigen Selbstbestimmungsrechten prinzipiell in Frage gestellt.

Das läuft indirekt aber auf eine Bewertung durch den Staat hinaus, welches Leben „weniger wert“ oder umgekehrt „strenger zu schützen“ sei. Einer solchen schwerwiegenden Diskriminierung entgegenzuwirken, war ein entscheidender Impuls des BVerfG-Urteils. Dies hat auch Grundlage der ethischen Bewertung der Bundestagsabgeordneten zu sein. Ihre Entscheidung für oder gegen eine bestimmte gesetzliche Regelung für alle Bürger*innen sollte unabhängig von religiös beziehungsweise weltanschaulich bedingten Vorbehalten sein und auch nicht von persönlichen Erlebnissen oder moralischen Intuitionen dominiert werden.

Berlin, 16. Februar 2022

Humanistischer Verband Deutschlands - Bundesverband

Ansprechpartner*innen:

Dr. Bruno Osuch, Referent für politischen Kommunikation
(Kontakt: bruno.osuch@humanismus.de)

Dipl.-Psych. Gita Neumann, Referentin für Medizinethik und Autonomie am Lebensende
(Kontakt: gita.neumann@humanismus.de)

Lydia Skrabania und Birger Hoyer, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
(Kontakt: lydia.skrabania@humanismus.de; birger.hoyer@humanismus.de;
Tel.: +49 30 613904-61)

Impressum:

Humanistischer Verband Deutschlands - Bundesverband e.V.

Bundesgeschäftsstelle: Wallstr. 65, 10179 Berlin

E-Mail: hvd@humanismus.de, Tel.: +49 30 613904-34, Web: www.hvd-bundesverband.de

VR 13723 NZ, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

Vertretungsberechtigter Vorstand: Christiane Friedrich, Erwin Kress, Katrin Raczynski, Anna Ranneberg