



**Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz
für ein Gesetz zur
Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217).**

Gemeinsame Stellungnahme

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

Nationales Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro)

AG „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm

Zusammenfassung

Angesichts der aktiven Tätigkeit von Sterbehilfevereinen in Deutschland – besonders auch in Bezug auf nicht terminal erkrankte Menschen – bedarf es aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) und der AG „Alte Menschen“ im NaSPro einer gesetzlichen Regulierung.

Wir begrüßen daher eine gesetzliche Regelung zur Strafbarkeit *zweier Formen* der Beihilfe zum Suizid: Der *auf Gewinn orientierten* und der *organisierten*, d.h. geschäftsmäßigen Form der Suizidbeihilfe.

Wir geben zu bedenken, dass die im vorliegenden Referentenentwurf alleinige Fokussierung auf die kommerzielle (d.h. gewerbsmäßige) Sterbehilfe einer Legalisierung der systematischen, z.B. in Vereinen organisierten Beihilfe zum Suizid gleichkommen würde, in der Personen, ohne ausreichende Hilfe in ihren persönlichen und gesundheitlichen Problemen aktiv unterstützt werden, sich das Leben zu nehmen. Wir befürchten mit dem Inkrafttreten eine Ausweitung solcher organisierter Angebote und eine Verschlechterung der Möglichkeiten aktiver Suizidprävention und der Behandlung Suizidgefährdeter.

Wir sprechen uns für eine gesetzliche Regelung aus, die sowohl die gewerbsmäßige, als auch die organisierte systematische geschäftsmäßige Suizidbeihilfe unter Strafe stellt.

Dabei sind aus unserer Sicht drei wesentliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

1. Die Möglichkeiten zur gewerbsmäßigen und auch der nicht gewinnorientierten organisierten und systematischen Beihilfe zum Suizid sollte eingeschränkt werden.
2. Die palliativmedizinische Behandlung Schwerstkranker und Sterbender darf nicht eingeschränkt werden. Ärzte benötigen Rechtssicherheit, Leiden mindernde Maßnahmen auch dann durchführen zu dürfen, wenn diese das Leben ihrer Patienten verkürzen.
3. Eine gesetzliche Regelung darf nicht zu einer Tabuisierung der Suizidproblematik führen.

Begründung

Die Relevanz der drei Gesichtspunkte möchten wir wie folgt begründen:

ad 1. In Deutschland sind derzeit mehrere Organisationen bei an der Beihilfe zum Suizid beteiligt. Bei vielen der mit Hilfe dieser Organisationen zu Tode gekommenen Personen hätte es durchaus die Möglichkeit einer medizinischen Behandlung (z.B. im Rahmen der Palliativmedizin oder psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung) gegeben. Derartige Organisationen suggerieren eine „schnelle Hilfe“ durch Beihilfe zum Suizid, indem sie auch Suizidmittel direkt bereitstellen. Dies geschieht nicht nur auf kommerziellem Wege, sondern auch durch Aufnahme in Vereine, die nach Zahlung eines Mitgliedsbeitrags ihren Mitgliedern die Suizidmittel zur Verfügung stellen. Insofern greift die Begründung des Ministerialentwurfs auf S. 5, 5. Abs. zwar zu Recht das Bestreben dieser „Sterbehelfer“ auf, „eine „Dienstleistung“ möglichst häufig und effektiv zu erbringen“, allerdings gilt dies eben nicht nur für diejenigen, die dies um des Gewinns willen anbieten, sondern auch für Gruppen, Vereine und Organisationen, die, z.T. gemeinnützig, jedoch ohne jede medizinische, psychologische oder soziale Hilfsangebote Personen beim Suizid helfen. Nicht der kommerzielle Aspekt, sondern die Suizidbeihilfe vor dem „Bestreben, einem suizidgeneigten Menschen in seiner Verzweiflung beizustehen und nach Alternativen zur Selbsttötung zu suchen“ sollte somit unter Strafe gestellt werden.

Der Begründung im Referentenentwurf (S. 8, 3. Abs.), dass dem Einzelnen eine Beihilfe zum Suizid erlaubt ist und aus diesem Grund die organisierte Beihilfe zum Suizid nicht unter Strafe gestellt werden kann, kann nicht gefolgt werden. Es liegt ein spezieller Sachverhalt mit einem eigenen Unrechtsgehalt vor.

Falsch ist bereits, dass Ärztinnen und Ärzten die Beihilfe zum Suizid erlaubt ist. § 16 S. 2,3 der (Muster-)Berufsordnung sieht für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 - in der Fassung der Beschlüsse der 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel vor: „Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Scharf zu trennen ist hiervon die Situation, in der der palliativ tätige Arzt ist, der durch die Gabe von Medikamenten das Leiden des schwerst Kranken oder Sterbenden mindert, jedoch zugleich sein Leben durch diese Maßnahmen verkürzt. Dies trägt § 16 S. 2,3 der (Muster-)Berufsordnung Rechnung, wonach „Ärztinnen und Ärzte Sterbenden [...] unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen“ haben.

Allerdings sollte die Beihilfe zum Suizid auch nicht vollständig unter Strafe gestellt werden. In einer seltenen, jedoch möglichen *persönlichen Beziehung* kann eine Situation entstehen, in der der Einzelne, aus einer persönlichen Bindung an den Suizidalen heraus, nach Abwägung und Durchführung aller denkbaren Hilfen zu einer Unterstützung mit lebensverkürzenden Maßnahmen kommt. Diese seltene jedoch im Rahmen einer persönlichen oder professionell-helfenden Beziehung mögliche Situation sollte nicht strafbewehrt sein, zumal bereits die drohende berufsrechtliche Ahndung eine gravierende Warnfunktion für Ärztinnen und Ärzte darstellt und Ihnen eine genaue Einzelfallabwägung abverlangt.

Vollkommen anders liegt die Sachlage, wenn die Beihilfe zum Suizid organisiert angeboten wird, ob nun in kommerzieller oder anderweitig motivierter Weise betrieben. In einem solchen Fall liegt das Moment der spezifischen persönlichen Verbindung nicht mehr vor.

ad 2. Menschen, die sich einer unheilbaren Krankheit und dem nahen Lebensende gegenüber sehen, befürchten oftmals, ohne jede Hilfe erst nach einem langen Leidensprozess und bei unwürdiger Behandlung sterben zu müssen. Hierbei kann der Wunsch nach einem baldigen, selbst bestimmten und selbst herbeigeführten Ende sehr drängend werden. Diese unheilbar Kranken und Sterbenden sollten einen Anspruch auf eine bedarfsgerechte Behandlung haben, die den Sterbeprozess insbesondere durch eine ausreichende Schmerzbekämpfung und Linderung von Atemnot erleichtert. Einige medikamentöse Hilfen können dabei als Nebenwirkung die Lebenszeit verkürzen.

Ein Einsatz dieser Maßnahmen, z. B. bei einem Patienten, der einen eindeutigen Sterbewunsch äußert, sollte jedoch nicht i.S. einer „Beihilfe zum Suizid“ gewertet werden. Ärzte brauchen daher im Sinne menschenwürdiger Sterbebegleitung Rechtssicherheit, Leiden mindernde Maßnahmen auch dann durchführen zu dürfen, wenn diese das Leben ihrer Patienten möglicherweise verkürzen. Diese wäre in einem entsprechenden Gesetz gegen gewerbsmäßige und geschäftsmäßige Suizidbeihilfe auch gegeben, wenn unter Verwendung des Begriffs der „Vereinigung“ für die geschäftsmäßig tätigen Einrichtungen Krankenhäuser, Hospize oder palliativmedizinische Einrichtungen ausgrenzt blieben.

ad 3. Eine gesetzliche Regelung sollte weiterhin ermöglichen, dass über die Möglichkeit des Suizids oder über Suizidwünsche, gerade in Therapien, frei gesprochen werden kann, ohne in Gefahr zu geraten, an der „Mitwirkung an einer Selbsttötung“ beteiligt zu sein. Die ärztliche und psychotherapeutische Behandlung suizidgefährdeter Patienten kann es u.a. erfordern, dass der Behandler in der Absicht, eine Behandlung überhaupt erst zustande kommen zu lassen, die suizidale Befindlichkeit des Patienten akzeptiert, sie nicht ausredet oder unmittelbar Zwangsmaßnahmen ergreift.

Auch die von Betroffenen organisierten Diskussionen zum Suizid, z.B. in Internetforen, sollten durch eine gesetzliche Regelung nicht kriminalisiert werden, sofern sie nicht dazu dienen, gewerblich oder nicht gewerblich Suizidmittel zur Verfügung zu stellen bzw. mittelbar oder unmittelbar Werbung für eine Sterbehilfeorganisation zu machen.

Die von uns formulierten Bedenken und Forderungen befinden sich im Einklang mit den §§1. und 16. der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-A1997 - in der Fassung der Beschlüsse der 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel.

Die **Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)** ist seit über 40 Jahren die deutsche Fachgesellschaft der in der Suizidprävention vertretenen Wissenschaftler, Gruppen, Institutionen und Vereinigungen. Sie fördert sowohl Initiativen der Suizidprävention als auch den wissenschaftlichen Diskurs, u.a. durch die Herausgabe der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ und die Veranstaltung wissenschaftlicher Kongresse.

Das **Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)** ist ein Zusammenschluss von über 80 Gruppen, Organisationen, Institutionen sowie Experten mit dem Ziel der Förderung der Suizidprävention in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen in Deutschland.

Die **AG „Ältere Menschen“ im NaSPro** vereint die führenden deutschen Vertreter der Suizidprävention im Alter in der Aufgabe, die Suizidprävention älterer Menschen auf allen möglichen Ebenen zu fördern.

6. Juni 2012

Für die Verbände und die AG:

Prof. Dr. Armin Schmidtke

Vorsitzender, Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)
ArminSchmidtke@t-online.de

Univ.-Prof. Dr. med. Elmar Etzersdorfer

Vorsitzender, Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)
Etzersdorfer@fbkh.org

PD. Dr. Reinhard Lindner

Sprecher, Arbeitsgemeinschaft Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm
lindner@uke.de

Kontakt

PD Dr. Reinhard Lindner

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Tel.: 040 - 7410 54998

Fax: 040 - 7410 54949