



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Patientenschutz-Info-Dienst

16. September 2015

Stellungnahme +++ Stellungnahme +++ Stellungnahme +++ Stellungnahme +++

**Stellungnahme
zur Anhörung „Sterbebegleitung“ des
Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz des
Deutschen Bundestages am 23. September 2015
zu den Bundestags-Drucksachen
18/5373, 18/5374, 18/5375, 18/5376**



I. Vorbemerkungen

Der Suizid und die Suizidbeihilfe sind in Deutschland seit rund 140 Jahren straffrei. Diese Rechtspraxis hat sich bewährt, denn Staat und Gesellschaft können niemanden zum Leben zwingen. Sie müssen respektieren, wenn ein Mensch sein Leben durch Suizid beendet. Dabei wird es immer Fälle geben, in denen eine andere Person Suizidbeihilfe leistet, in der Regel ein Angehöriger oder bisweilen ein Arzt, der in einem engen Vertrauensverhältnis zu seinem Patienten steht. Auch solche Gewissensentscheidungen im Einzelfall müssen Staat und Gesellschaft respektieren.

Keine organisierten Selbsttötungsangebote

Aber eine solidarische Gesellschaft muss eingreifen, wenn der Suizid eines Menschen durch Dritte organisiert gefördert wird. Das geschieht bei der gewerbsmäßigen oder geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe, die in Deutschland bereits seit vielen Jahren stattfindet. Ein Verein gibt an, im Jahr 2014 in 44 Fällen Suizidbeihilfe geleistet und somit diese Zahl im Vergleich zu 2010 verdoppelt zu haben.¹ Auch Einzelpersonen leisten geschäftsmäßig Suizidbeihilfe in Deutschland, doch über die genaue Anzahl ihrer Fälle machen sie keine Angaben. Ein Arzt behauptet aber, in den letzten Jahren in über 200 Fällen beim Suizid geholfen zu haben.² Wenn sich solche organisierten Selbsttötungsangebote ausweiten, können letztlich Menschen zum Suizid gedrängt werden: Sei es, weil sie sich unter Druck gesetzt fühlen, oder sei es, um ihren Angehörigen oder der Gesellschaft nicht „zur Last“ zu fallen.

Suizidprävention stärken

Bereits heute werden knapp 45 Prozent der Suizide in Deutschland von über 60-Jährigen begangen, Tendenz steigend.³ Dabei macht diese Altersgruppe nur 27 Prozent der Gesamtbevölkerung aus. Allgemein ist davon auszugehen, dass die Zahl der versuchten Suizide zehn Mal höher liegt.⁴ Ursache hierfür ist oftmals eine unerkannte depressive Erkrankung. Diese Entwicklung mahnt zum Handeln durch eine Stärkung der Suizidprävention insbesondere für die Generation 60plus. Und sie erfordert einen sorgfältigen Blick auf die Gesetzesentwürfe zur Suizidbeihilfe, die derzeit im Deutschen Bundestag diskutiert werden.

¹ Die Welt, Matthias Kamann, Sterbehilfe-Debatte strotzt vor Falschbehauptungen, 27.10.2014; Die Welt, Matthias Kamann, Die fragwürdige Sterbehilfe-Bilanz des Roger Kusch, 22.01.2015.

² Die Welt, Wenn die Sterbehilfe aus der Kaffeemühle kommt, 07.10.2014.

³ Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 4, Todesursachen in Deutschland 2013, erschienen am 27.11.2014, S. 8.

⁴ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e. V. (DGS), Stellungnahme: In Würde leben, in Würde sterben. Suizidprävention und Palliativmedizin fördern, Juni 2014.



II. Zu den Gesetzentwürfen

1. BT-Drs. 18/5376 – Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung (Gruppe Sensburg/Dörflinger/Beyer)

Inhalt

Ziel des Gesetzentwurfes ist, jede Anstiftung und Beihilfe zum Suizid unter Strafe zu stellen. Hierfür soll ein neuer § 217 in das Strafgesetzbuch (StGB) eingeführt werden. Ausnahmen, beispielsweise für Angehörige, sind nicht vorgesehen.

Bewertung

Aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz geht dieser Vorschlag weit über den bestehenden Handlungsbedarf hinaus. Er würde zu einer erheblichen Verschärfung des Strafrechts führen. Menschen mit Suizidgedanken drohen noch weiter isoliert zu werden, da sie sich nicht mehr offen mit nahestehenden, vertrauten Menschen austauschen und von ihnen Hilfe erwarten können. Die Möglichkeit des offenen Austausches ist jedoch enorm wichtig, um suizidpräventiv wirken zu können. Wenn nahestehende Personen beim Suizid helfen, tun sie dies in der Regel aus einer Gewissensentscheidung heraus. Dies darf nicht kriminalisiert werden.

2. BT-Drs. 18/5375 – Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung (Gruppe Künast/Sitte/Gehring)

Inhalt

Dieser Gesetzentwurf beabsichtigt, der organisierten Suizidbeihilfe durch Vereine oder Einzelpersonen einen gesetzlichen Rahmen zu geben. Ärzten und nichtärztlichen Sterbehelfern soll die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe ausdrücklich erlaubt werden, wenn zuvor ein ärztliches Beratungsgespräch mit dem Sterbewilligen stattgefunden hat und eine vierzehntägige Bedenkzeit eingehalten wurde. Gewerbsmäßige, also auf fortlaufende finanzielle Einnahmen abzielende Suizidbeihilfe und Suizidförderung, wird unter Strafe gestellt.

Bewertung

Die vorgeschlagene Regelung schafft einen Rahmen, um die organisierte Suizidbeihilfe in Deutschland dauerhaft als Geschäftsmodell zu etablieren. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass ein Verbot gewerbsmäßigen Handelns leicht umgangen werden kann. So bietet ein Verein in Deutschland derzeit Suizidbeihilfe gegen abgestufte Mitgliedsbeiträge an. Wer keine Wartefrist in Kauf nehmen möchte, muss einmalig 7.000 Euro zahlen. Bei einem Beitrag von einmalig 2.000 Euro besteht ein Jahr Wartefrist, bei regelmäßig 200 Euro Mitgliedsbeitrag drei Jahre.⁵ Bis zu einem Beschluss des Verwaltungsgerichts Hamburg im Jahr 2009 betrieb der Vereinsgründer Suizidbeihilfe als kommerzielles Geschäft mit Honorarforderungen von

⁵ Vgl. Sterbehilfe Deutschland, Satzung, 2014, abrufbar unter: <http://www.sterbehilfedeuutschland.de/sbgl/files/PDF/2014-x-Satzung.pdf>.



jeweils 8.000 Euro.⁶ Mittels der gestuften Mitgliedsbeiträge wurde somit ein gewerbsmäßiges Modell problemlos in ein geschäftsmäßiges überführt. Eine ähnliche Handhabe findet sich auch in der Schweiz: Hier werden hohe Geldbeträge als gewinnneutrale Aufwandsentschädigungen beispielsweise für Beratung, Reisekosten, Hilfsmittel und Beisetzungskosten abgerechnet. So wird eine Bestrafung wegen „selbstsüchtiger Beweggründe“ (Art. 115 Schweizer StGB) umgangen. Dies zeigt, dass ein Verbot der gewerbsmäßigen Erzielung von Einnahmen nicht ausreicht, um organisierte Selbsttötungsangebote zu unterbinden.

Die Autoren fordern, dass geschäftsmäßige Suizidbeihilfe grundsätzlich jedem Menschen zugänglich gemacht werden soll, der volljährig ist und seinen Suizidwunsch „freiverantwortlich gefasst und geäußert hat“.⁷ Das Kriterium „freiverantwortlich“ soll gleichzeitig ausschließen, dass Depressionskranke eine organisierte Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen können. Dies setzt jedoch voraus, dass der Arzt eine Depressionserkrankung im Beratungsgespräch stets diagnostizieren kann. Die Erfahrung zeigt, dass gerade bei alten Menschen Depressionen jedoch oft nicht erkannt oder auf körperliche Beschwerden reduziert werden.⁸ Letztlich stellt der Gesetzentwurf dem Sterbewilligen die Wahl des Arztes frei, mit dem er die verpflichtende Beratung durchführt. Lehnt ein Arzt ab, kann sich der Sterbewillige beliebig oft anderen Ärzten vorstellen, die mit seinen physischen und psychischen Erkrankungen nicht vertraut sind. Sie müssen dann auf Grundlage des kurzen Beratungsgesprächs entscheiden, ob es psychische Ausschlussgründe für die Suizidbeihilfe gibt.

Schließlich soll in diesem Gesetzentwurf (§ 6 Abs. 2) das berufsrechtliche Verbot der Mitwirkung beim Suizid für Ärzte durch derzeit zehn der siebzehn Landesärztekammern für unwirksam erklärt werden. Es ist zweifelhaft, ob der Bund über die Gesetzgebungskompetenz verfügt, das zum Landesrecht gehörende Berufsrecht der Ärzte einzuschränken.

3. BT-Drs. 18/5374 – Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Gruppe Hinze/Reimann/Lauterbach)

Inhalt

Der Gesetzesentwurf sieht eine Regelung der ärztlichen Suizidbeihilfe im Bürgerlichen Gesetzbuch (neuer § 1921a BGB) vor. Ärzten soll ausdrücklich erlaubt werden, dem Wunsch eines Patienten nach Hilfe beim Suizid zu entsprechen. Voraussetzungen hierfür sind, dass ein volljähriger und einwilligungsfähiger Patient an einer unheilbaren Erkrankung leidet, die unumkehrbar zum Tode führt. Suizidbeihilfe soll geleistet werden können, wenn dies der Abwendung eines krankheitsbedingten Leidens dient. Zwei Ärzte müssen zudem den ernstlichen und endgültigen Patientenwunsch, die Einwilligungsfähigkeit, die Unumkehrbarkeit des Krankheitsverlaufes und die Wahrscheinlichkeit des Todes medizinisch feststellen. Im Rahmen einer Beratung ist über alternative Behandlungsmöglichkeiten und die Durchführung der Suizidbeihilfe zu informieren. Der Gesetzentwurf zielt darauf ab, einen regelhaften ärztlich assistierten Suizid zu ermöglichen und Ärzten hierfür Rechtssicherheit zu geben.

⁶ Justiz Hamburg, Presseerklärung vom 06.02.2009, abrufbar unter: <http://justiz.hamburg.de/presseerklaerungen-archiv/1291478/pressemeldung-2009-02-06-ovg01/>.

⁷ Gesetzentwurf der Abgeordneten Renate Künast, Dr. Petra Sitte, Kai Gehring et al., Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung, BT-Drs. 18/5375, 30.06.2015, S. 5.

⁸ Vgl. Deutsche Depressionshilfe, Depression im Alter, abrufbar unter: http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/depression-und-alter.php#Diagnostik_und_Behandlung.



Bewertung

Dieses Modell etabliert ein bundesweites Netzwerk von Suizid-Ärzten. Die Suizidbeihilfe würde so zum festen Bestandteil ärztlichen Handelns. In der Folge müssten hierzu Fortbildungsangebote für Ärzte und Abrechnungsziffern geschaffen werden. Im Ergebnis führt dies zu einer organisierten gewerblichen Suizidbeihilfe durch ärztliche Hand. Der Gesetzentwurf knüpft die ärztliche Suizidbeihilfe an scheinbar enge Kriterien. Sie sind jedoch begrifflich unbestimmt und inhaltlich weit auslegbar. Dies schafft neue Grauzonen. So bleibt unklar, ab welchem Zeitpunkt vor dem zu erwartenden Tod Suizidbeihilfe geleistet werden kann. Nach Aussage der Autoren sei Suizidbeihilfe auch bei einer Lebenserwartung von mehreren Jahren möglich.

Psychisch Erkrankte, beispielsweise mit altersbedingter Demenz oder Depression, sollen von der ärztlichen Suizidbeihilfe ausgenommen sein. Es wird argumentiert, bei demenziellen Erkrankungen sei zudem die Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt oder ausgeschlossen. Bei sich schub- und phasenweise entwickelnden Krankheitsverläufen ergibt sich jedoch ein großer Interpretationsspielraum, der die Rechtsunsicherheit der beurteilenden Ärzte erhöht und nicht reduziert. Ähnliches gilt bei der Feststellung eines andauernden psychophysischen Leidensdrucks, der ebenfalls eine ärztliche Suizidbeihilfe begründen kann. Näheres dazu lässt der Gesetzentwurf vollständig offen. Im Ergebnis entscheidet die ärztliche Bewertung der Gesamtsituation also darüber, ob ein Patient Hilfe beim Suizid bekommt oder nicht. Dem Anspruch, mehr Sicherheit für Ärzte und mehr Selbstbestimmung für die betroffenen Patienten zu schaffen, wird dieser Regelungsvorschlag nicht gerecht. Darüber hinaus will auch dieser Entwurf mit einem Bundesgesetz das landesrechtliche Berufsrecht der Ärzte aushebeln. Dieser Versuch scheint – ebenso wie beim Vorschlag Künast/Sitte/Gehring – verfassungswidrig.

Die Autoren des Gesetzentwurfes gehen davon aus, dass mit ihrem Modell niemand mehr gezwungen sei, zum assistierten Suizid ins Ausland, beispielsweise in die Schweiz zu reisen. Im Zeitraum 1998 bis 2014 nahmen laut Zahlen einer Schweizer Sterbehilfeorganisation insgesamt 920 Deutsche Suizidbeihilfe in Anspruch.⁹ Viele von diesen litten aber nicht an einer unumkehrbaren, absehbar zum Tode führenden Erkrankung. Längst werden in der Schweiz auch Depressionskranke beim Suizid unterstützt. Aktuell wird in der Schweiz sogar diskutiert, körperlich gesunden Menschen aufgrund von Lebenssattheit Suizidbeihilfe zu gewähren. Das vorgeschlagene Modell des ärztlich assistierten Suizids wird daher allenfalls für einen Bruchteil der Menschen in Frage kommen, die derzeit ins Ausland reisen. Dadurch wird absehbar ein enormer Druck entstehen, das Modell zeitnah neu zu diskutieren und die vermeintlich engen Kriterien auszuweiten.

4. BT-Drs. 18/5373 – Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (Gruppe Brand/Griese/Vogler)

Inhalt

Ziel des Gesetzentwurfes ist das strafrechtliche Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe. Hierfür soll ein neuer § 217 im Strafgesetzbuch eingeführt werden. Geschäftsmäßig handelt laut Gesetzesbegründung „wer die Gewährung, Verschaffung oder Vermittlung der Gele-

⁹ Dignitas, Freitodbegleitungen nach Jahr und Wohnsitz 1998-2014, abrufbar unter: http://dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=32&Itemid=72&lang=de.



genheit zur Selbsttötung zu einem dauernden oder wiederkehrenden Bestandteil seiner Tätigkeit macht, unabhängig von einer Gewinnerzielungsabsicht und unabhängig von einem Zusammenhang zu einer wirtschaftlichen oder beruflichen Tätigkeit“.¹⁰ Verfolgt ein Suizidbeihelfer diese Absicht, ist bereits seine erste Tat strafbar. Nehmen Angehörige oder nahestehende Personen an einer geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe teil, ohne selbst geschäftsmäßig zu handeln, bleiben diese jedoch straffrei. Die Suizidbeihilfe in Deutschland soll – mit Ausnahme der Geschäftsmäßigkeit – auch weiterhin nicht strafbar sein.

Bewertung

Der Regelungsvorschlag ist geeignet, die Arbeit der derzeit tätigen geschäftsmäßigen Sterbehelfer in einer Organisation oder als Einzelpersonen zu unterbinden. Ausdrücklich nicht kriminalisiert wird, wenn Menschen eine nahestehende Person aus Verbundenheit und Gewissensgründen beim Suizid begleiten.

Der Gesetzentwurf verzichtet darauf, ein „Sonderrecht“ für Ärzte zu schaffen. Er behandelt somit alle Personengruppen gleich. Zwar werden Ärzte aufgrund ihrer Tätigkeit häufiger mit leidenden Menschen und mit Suizidwünschen von Patienten konfrontiert. Doch gilt auch für sie, dass eine Suizidbeihilfe erst dann geschäftsmäßig – und somit strafrechtlich relevant – wird, wenn der Arzt sie in der Absicht durchführt, dies wiederholt oder dauernd zu tun. Das Kriterium der Geschäftsmäßigkeit grenzt somit auch hier Fälle einer straflosen Beihilfe zum Suizid und einer strafbaren geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe klar ab. Zudem wird die Definition des Begriffs „geschäftsmäßig“ im Begründungstext klar aus dem Strafgesetzbuch (§ 206 Abs. 1 StGB) abgeleitet. Der Gesetzentwurf genügt daher aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz dem Bestimmtheitsgebot des Grundgesetzes.

Nicht berührt werden durch die Regelung des Gesetzentwurfes die bereits heute zulässige Behandlungsunterlassung, -begrenzung oder -abbruch auf Wunsch des Patienten sowie die Therapien am Lebensende (medizinische und palliative Versorgung mit dem Ziel, Leiden und Symptome zu lindern). Durch ungenaue Verwendung des Begriffs „Sterbehilfe“ werden diese Hilfen beim Sterben in der aktuellen Diskussion häufig in einen falschen Zusammenhang mit der Suizidbeihilfe gebracht.

Unbegründet ist die bisweilen geäußerte Kritik, ein Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe bringe künftig die Staatsanwaltschaft an das Sterbebett. Tatsächlich sind bereits heute Polizei- und Gemeindebehörden verpflichtet, jeden nicht natürlichen Todesfall an die Staatsanwaltschaft oder das Amtsgericht zu melden (vgl. § 159 Abs. 1 StPO). Somit findet nach jedem Suizid ein Todesermittlungsverfahren statt. Mit der Neuregelung wäre neben einem vorsätzlichen oder fahrlässigen Fremdverschulden und der Eigenverantwortlichkeit beim Suizid lediglich zusätzlich zu prüfen, ob eine geschäftsmäßige Suizidbeihilfe stattgefunden hat.

¹⁰ Gesetzentwurf der Abgeordneten Michael Brand, Kerstin Griese, Kathrin Vogler et al., Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, BT-Drs. 18/5373, 01.07.2015, S. 15.



III. Empfehlung

Leitprinzip der Beschlussfassung des Deutschen Bundestages zur Suizidbeihilfe muss sein, nicht mehr als nötig gesetzlich zu regeln. Dort, wo im Einzelfall aus Gewissensgründen Beihilfe zum Suizid geleistet wird, sollte der Gesetzgeber nicht eingreifen. Dies würde er auf Grundlage des Gesetzentwurfes der Gruppe Sensburg/Dörflinger/Beyer (BT-Drs. 18/5376) jedoch tun.

Gleichzeitig dürfen Staat und Gesellschaft kein Instrument zur Verfügung stellen, mit dem Suizidbeihilfe zur regelhaften ärztlichen beziehungsweise geschäftsmäßigen Dienstleistung wird. Ein solches Instrument würde alte und kranke Menschen vor die Frage stellen, ob ein Suizid geeignet ist, um ihren Angehörigen oder der Gesellschaft nicht „zur Last“ zu fallen. Auch vermeintlich enge Kriterien werden nicht helfen, um eine solche Entwicklung aufzuhalten, da sie schnell aufgeweicht werden können. Dies zeigt auch die Entwicklung in den Nachbarländern Belgien und den Niederlanden.

Daher sind die Gesetzentwürfe der Gruppen Künast/Sitte/Gehring (BT-Drs. 18/5375) sowie Hintze/Reimann/Lauterbach (BT-Drs. 18/5374) nicht geeignet, um eine verantwortungsvolle gesetzliche Regelung der Suizidbeihilfe in Deutschland zu schaffen. Außerdem versuchen beide Gesetzentwürfe in das ärztliche Berufsrecht einzugreifen, das Suizidbeihilfe durch Ärzte in einigen Kammerbezirken verbietet. Da es sich hierbei jedoch um Landesrecht handelt, ist zweifelhaft, ob dafür die Gesetzgebungskompetenz des Bundes besteht.

Ebenfalls keine Lösung ist aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz, die derzeitige Rechtslage unverändert fortbestehen zu lassen. Damit wäre es weiterhin möglich, den „Tod aus den Gelben Seiten“ in Form geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe anzubieten. Eine Entscheidung des Deutschen Bundestages, der organisierten Suizidbeihilfe keinen Riegel vorzuschieben, würde darüber hinaus sicher eine neue Dynamik in die Ausbreitung solcher Angebote bringen. Der Druck auf alte, kranke und lebenssatte Menschen nähme dann weiter zu.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz empfiehlt daher den Gesetzentwurf der Gruppe Brand/Griese/Vogler (BT-Drs. 18/5373) zur Zustimmung. Sein Regelungsvorschlag respektiert die Selbstbestimmung und eine Gewissensentscheidung des Einzelnen. Gleichzeitig bewahrt er die Schwächsten unserer Gesellschaft davor, sich durch organisierte, geschäftsmäßige Angebote zur Suizidbeihilfe unter Druck gesetzt zu fühlen und ihr Leben vorzeitig zu beenden. Dies stärkt den solidarischen Zusammenhalt in unserer Gesellschaft.

Ein Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe reicht jedoch nicht aus, um Schwerstkranken und Sterbenden ein Lebensende in Würde und Selbstbestimmung zu ermöglichen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert die Bundesregierung und den Bundestag auf, endlich ein neues Verständnis von Pflege und eine Hospiz- und Palliativversorgung zu schaffen, die alle Menschen erreicht, die sie benötigen. Dies gilt insbesondere für die Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen.¹¹

¹¹ Siehe hierzu vertiefend: Patientenschutz-Info-Dienst 1/2015, Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), 29.04.2015, abrufbar unter: https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/Stellungnahme_Hospiz-Palliativ-Gesetz_2015.pdf und Patientenschutz-Info-Dienst 2/2015, Gleichstellung Sterbender - Anspruch auf Hospizleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen - Leistung, Bedarf, Kosten, abrufbar unter: https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/Gleichstellung_Sterbender_Hospiz_Pflege_20150611.pdf.