

Wiesenstraße 14
D-58452 Witten, 09.06.2020
☎ 02302 / 57093
✉ 02302 / 276724
eMail: thoens@web.de
www.der-schlafdoktor.de
* zertifiziert nach DIN EN ISO 9001
GP mit E. Scheffler, Anästhesist

Dr. M. Thöns • Wiesenstr. 14 • D-58452 Witten

Herrn Bundesminister
Jens Spahn
Bundesministerium für Gesundheit
53107 Bonn

316@bmg.bund.de

**legislatives Schutzkonzept zur Suizidhilfe:
„Schutz für Schutzbedürftige, Hilfe bei Perspektivlosigkeit“**

Sehr geehrter Herr Minister Spahn,

vielen Dank für die Einräumung der Möglichkeit einer Stellungnahme zum legislativen „Schutzkonzept Suizidhilfe“. Erfahrung/Fachkompetenz besteht hier zur Situation am Lebensende, gleichwohl erreichen mich nach Pressemeldungen vielfach Anfragen zur Suizidhilfe mit wenig nachvollziehbarer „Dauerhaftigkeit“ und teils offenem Geldangebot, aufgrund derer ich zu einer großen Vorsicht vor zu liberalen Lösungen außerhalb palliativer Situation mahnen möchte.

A) Die derzeitige Strafrechtsslage

Nach Wegfall der Strafnorm des § 217 StGB haben wir derzeit folgende Rechtslage:

1) Effektiver Strafrechtsschutz für Schwache, Kranke, Depressive:

Wer einem handlungswilligen Suizidenten Hilfe leistet, der nicht freiverantwortlich, nicht wohlwogen, nicht frei von krankhafter Störung oder nicht frei von Zwang von außen ist, ist durch § 212 StGB mit bis zu lebenslanger Freiheitsstrafe bedroht. Denn dies ist eine Tötung des Suizidenten in sog. „mittelbarer Täterschaft“. Täter ist in juristischer Betrachtungsweise der Suizidhelfer, sog. „willenloses Werkzeug“ der Suizident, deshalb liegt keine Selbsttötung, sondern rechtlich eine Fremdtötung vor (BGH, Urteil des 5. Strafsenats vom 3.7.2019 – 5 StR 132/18).

2) Effektiver Schutz des Grundrechts auf Suizid für Freiverantwortliche:

Voraussetzung für jegliche legale Suizidhilfe ist, dass der Suizidwillige sein Grundrecht **freiverantwortlich** wahrnimmt. Das setzt voraus, dass er

- wohlwogen handelt. Er muss über alternative Angebote (z. B. Palliativmedizin, Onkologie, Psychiatrie) aufgeklärt sein. Mindestens muss ihm dies nachweislich angeboten worden sein.
- frei von krankhafter Störung oder von nötigen Einflüssen den Entschluss zum Suizid gefasst hat.
- und der Beschluß gefestigt ist (denn Ambivalenz also der Wechsel von Todessehnsucht und Lebenswillen tritt häufig auf, außer bei nicht behandelbarem Leidenszustand).

Alle denkbaren gesetzlichen Neuregelungen zum Ersatz des nichtigen § 217 StGB können nur die Förderung des Suizids oder die Beihilfe zum Suizid von Freiverantwortlichen betreffen. Deren

Grundrechtsverwirklichung muss wirksam ermöglicht werden. Zugleich muss der Gesetzgeber die Nicht-Freiverantwortlichen schützen.

B) Gewährleistung von Schutz der Schwachen und zugleich Grundrechtsgarantie der Freiverantwortlichen mit der gesellschaftlich größten Akzeptanz

1) Durch den behandelnden Arzt:

Der behandelnde Arzt (z. B. der Palliativmediziner) ist fachlich berufen und regelhaft in der Lage, die Freiverantwortlichkeit festzustellen. Gute Praxis bei lebensbegrenzender Krankheit ist hier schon immer, eine entsprechende formale Fachkompetenz in Palliativmedizin sowie eine Beratung im Team (zumindest Vier-Augen-Prinzip) vorzuhalten. In Zweifelsfällen der Freiverantwortlichkeit ist jeder Arzt ohnehin gehalten konsiliarisch einen Facharzt (z. B. Gerontopsychiater) hinzuzuziehen. Hier ist kein Missbrauch jemals bekannt geworden, nicht zuletzt wegen der bestehenden Strafdrohungen von §§ 212 und 222 StGB.

Dies ist aber keine ärztliche Aufgabe sondern immer eine Gewissensentscheidung des einzelnen Arztes. Diese Freiheit kann nach dem Urteil des BVerfG weder staatliches Recht noch Standesrecht beschneiden.

Klare Regelungen ärztlicher Sorgfaltspflichten durch prozedurale Sicherungsmaßnahmen mit entsprechenden Dokumentationsverpflichtungen sichern auf der einen Seite Freiverantwortlichkeit, Ernsthaftigkeit und Beständigkeit, schützen aber andererseits den begleitenden Arzt vor unberechtigten Ermittlungsverfahren. Weiterhin werden klare Regelungen eine unkontrollierte Ausweitung verhindern.

2) Durch Sterbehilfeorganisationen:

Es ist nicht das Thema von uns Palliativmediziner, ob hier für Ersatzregelungen nach Wegfall des § 217 StGB ein gesetzgeberisches begründetes Bedürfnis besteht. Im Grunde gehören Beratung, Suizidprävention, Aufklärung aber auch eine Begleitung in ärztliche Hand. Ökonomische Interessen an Suizidbegleitungen, wie auch eine Werbung sollten verboten werden.

3) Kriterien für einen möglichen Ersatz von § 217 StGB durch den Gesetzgeber, wie sie das BVerfG vorgibt:

- Keine Reichweitenbeschränkung (etwa auf finale Situationen)
- Der Staat und die Gesellschaft haben dem Einzelnen, wenn er sein Leben wohlüberlegt und freiverantwortlich beenden möchte, keine Vorgaben darüber zu machen, wann, wie und unter welchen Voraussetzungen er dies zu tun hat.
- Es muss dem Recht jedes Menschen, mit Hilfe eines Dritten aus dem Leben zu scheiden, dadurch Sorge getragen werden, dass eine Neuregelung „auch faktisch hinreichenden Raum zur Entfaltung und Umsetzung belässt“.
- Der Gesetzgeber kann lediglich im Rahmen des von ihm zu entwerfenden prozeduralen Sicherungskonzepts Vorgaben im Hinblick auf die Aufklärungsanforderungen, Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches und die Freiverantwortlichkeit des Suizidwilligen entwickeln.

C) Grundsätzliche Überlegungen:

Im Grunde gibt es drei zu regelnde Fallkonstellationen, die unterschiedlicher prozeduraler Sicherungskonzepte bedürfen:

1. Die große Gruppe (90-95%) der potentiell reversiblen, gesamtgesellschaftlich überwiegend als „Unglücksfall“ empfundenen Ursachen für einen Suizid (Liebeskummer, Geldnot,

Trauerreaktion bei Verlust des Partners, eines Haustieres, Einsamkeit, überwindbare körperliche Einschränkungen, Alterssuizid, Versagensangst, ...):

Suizidhilfe wird hier in der Regel ausscheiden, weil es regelhaft an der Nachhaltigkeit des Suizidwunsches fehlen wird. Hier ist ärztliche Hilfe (Psychologe, Psychiater u. a.) geboten. Die ganze Bandbreite der Argumentation der § 217-Befürworter trifft hier m. E. weitgehend zu. Mithin ist es mehr als gerechtfertigt, sehr hohe Anforderungen an ein prozedurales Sicherheitskonzept zu stellen.

2. Die kleine Gruppe (< 10%) der lebensbegrenzt oder schwer erkrankten Patienten, die die Belastungen ihrer Erkrankung nicht mehr tragen wollen, die (berechtigt) Angst vor dem haben, was noch auf sie zukommen wird oder die leidenslindernde Strategien noch nicht ausreichend erfahren haben bzw. ablehnen („entweder wieder gesund oder tot“ – häufig etwa nach Versagen einer Krebstherapie):

Da es sich um potentiell reversible Gründe (z.B. „Diagnoseschock“) handelt, bedarf es auch hier gewisser prozeduraler Sicherheitskonzepte mit angemessenen Wartezeiten.

3. Die anekdotisch kleine Gruppe (<< 1%) an Patienten mit palliativmedizinisch nicht ausreichend linderbarer schwerster Symptomlast am Lebensende, für die im Grunde weitgehend auch bei den meisten Befürwortern des § 217 stets eine Akzeptanz für eine Straffreiheit einer Suizidhilfe bestand:

Das größere Unheil hier ist (nachvollziehbar!), Suizidhilfe zu spät als mögliche Option zu haben. Mithin sollten prozedurale Sicherheitskonzepte dem ohnehin betreuenden Palliativteams überlassen bleiben (Vier-Augen-Prinzip, mindestens Palliative Care Qualifikation von Ärzten und Pflegekräften, Aufklärung/ Alternativaufklärung, lange gelebte gute Praxis etwa bei der palliativen Sedierung), zumal sich hier meist zeitraubende prozedurale Vorgaben per se verbieten.

Im Behandlungsverhältnis Arzt-Patient verbieten sich allerdings weitere gesetzliche Vorgaben, da sie die Behandlungsfreiheit des behandelnden Arztes grundgesetzwidrig beschneiden würden. So kann je nach Krankheits- und Behandlungssituation eine angemessene Wartezeit einmal kurz und einmal sehr lang sein. Hier verbieten sich im Behandlungsbereich Vorgaben. Das mag zulässig sein, sofern Sterbehilfeorganisationen oder professionelle Sterbehelfer außerhalb der Behandler oder Pflegekräfte erst „zugeschaltet“ werden, wenn sich der Suizidwunsch herauskristallisiert.

D) Anmerkung zum Standesrecht und zur Rechtsunkenntnis der Ärzteschaft:

Dem BMG wird angeraten, die Landesärztekammern zu beraten. Denn das teilweise im Berufsrecht formulierte Verbot der Suizidhilfe (§ 16 Landesärzteordnung) entspricht nicht einmal der Mehrheit der Ärzte in Umfragen, auch dürfte dieses einer gerichtlichen Überprüfung nicht standhalten. Eine solche Beratung durch das BMG kann überdies einer Verweigerungshaltung der Ärzte entgegenwirken, die ja gerade den Markt für kommerzielle Anbieter eröffnen würde.

Unstrittig sinnvoll ist eine Stärkung der Suizidprävention wie auch palliativer Versorgungsstrukturen, hier besteht insbesondere in Pflegeheimen und der ambulanten Versorgung noch „Luft nach oben“.

Mit freundlichen Grüßen

Matthias Thöns