



Berlin, 27.06.2023

**Dr. med. (I) Klaus Reinhardt**  
Präsident der Bundesärztekammer

Herbert-Lewin-Platz 1 | 10623 Berlin  
Tel.: (030) 400 456-350  
Klaus.Reinhardt@baek.de  
www.baek.de

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

## per E-Mail

Abgeordnete des Deutschen Bundestages

### nachrichtlich

Bundesminister für Gesundheit  
Herrn Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB

Bundesminister der Justiz  
Herrn Dr. Marco Buschmann, MdB

Mitglieder der Gesundheitsministerkonferenz

**Prof. Dr. med. Reinhard Lindner**  
Geschäftsführende Leitung des Nationalen  
Suizidpräventionsprogramms

c/o Universität Kassel  
Fachbereich Humanwissenschaften  
Institut für Sozialwesen  
Fachgebiet „Soziale Therapie“  
Arnold-Bode-Straße 10 | 34127 Kassel  
Tel.: (0561) 804-2841  
Reinhard.Lindner@uni-kassel.de  
www.suizidpraevention.de

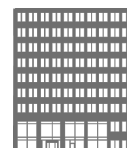
## Gemeinsames Schreiben von Bundesärztekammer und Nationalem Suizidpräventionsprogramm

Sehr geehrte Frau Abgeordnete,  
sehr geehrter Herr Abgeordneter,

im Deutschen Bundestag ist nach den uns zuletzt bekannt gewordenen Planungen noch vor der Sommerpause eine Abstimmung über zwei Gesetzentwürfe zur Regelung der Suizidbeihilfe vorgesehen. Die zur Abstimmung vorliegenden Gesetzentwürfe sind erst vor kurzem zusammengeführt worden (Helling-Plahr, Künast et al.) oder sollen noch überarbeitet werden (Castellucci et al.).

Die Bundesärztekammer und das Nationale Suizidpräventionsprogramm raten davon ab, eine Entscheidung von so weitreichender Bedeutung für die betroffenen Menschen und für die gesamte Gesellschaft am Ende des dichtgedrängten Sitzungsprogramms vor der parlamentarischen Sommerpause zu treffen. Die nun vorliegenden Entwürfe können bis dahin nicht ausreichend innerhalb des Parlamentes und erst recht nicht in der Gesellschaft diskutiert werden.

Ausgangspunkt aller Überlegungen ist die Vorgabe des Bundesverfassungsgerichtes, dass das Persönlichkeitsrecht auch das Recht umfasst, das eigene Leben zu beenden und dabei die Hilfe dazu bereiter Dritter in Anspruch zu nehmen. Zugleich wies das Verfassungsgericht dem Gesetzgeber den Schutzauftrag zu, Selbsttötungen entgegenzuwirken, die nicht von freier Selbstbestimmung und Eigenverantwortung getragen sind. Diesem Gesichtspunkt kommt besonderes Gewicht zu, ist Sterben doch ein unumkehrbarer Akt und Irrtum damit nicht revidierbar. Suizidprävention muss vor der Regelung des Zugangs zum assistierten Suizid stehen.



Geschäftsstelle der  
Bundesärztekammer  
in Berlin

Mit besonderer Sorge sehen wir vor diesem Hintergrund den zusammengeführten Gesetzentwurf von Helling-Plahr, Künast et al. Die in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen werden der schwierigen Lebenssituation suizidaler Menschen nicht gerecht und würden in der Tendenz einer gesellschaftlichen Normalisierung des Suizids Vorschub leisten.

Suizidalität ist ein multideterminierter, in der Regel ambivalenter Zustand. Suizidgedanken und suizidale Handlungen haben eine Vielzahl individueller und gesellschaftlicher Ursachen. Psychische Störungen und psychische Krisen spielen dabei eine wesentliche Rolle. Dies gilt auch für Menschen, bei denen die Suizidalität in Verbindung mit einer schweren körperlichen Erkrankung steht.

Doch auch unabhängig von der Frage einer psychischen Störung liegt häufig selbst hinter scheinbar „plausiblen“ Suizidmotiven, z. B. bei Hochaltrigen oder schwerkranken Menschen, eine große Ambivalenz. Der Wunsch, sich das Leben zu nehmen, entwickelt und verändert sich mit den Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen.

Dieser Komplexität und der emotionalen Dimension von Suizidgedanken und Suizidhandlungen wird der zusammengeführte Gesetzentwurf nicht gerecht. Denn dieser Entwurf will für Menschen außerhalb des terminalen Stadiums schwerster körperlicher Erkrankungen nach einer nur einmaligen informierenden Beratung und einer Zeit von lediglich drei Wochen ohne verbindliche Einbeziehung psychiatrischer und psychotherapeutischer Kompetenz die Verschreibung eines Suizidmittels und einen anschließenden assistierten Suizid ermöglichen. Eine einzige, rein informative Beratung und drei Wochen Wartezeit entsprechen nicht den internationalen Standards fachgerechter Begleitung und Beratung einer existentiellen Entscheidung. Aus wissenschaftlicher Sicht kann zudem eine verlässliche Sicherung der Freiverantwortlichkeit eines Suizids auf diese Weise nicht gewährleistet werden.

Es ist außerdem sehr bedenklich, dass mit der Umsetzung dieses Gesetzentwurfes eine Struktur geschaffen und finanziert werden soll, mit der die Unterstützung beim Suizid deutlich schneller und niedrigschwelliger zur Verfügung gestellt würde als Angebote der Suizidprävention. Die Schaffung einer solchen Beratungsstruktur würde einer gesellschaftlichen „Normalisierung“ Vorschub leisten. Internationale Berichte (z. B. aus Kanada, Belgien und den Niederlanden) zeigen, dass sich Menschen mit fortschreitendem Pflegebedarf angesichts von befürchteten Belastungen für ihr Umfeld oder die Gesellschaft implizit oder explizit zum Suizid gedrängt fühlen können.

Inbesondere alte und kranke Menschen brauchen die Sicherheit, dass ihr Leben geschützt wird, gerade in vulnerablen Lebensphasen der Multimorbidität.

Der Gesetzentwurf birgt zudem erhebliche strafrechtliche Risiken für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte, wenn sie ohne verbindliche weitere Absicherung sowohl die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung feststellen als auch das Suizidmittel verordnen.

Zugleich lässt der Gesetzentwurf wichtige Umsetzungsfragen offen und verlagert die Verantwortung der weiteren Ausgestaltung und damit für die konkreten Gesetzesfolgen auf eine Rechtsverordnung der Bundesregierung und auf die Bundesländer. Dies gilt beispielsweise dafür, wie gewinnorientierte Angebote verhindert werden sollen, ob die Zuverlässigkeit organisierter Angebote von Hilfe zur Selbsttötung geprüft werden soll und welche Qualifikationsanforderungen konkret an die in den Beratungsstellen tätigen Mitarbeiter zu stellen sind. Auch dies entspricht aus unserer Sicht nicht dem Maßstab, der

an eine Entscheidung anzulegen ist, die der Deutsche Bundestag in einer zentralen ethisch-gesellschaftlichen Frage ohne Fraktionsdisziplin trifft.

Die Unterstützung des assistierten Suizids ist keine Suizidprävention. In Deutschland liegt die Zahl der jährlichen Suizidtoten bereits jetzt bei über 9.000. Mit einer Regelung zur Suizidhilfe wird vielfach die Hoffnung verbunden, dass Menschen künftig von Suiziden z. B. durch Erhängen oder Sprung aus großer Höhe entweder ganz Abstand nehmen oder die Suizidhilfe in Anspruch nehmen. Die internationalen Erkenntnisse der Suizidforschung deuten jedoch im Gegenteil darauf hin, dass nach einer Regelung zur Suizidhilfe die Zahl der Suizidfälle ohne Assistenz sogar ansteigt. Darüber hinaus wird die Anzahl der assistierten Suizide deutlich ansteigen. Seriöse Schätzungen sprechen dafür, dass sich die Gesamtzahl der Suizide verdoppeln könnte.

Es ist deswegen aus unserer Sicht unbedingt erforderlich, vor der Erarbeitung einer Regelung zur Suizidhilfe zunächst die Suizidprävention gesetzlich zu stärken. Dazu liegen bisher keine Gesetzentwürfe vor, sondern lediglich zwei Entschließungsanträge. Angesichts der großen Verantwortung, die der Gesetzgeber in diesem Bereich trägt, muss der Deutsche Bundestag zunächst eine umfassende gesetzliche Regelung der Suizidprävention verabschieden. [Vorschläge dazu](#) formulierte ein breites gesellschaftliches Bündnis in Zusammenarbeit mit den Fachverbänden der Suizidprävention.

Im Zuge der Erarbeitung und Verabschiedung der Regelungen zur Suizidprävention kann auch die – nicht zuletzt durch die Coronapandemie – bisher unzureichend geführte gesamtgesellschaftliche Debatte über die Regelung des Zugangs zum assistierten Suizid Raum finden.

Für Rückfragen und ein vertieftes Gespräch stehen wir gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

**Dr. med. (I) Klaus Reinhardt**

Präsident der Bundesärztekammer

**Prof. Dr. med. Reinhard Lindner**

Geschäftsführende Leitung des Nationalen  
Suizidpräventionsprogramms