



DGHS e. V. Postfach 64 01 43 10047 Berlin

An
Bundesministerium für Gesundheit
- Referat 323 -
Mauerstraße 23
10117 Berlin

RA Prof. Robert Roßbruch
Präsident

Mühlenstr. 20
10243 Berlin

Telefon 0 30/21 22 23 37-0
Fax 0 30/21 22 23 37-77

robert.rossbruch@dghs.de
www.dghs.de
facebook.com/DGHSde

16.07.2026

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention vom 25. Juni 2026

Der Referentenentwurf verfolgt mit der Verbesserung der Suizidprävention ein gesundheitspolitisch und gesellschaftlich außerordentlich bedeutsames Ziel. Die hohe Zahl von Suiziden und Suizidversuchen, die erheblichen regionalen Unterschiede in der Versorgung, die lückenhafte Erreichbarkeit von Krisendiensten und die unzureichende Vernetzung vorhandener Angebote rechtfertigen ein gesetzgeberisches Tätigwerden. Die vorgesehene Errichtung einer Bundesfachstelle, die Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Krisenrufnummer, die Förderung von Forschung und Datenerhebung, die Erarbeitung von Qualitätsstandards und die Verbesserung der Versorgung nach Suizidversuchen sind daher grundsätzlich zu begrüßen.

Der Entwurf muss jedoch nicht nur daran gemessen werden, ob er geeignete Maßnahmen zur Verringerung vermeidbarer Suizide vorsieht. Er ist ebenso daran zu messen, ob er das durch das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 anerkannte Recht auf selbstbestimmtes Sterben hinreichend wahrt. Bereits unsere Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 28. November 2024 hat hervorgehoben, dass das Phänomen der Suizidalität seit dieser Entscheidung nicht mehr undifferenziert behandelt werden kann. Ein Gesetz zur Suizidprävention

muss zwischen **Menschen in einer suizidalen Krise** und **Menschen die nach freier, ernsthafter und informierter Willensbildung ihr Recht auf selbstbestimmtes Sterben wahrnehmen wollen** unterscheiden.

Gerade an dieser Stelle weist der aktuelle Entwurf gegenüber der Fassung von 2024 einen grundlegenden Rückschritt auf. Der Referentenentwurf vom 28. November 2024 unterschied zumindest formal zwischen „Menschen mit Suizidgedanken“ und „Sterbewilligen“ und enthielt eine ausdrückliche Bestimmung, wonach das Recht auf selbstbestimmtes Sterben unberührt bleiben sollte. Unsere Stellungnahme vom 04.12.2024 kritisierte zwar, dass diese Differenzierung im weiteren Regelungsprogramm nicht konsequent durchgehalten wurde. Der aktuelle Entwurf beseitigt jedoch nicht die damaligen Inkonsistenzen, sondern die Differenzierung selbst. Sämtliche Menschen mit auf den eigenen Tod gerichteten Gedanken oder Absichten werden nun unter dem einheitlichen Begriff der „Betroffenen“ zusammengefasst; ihre Gedanken und Handlungen werden einheitlich als „Suizidalität“ bezeichnet. Die ausdrückliche Autonomieklausel ist entfallen.

Damit wird das bereits 2024 erkannte Problem nicht gelöst, sondern verschärft. Damals bestand die Gefahr, dass eine formal anerkannte Gruppe freiverantwortlich Sterbewilliger durch nachgelagerte Anforderungen und präventive Maßnahmen faktisch wieder der Gruppe krisenbedingt Suizidaler zugerechnet würde. Der aktuelle Entwurf nimmt diese Zuordnung nun bereits auf der Ebene der gesetzlichen Begriffe vor. Er unterscheidet nicht mehr danach, ob eine Person impulsiv, ambivalent, krankheitsbedingt oder unter dem Einfluss Dritter handelt oder ob sie nach einer längerfristigen reflexiven Auseinandersetzung mit ihrer Lebenslage eine eigenverantwortliche Entscheidung getroffen hat.

Diese begriffliche Vereinheitlichung ist nicht lediglich eine terminologische Frage. Sie prägt die gesamte Zielrichtung des Gesetzes, die Arbeit der Bundesfachstelle, die Ausgestaltung der Krisendienste, die Entwicklung von Qualitätsstandards und Fortbildungsinhalten sowie die geplanten Maßnahmen zur Restriktion von Suizidmethoden und -mitteln. Wo das Gesetz selbst keine Differenzierung mehr trifft, besteht die erhebliche Gefahr, dass auch die nachgeordneten Akteure jeden Sterbewunsch als Ausdruck einer zu überwindenden Krise behandeln.

Zum allgemeinen Teil: Probleme, Ziele und vorgeschlagene Lösungen

Die Problembeschreibung des Entwurfs ist im Ausgangspunkt nachvollziehbar. Sie weist zutreffend auf die hohe Zahl von Suiziden und Suizidversuchen, auf die Belastung von Angehörigen und professionell Helfenden sowie auf die regional sehr unterschiedliche Verfügbarkeit von

Hilfsangeboten hin. Ebenso zutreffend ist, dass psychische Erkrankungen, soziale Belastungen, Einsamkeit, Pflegebedürftigkeit, familiäre Konflikte und andere Krisenlagen das Risiko suizidalen Handelns erhöhen können. Der Entwurf erkennt ferner an, dass Suizidalität nicht notwendig mit einer psychischen Erkrankung verbunden sein muss.

Die Problemanalyse bleibt dennoch verkürzt. Sie geht vielfach davon aus, dass ein Sterbewunsch im Kern auf einer behebbaren oder jedenfalls beeinflussbaren Krisenlage beruht. Besonders deutlich wird dies in der Annahme, hinter Suizidgedanken stehe häufig nicht der Wunsch, nicht mehr zu leben, sondern der Wunsch, „so“ nicht mehr zu leben. Diese Aussage trifft auf viele Menschen in akuten Krisen zu und ist für eine präventive Praxis von großer Bedeutung. Sie darf jedoch nicht zur allgemeinen Deutung jedes Sterbewunsches erhoben werden.

Bereits unsere Stellungnahme von 2024 hat darauf hingewiesen, dass freiverantwortliche Sterbewünsche häufig nicht auf bloß vorübergehenden oder „getrübten“ inneren Befindlichkeiten beruhen, sondern Ergebnis einer reflexiven Bilanzierung der eigenen Lebenslage sein können. In eine solche Entscheidung können das autobiografische Selbstverständnis, die persönliche Wertordnung, der Verlauf einer schweren körperlichen Erkrankung, fortschreitender Autonomieverlust, eine dauerhaft als untragbar bewertete Lebenssituation und die realistisch verfügbaren Handlungsalternativen einfließen. Suizidprävention kann schwere körperliche Erkrankungen nicht heilen, natürliche Alterungsprozesse nicht aufheben und einem Menschen keine persönliche Sinnerfüllung verordnen.

Diese Feststellung bedeutet nicht, dass ein solcher Sterbewunsch ohne Prüfung als freiverantwortlich anzuerkennen wäre. Auch ein dauerhaft erscheinender Wunsch kann durch Depression, Angst, sozialen Druck, mangelnde Versorgung oder Fehlinformationen beeinflusst sein. Es bedeutet aber, dass der Gesetzgeber die Möglichkeit eines autonomen Sterbewunsches nicht durch ein einheitliches Krisennarrativ begrifflich ausschließen darf.

Die Zielsetzung, Suizidversuche und Suizide möglichst zu verhindern, ist deshalb zu undifferenziert. Der Staat darf und soll Suizide verhindern, die auf akuten Krisen, fehlender Einsichts- oder Urteilsfähigkeit, Fremdbeeinflussung, unzureichender Information oder dem Fehlen tatsächlich zugänglicher Hilfen beruhen. Er darf aber die Verhinderung eines Suizids nicht unabhängig von der Qualität der zugrunde liegenden Willensbildung zum absoluten Ziel erklären. Anderenfalls wird der Lebensschutz von der Autonomie des betroffenen Menschen entkoppelt.

Der Entwurf sollte daher nicht pauschal die Vermeidbarkeit von Suiziden in den Mittelpunkt stellen, sondern die Verhinderung nicht freiverantwortlicher Suizide und die Stärkung freier und informierter

Entscheidungsbildung. Eine solche Zielbestimmung würde die Bedeutung von Prävention nicht relativieren. Sie würde vielmehr verhindern, dass Präventionsmaßnahmen gegen Menschen eingesetzt werden, die keiner Krisenintervention bedürfen oder eine solche nach freier Entscheidung nicht wünschen.

Auch die vorgeschlagenen Lösungen bleiben hinter der Problemanalyse zurück. Der Entwurf ist im Wesentlichen ein Organisations- und Koordinationsgesetz. Die Bundesfachstelle soll Konzepte entwickeln, Akteure vernetzen, Informationen bereitstellen, Standards erarbeiten und Forschung fördern. Die Länder sollen auf die Entwicklung flächendeckender Krisendienste hinwirken. Modellvorhaben sollen ermöglicht werden. Verbindliche Leistungsansprüche, konkrete Ausbaufristen, belastbare Finanzierungsregelungen und einklagbare Versorgungsstandards fehlen.

Dies führt zu einem deutlichen Missverhältnis: Der Entwurf beschreibt erhebliche und teilweise lebensgefährliche Versorgungslücken, reagiert darauf aber überwiegend mit Konzeptentwicklung, Berichterstattung und freiwilligen Modellvorhaben. Ein digitales Verzeichnis ersetzt kein verfügbares Hilfsangebot. Eine zentrale Rufnummer nützt wenig, wenn sie an einen regional nicht vorhandenen oder nicht erreichbaren Krisendienst weiterleitet. Vernetzung kann Ressourcen besser nutzbar machen, aber keine fehlenden mobilen Krisenteams, Psychotherapieplätze, palliativmedizinischen Angebote oder sozialpsychiatrischen Hilfen schaffen.

Hinzu kommt ein rechtspolitisch problematischer Ressourcenaspekt. Wir haben bereits in unserer Stellungnahme von 2024 darauf hingewiesen, dass eine fehlgeleitete Konzentration präventiver Ressourcen auf freiverantwortlich Sterbewillige nicht nur paternalistisch, sondern auch ineffizient wäre. Personal, Zeit und finanzielle Mittel, die für wiederholte Überzeugungsversuche gegenüber entscheidungsfähigen Menschen eingesetzt werden, fehlen bei Menschen in akuten Krisen, die niedrigschwellige und sofort verfügbare Unterstützung dringend benötigen.

Eine verfassungs- und versorgungspolitisch sachgerechte Suizidprävention muss daher zielgenau sein. Sie darf nicht jeden Sterbewunsch unterschiedslos in dasselbe Interventionssystem einordnen. Anderenfalls droht die paradoxe Folge, dass gerade die undifferenzierte Ausweitung der Prävention deren tatsächliche Wirksamkeit schwächt.

Verfassungsrechtliche Würdigung im Lichte des Urteils vom 26. Februar 2020

Das Bundesverfassungsgericht hat das Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Ausprägung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts in Verbindung mit der Menschenwürdegarantie anerkannt. Dieses

Recht umfasst die Freiheit, über das eigene Lebensende zu entscheiden, sich entsprechend dieser Entscheidung das Leben zu nehmen und hierfür freiwillig angebotene Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen.

Das Recht ist nicht auf Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung, auf bestimmte Lebensphasen oder auf vom Staat als nachvollziehbar anerkannte Motive beschränkt. Die Entscheidung des Einzelnen bedarf grundsätzlich keiner Rechtfertigung anhand objektiver Maßstäbe. Der Staat darf die Person nicht zum Objekt seiner eigenen Vorstellung vom „richtigen“ oder „lebenswerten“ Leben machen.

Zugleich hat das Bundesverfassungsgericht die Schutzpflicht des Staates anerkannt. Der Gesetzgeber darf Vorkehrungen treffen, um sicherzustellen, dass ein Sterbewunsch frei, ernsthaft, dauerhaft und informiert gebildet wurde. Er darf vor Fremdbestimmung, Druck, übereilten Entscheidungen und krankheitsbedingten Einschränkungen schützen. Er darf Beratung und Aufklärung fördern und die tatsächliche Verfügbarkeit von Alternativen verbessern.

Die entscheidende verfassungsrechtliche Trennlinie verläuft daher nicht zwischen Prävention und Selbstbestimmung, sondern zwischen der Sicherung freier Willensbildung und dem Schutz des Lebens gegen einen freien Willen. Diese Trennlinie bildet der Referentenentwurf nicht hinreichend ab.

Die Einordnung aller Sterbewünsche als Suizidalität ist zwar für epidemiologische und statistische Zwecke denkbar. Für die rechtliche und praktische Steuerung von Interventionen ist sie unzureichend. Der Begriff darf nicht dazu führen, dass aus dem Inhalt einer Entscheidung auf fehlende Entscheidungsfähigkeit geschlossen wird. Ein Sterbewunsch ist nicht allein deshalb unfrei, weil er von der gesellschaftlich oder medizinisch bevorzugten Entscheidung für das Weiterleben abweicht.

Unsere Stellungnahme von 2024 hat insofern vor einem Legitimationsdruck gewarnt, dem freiverantwortlich Sterbewillige ausgesetzt werden können. Zu Recht wurde beanstandet, dass nicht der Sterbewillige seine Freiverantwortlichkeit gegenüber einem grundsätzlich misstrauischen Hilfesystem beweisen darf. Diese Aussage bedarf allerdings einer juristischen Präzisierung: Bei einer beabsichtigten Suizidassistenz ist eine sorgfältige Feststellung der Freiverantwortlichkeit legitim und regelmäßig erforderlich. Unzulässig wäre jedoch eine unwiderlegliche oder faktisch kaum überwindbare Vermutung der Unfreiheit, die allein an den Sterbewunsch anknüpft.

Der Referentenentwurf benötigt deshalb eine ausdrückliche Autonomie- und

Freiwilligkeitsklausel. Sie sollte klarstellen, dass Maßnahmen nach dem Gesetz der Verhinderung nicht freiverantwortlicher Suizide und der Stärkung freier und informierter Entscheidungsbildung dienen, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben unberührt bleibt und dass aus der Äußerung eines Sterbewunsches allein weder auf fehlende Freiverantwortlichkeit noch auf die Voraussetzungen einer Unterbringung, Behandlung oder sonstigen Intervention gegen den Willen geschlossen werden darf.

Zu § 1 – Ziel des Gesetzes

§ 1 bezeichnet als Ziel des Gesetzes die Stärkung und Verbesserung der Suizidprävention. Betroffene sollen in sich anbahnenden oder bestehenden Krisensituationen frühzeitig und umfassend unterstützt, Suizidalität soll vorgebeugt und die Themen Suizid und Suizidalität sollen enttabuisiert werden.

Zu begrüßen ist die Betonung frühzeitiger und umfassender Unterstützung. Problematisch ist jedoch, dass die Vorschrift sämtliche Betroffenen begrifflich einer Krisensituation zuordnet oder jedenfalls in unmittelbare Nähe zu einer solchen rückt. Ein freiverantwortlich gebildeter Sterbewunsch kann zwar mit einer hoch belastenden Lebenssituation verbunden sein. Daraus folgt aber nicht notwendig, dass sich die Person hinsichtlich ihrer Entscheidung in einer Krise befindet.

Unsere frühere Stellungnahme hat diesen Punkt bereits gegenüber dem Referentenentwurf von 2024 überzeugend herausgearbeitet: Ein Mensch kann aufgrund einer schweren Erkrankung oder anderer Umstände hochgradig belastet sein, ohne dass seine Präferenz, das eigene Leben selbstbestimmt zu beenden, Ausdruck einer beeinträchtigten oder krisenhaften Willensbildung sein muss. Die Schlussfolgerung, eine freiverantwortliche Reflexion mache die betreffende Person zum Klientel eines Krisendienstes, ist nicht zwingend.

Krisendienste und Beratungsangebote müssen auch freiverantwortlich Sterbewilligen offenstehen. Entscheidend ist aber, dass die Inanspruchnahme freiwillig bleibt und nicht auf der gesetzlichen Unterstellung beruht, jeder Sterbewunsch sei eine zu behandelnde Krise. Die Angebote sollten informieren, Alternativen erschließen und die Entscheidungsfähigkeit stärken. Sie dürfen nicht allein deshalb eingesetzt werden, um einen Menschen von einer autonomen Entscheidung abzubringen.

Die Formulierung, Suizidalität sei „vorzubeugen“, sollte daher präzisiert werden. Vorzubeugen ist insbesondere einer Suizidalität, die auf einer akuten Krise, mangelnder Selbstbestimmungsfähigkeit, äußerem Druck oder fehlender Kenntnis und Verfügbarkeit von Hilfen beruht. Gegenüber einer freiverantwortlichen Entscheidung kann der Staat weiterhin für das Leben werben und Hilfen anbieten; er darf den Betroffenen aber nicht einem unbegrenzten präventiven Einwirkungsprozess

unterwerfen.

§ 1 sollte daher um folgenden Absatz ergänzt werden:

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben bleibt unberührt. Maßnahmen nach diesem Gesetz dienen insbesondere der Verhinderung von Suizidhandlungen, die nicht auf einer freien, ernsthaften und informierten Willensbildung beruhen, sowie der Stärkung und Wiederherstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit. Die Äußerung eines Sterbewunsches allein begründet weder die Vermutung fehlender Freiverantwortlichkeit noch die Voraussetzungen von Maßnahmen gegen den Willen der betroffenen Person.

Zu § 2 – Begriffsbestimmungen

§ 2 des Referentenentwurfs kommt eine zentrale Bedeutung zu. Die Vorschrift enthält nicht lediglich technische Definitionen, sondern legt fest, welche Personen als Adressaten der gesetzlichen Suizidprävention gelten, welche Gedanken und Verhaltensweisen unter den Begriff der Suizidalität fallen und welche Institutionen künftig an der Entwicklung präventiver Standards beteiligt werden. Diese Begriffsentscheidungen wirken sich auf alle nachfolgenden Vorschriften aus. Sie prägen die Tätigkeit der Bundesfachstelle, die Ausgestaltung der Krisendienste, die Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen, die Entwicklung fachlicher Qualitätsstandards und mittelbar auch die Entscheidung darüber, wann ein Sterbewunsch als Ausdruck einer Krise und wann er als autonome Entscheidung behandelt wird.

Gerade deshalb ist § 2 nicht nur fachwissenschaftlich, sondern vor allem verfassungsrechtlich zu beurteilen. Der Gesetzgeber darf Begriffe für die Zwecke eines Suizidpräventionsgesetzes typisieren und weit fassen. Er muss dabei jedoch sicherstellen, dass die gesetzliche Terminologie nicht die vom Bundesverfassungsgericht anerkannte Möglichkeit einer freiverantwortlichen Entscheidung über das eigene Lebensende negiert oder in der Anwendungspraxis unsichtbar macht.

1. Grundsätzliche verfassungsrechtliche Bedeutung der Begriffsbildung

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 das Recht auf selbstbestimmtes Sterben aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG hergeleitet. Dieses Recht schützt nicht nur die Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen, sondern auch die Entscheidung, das eigene Leben eigenhändig zu beenden. Die Entscheidung, dem eigenen Leben entsprechend dem persönlichen Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit ein Ende zu setzen, ist nach dem Bundesverfassungsgericht im Ausgangspunkt als Akt autonomer

Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Der Schutz umfasst ferner die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und freiwillig angebotene Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Für die Beurteilung des § 2 sind vor allem vier Aussagen des Urteils maßgeblich.

Erstens ist die Entscheidung über das eigene Lebensende dem innersten Bereich persönlicher Autonomie zugeordnet. Der Staat darf den Menschen deshalb nicht zum Objekt eines ausschließlich fremdbestimmten Lebensschutzes machen.

Zweitens ist das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht auf schwere oder unheilbare Erkrankungen, bestimmte Lebensphasen oder objektiv nachvollziehbare Motive beschränkt. Es besteht grundsätzlich in jeder Phase menschlicher Existenz. Eine gesetzliche Begriffsbildung darf daher nicht voraussetzen, dass nur körperlich schwer erkrankte Menschen eine professionelle Suizidassistenz in Anspruch nehmen können. Ebenso wenig darf sie alle anderen Suizidwünsche bereits kraft Definition als krankheits-, krisen- oder hilfebedingt behandeln.

Drittens darf der Staat die Motive eines Sterbewilligen nicht nach eigenen Wertmaßstäben bewerten und nur solche Gründe anerkennen, die er für vernünftig, nachvollziehbar oder sittlich legitim hält. Die Gründe für eine Selbsttötung unterliegen höchstpersönlichen Vorstellungen. Eine gesetzliche Terminologie, die jeden Suizidwunsch als Ausdruck eines zu beseitigenden Mangels deutet, würde dieser Wertungsfreiheit nicht gerecht.

Viertens schließt das Urteil eine staatliche Suizidprävention keineswegs aus. Der Gesetzgeber darf die freie Willensbildung schützen, voreilige und beeinflusste Entscheidungen verhindern, Beratung ermöglichen und Missbrauchsschutz schaffen. Er verfügt insoweit über einen erheblichen Gestaltungsspielraum. **Dieser Gestaltungsspielraum bezieht sich aber auf den Schutz der Autonomie und nicht auf ihre Aufhebung.** Schutzvorkehrungen dürfen die Wahrnehmung des Rechts faktisch nicht unmöglich machen. Auch mittelbare oder faktische Grundrechtsbeeinträchtigungen sind rechtfertigungsbedürftig.

Aus diesen Maßstäben folgt, dass § 2 zwischen zwei Ebenen unterscheiden muss: Zum einen darf der Gesetzgeber für Zwecke der Statistik, Forschung und niedrigschwelligen Hilfe einen weiten Oberbegriff verwenden. Zum anderen muss er verhindern, dass aus der Zuordnung zu diesem Oberbegriff bereits eine Aussage über fehlende Freiverantwortlichkeit, psychische Erkrankung, Krisenbedürftigkeit oder die Zulässigkeit staatlicher Interventionen abgeleitet wird.

Genau diese zweite Sicherung fehlt im vorliegenden Referentenentwurf.

2. Zu § 2 Abs. 1 – Begriff der „Betroffenen“

Nach § 2 Abs. 1 sind Betroffene Menschen aller Altersgruppen, die suizidale Gedanken, Suizidideen oder -absichten haben, diese äußern, einen Suizidversuch ankündigen, beabsichtigen oder bereits vorgenommen haben.

Die Definition ist zunächst dadurch gekennzeichnet, dass sie auf die äußere Erscheinungsform eines todesbezogenen Gedankens oder Verhaltens abstellt. Die Entstehungsbedingungen und die Qualität des zugrunde liegenden Willens spielen keine Rolle. Erfasst werden deshalb gleichermaßen:

- Menschen mit flüchtigen Todesgedanken,
- Menschen in einer akuten psychosozialen Krise,
- Personen mit krankheitsbedingt eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit,
- impulsiv handelnde Personen,
- Menschen mit einem ambivalenten Suizidwunsch,
- Personen nach einem Suizidversuch,
- aber auch Menschen, die nach längerem Abwägen einen festen und freiverantwortlichen Entschluss gefasst haben.

Für die Eröffnung freiwilliger Hilfsangebote ist ein solcher weiter Begriff grundsätzlich vertretbar. Ein Präventionssystem sollte nicht erst dann tätig werden dürfen, wenn bereits abschließend festgestellt ist, dass eine Person nicht freiverantwortlich handelt. Niedrigschwellige Hilfe setzt gerade voraus, dass eine komplizierte rechtliche oder psychiatrische Statusprüfung nicht bereits am Zugang zu Beratung vorgeschaltet wird.

Das Problem besteht daher nicht primär darin, dass auch freiverantwortlich Sterbewillige begrifflich zu den „Betroffenen“ gehören. Auch sie können Unterstützung, Beratung, Palliativversorgung, soziale Hilfen oder ein Gespräch über Alternativen wünschen. **Problematisch ist vielmehr, dass das Gesetz nicht klarstellt, welche Rechtsfolgen mit dieser Zuordnung gerade nicht verbunden sind.**

Der Begriff „Betroffene“ steht im Kontext eines Gesetzes, dessen erklärtes Ziel die Suizidprävention ist. Er wird deshalb in der Praxis voraussichtlich nicht nur als neutrale Zugangsbezeichnung verstanden werden. Vielmehr besteht die Gefahr, dass die Einordnung als „Betroffener“ mit einer tatsächlichen Vermutung verbunden wird, die Person befinde sich in einer Krise, bedürfe einer Intervention oder sei jedenfalls hinsichtlich ihres Sterbewunsches nicht uneingeschränkt selbstbestimmungsfähig.

Eine solche Schlussfolgerung wäre mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts nicht vereinbar. Aus dem Inhalt einer Entscheidung darf nicht ohne Weiteres auf einen Mangel der Entscheidungsfähigkeit geschlossen werden. Der Wunsch, das eigene Leben zu beenden, ist zwar ein gewichtiges Signal, das eine sorgfältige Abklärung rechtfertigen kann. Er beweist aber für sich genommen weder eine psychische Erkrankung noch einen Ausschluss freier Willensbildung.

Die gesetzliche Begriffsbildung droht damit eine unzulässige Zirkularität zu erzeugen: Eine Person gilt als präventionsbedürftig, weil sie sterben möchte; ihre Entscheidung wird sodann als zweifelhaft angesehen, weil sie als präventionsbedürftig eingeordnet wurde. Auf diese Weise könnte der Sterbewunsch selbst zum Hauptindiz gegen seine Freiverantwortlichkeit werden. Das Bundesverfassungsgericht hat demgegenüber gerade die Entscheidung zur Selbsttötung als möglichen Akt autonomer Selbstbestimmung anerkannt.

§ 2 Abs. 1 muss deshalb ausdrücklich klarstellen, dass der Begriff „Betroffene“ ausschließlich den persönlichen Anwendungsbereich freiwilliger Angebote beschreibt. Aus der Einordnung dürfen keine Vermutungen über die Entscheidungsfähigkeit und keine Befugnisse für Maßnahmen gegen den Willen folgen.

Eine geeignete Ergänzung könnte lauten:

Die Einordnung als betroffene Person eröffnet den Zugang zu den Angeboten nach diesem Gesetz. Sie enthält keine Aussage darüber, ob ein Sterbewunsch auf freier und eigenverantwortlicher Willensbildung beruht. Aus der Äußerung von Suizidgedanken oder einer Suizidabsicht allein dürfen weder das Fehlen der Selbstbestimmungsfähigkeit noch die Voraussetzungen einer freiheitsbeschränkenden, freiheitsentziehenden oder medizinischen Maßnahme gegen den Willen der Person abgeleitet werden.

Eine solche Regelung würde den Zugang zu Hilfen nicht erschweren. Sie würde lediglich verhindern, dass der weite Begriff zu einer materiellen Vorentscheidung gegen die Autonomie wird.

3. Aufgabe der früheren Unterscheidung zwischen Menschen mit Suizidgedanken und Menschen mit einem freiverantwortlichen Suizidwunsch

Der Referentenentwurf vom 28. November 2024 unterschied zwischen Menschen mit Suizidgedanken und volljährigen Suizidwilligen, die eine feste, vom freien Willen getragene Entscheidung getroffen hatten. Diese Differenzierung war in ihrer konkreten Ausgestaltung kritikwürdig. Sie war zu schematisch, setzte unklare Kriterien und ließ offen, wer die Freiverantwortlichkeit in welchem Verfahren feststellen sollte.

Der aktuelle Entwurf hat diese Schwierigkeiten jedoch nicht durch eine präzisere und flexiblere Regelung behoben. Er hat die Unterscheidung vollständig gestrichen. Damit fehlt nun jede gesetzliche Sichtbarkeit der Kategorie eines freiverantwortlichen Suizidwunsches.

Unsere Stellungnahme von 2024 hatte noch kritisiert, dass eine formal vorgenommene Differenzierung in den nachfolgenden Präventionsmaßnahmen nicht konsequent beachtet wurde. Der vorliegende Referentenentwurf geht darüber hinaus: Er ordnet freiverantwortlich Sterbewillige bereits begrifflich unterschiedslos dem allgemeinen Präventionssystem zu.

Verfassungsrechtlich ist der Gesetzgeber zwar nicht verpflichtet, eine Personengruppe mit der festen Bezeichnung „Suizidwillige“ zu schaffen. Das Urteil vom 26. Februar 2020 verlangt keine bestimmte gesetzestechnische Form. Der Gesetzgeber muss aber den materiellen Unterschied berücksichtigen, der zwischen einer nicht freiverantwortlichen Suizidentscheidung und einer autonomen Entscheidung über das eigene Lebensende besteht.

Dieser Unterschied betrifft nicht die moralische Bewertung des Suizidwunsches, sondern die Reichweite staatlicher Befugnisse. Bei fehlender Freiverantwortlichkeit darf und muss der Staat unter den gesetzlichen Voraussetzungen Schutzmaßnahmen ergreifen. Bei einer freiverantwortlichen Entscheidung ist der Lebensschutz dagegen durch das Selbstbestimmungsrecht begrenzt. Ein Gesetz, das beide Situationen begrifflich zusammenführt, muss deshalb spätestens auf der Rechtsfolgende deutlich trennen. Der Entwurf tut weder das eine noch das andere.

Es sollte daher entweder eine eigenständige Definition der freiverantwortlichen Sterbeentscheidung aufgenommen oder jedenfalls eine ausdrückliche Negativabgrenzung geschaffen werden. Dabei sollte vermieden werden, erneut starre Personengruppen zu bilden. Sachgerechter wäre eine situationsbezogene Formulierung:

Ein Sterbewunsch kann unabhängig von seiner Einordnung als Suizidalität auf einer freien und eigenverantwortlichen Entscheidung beruhen. Die Beurteilung richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls und darf nicht allein aus dem Inhalt der Entscheidung abgeleitet werden.

Damit würde anerkannt, dass sich Freiverantwortlichkeit nicht notwendig als dauerhafter Personenstatus darstellt, sondern bezogen auf eine konkrete Entscheidung und einen konkreten Zeitpunkt zu prüfen ist.

4. Zur fehlenden Differenzierung nach der Qualität der Willensbildung

Der entscheidende verfassungsrechtliche Mangel des § 2 besteht darin, dass er ausschließlich den

Gegenstand des Willens beschreibt, nicht aber dessen Qualität. Er fragt nur, ob eine Person den eigenen Tod anstrebt oder in Kauf nimmt. Er fragt nicht, ob diese Entscheidung:

- einsichtsfähig,
- urteilsfähig,
- frei von wesentlichen Willensmängeln,
- frei von unzulässigem Druck,
- informiert,
- ernsthaft,
- hinreichend dauerhaft oder
- Ausdruck einer akuten und vorübergehenden Krise

ist.

Für einen rein epidemiologischen Begriff wäre dies hinnehmbar. Für ein Gesetz, das Behörden und professionelle Akteure zu präventivem Handeln anleitet, ist es unzureichend.

Das Bundesverfassungsgericht knüpft den Schutz des autonomen Suizident schlusses an die freie Willensbildung. Gleichzeitig darf diese Voraussetzung nicht dazu benutzt werden, das Recht durch übermäßige Anforderungen auszuhöhlen. Die verfassungsrechtlich zulässige Prüfung muss deshalb zwei gegenläufige Gefahren vermeiden:

Zum einen darf nicht jeder erklärte Suizidwunsch ungeprüft als autonom gelten. Eine Entscheidung kann durch psychische Erkrankung, akute Verzweiflung, Intoxikation, Druck von Angehörigen, wirtschaftliche Not, das Gefühl gesellschaftlicher Nutzlosigkeit oder fehlende Kenntnis verfügbarer Hilfen beeinträchtigt sein.

Zum anderen darf Freiverantwortlichkeit nicht nur als fernliegende Ausnahme angesehen werden, die der Betroffene in einem langwierigen Verfahren positiv beweisen muss. Eine solche Beweislastumkehr, die mit einem hohen Legitimationsdruck einhergeht, würde die Autonomie strukturell entwerten. Es würde auch unserem Rechtssystem entgegenstehen, dass davon ausgeht, dass grundsätzlich jeder erwachsene Mensch einsichts- und urteilsfähig ist. Nur dort, wo **konkrete Anhaltspunkte** dafür vorliegen, dass die Einsichts- und Urteilsfähigkeit möglicherweise nicht mehr gegeben sein könnte, ist Suizidprävention angezeigt und verhältnismäßig.

Unsere Stellungnahme von 2024 weist insoweit zutreffend darauf hin, dass freiverantwortlich Suizidwillige nicht allein wegen ihrer Entscheidung unter einen allgemeinen Rechtfertigungsverdacht

gestellt werden dürfen. Juristisch präziser ist allerdings von einer ergebnisoffenen Sachverhaltsprüfung auszugehen: Es darf weder eine unwiderlegliche Vermutung für noch eine solche gegen die Freiverantwortlichkeit geben. Ausgangspunkt ist die grundrechtlich geschützte Selbstbestimmung einer erwachsenen und entscheidungsfähigen Person. Vertiefte Prüfungen können nur durch konkrete Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung gerechtfertigt sein.

§ 2 sollte deshalb zumindest Kriterien nennen, die bei der Entwicklung von Standards zu berücksichtigen sind. Die Norm muss nicht selbst ein vollständiges Prüfverfahren regeln. Sie sollte aber deutlich machen, dass Suizidalität und fehlende Freiverantwortlichkeit keine Synonyme sind.

Eine mögliche Formulierung wäre:

Das Vorliegen von Suizidalität lässt für sich genommen keinen Schluss auf das Fehlen einer freien Willensbildung zu. Bei der Beurteilung eines Suizidwunsches sind insbesondere die Fähigkeit zu verstehen und abzuwägen, die Ernsthaftigkeit und zeitliche Beständigkeit der Entscheidung, mögliche krankheitsbedingte Beeinträchtigungen, unzulässige Einflussnahmen Dritter sowie der Informationsstand über tatsächlich verfügbare Alternativen zu berücksichtigen.

Dabei muss zugleich verhindert werden, dass die Nennung von Alternativen in eine Pflicht zur Inanspruchnahme der medizinischen, psychotherapeutischen, palliativen oder sozialen Hilfen umgedeutet wird. Das Bundesverfassungsgericht schützt die individuelle Entscheidung und macht sie nicht davon abhängig, dass der Betroffene zuvor alle aus staatlicher Sicht vernünftigen Behandlungsmöglichkeiten erprobt hat. Eine freie Entscheidung setzt Information über relevante und real verfügbare Alternativen voraus; sie setzt nicht notwendig deren Inanspruchnahme voraus.

5. Zu § 2 Abs. 2 – Begriff der Suizidalität

Nach § 2 Abs. 2 sind unter Suizidalität alle Gedanken und Handlungen zu verstehen, bei denen es darum geht, den eigenen Tod anzustreben oder ihn als mögliches Ergebnis einer eigenen Handlung in Kauf zu nehmen. Genannt werden suizidale Gedanken, Suizidideen und -absichten, Suizidankündigungen, Suizidversuche und vollendete Suizide.

Diese Definition ist aus mehreren Gründen zu weit und rechtsdogmatisch unscharf.

a) Fehlende Trennung zwischen Zustand, Absicht, Handlung und Ergebnis

Die Definition führt sehr unterschiedliche Phänomene in einem einzigen Begriff zusammen:

- einen inneren Gedanken,
- eine gedankliche Idee,
- eine feste Absicht,
- eine kommunikative Ankündigung,
- eine Handlung,
- einen Versuch und
- den eingetretenen Tod.

Damit wird „Suizidalität“ zugleich als psychischer Zustand, kommunikatives Verhalten, Handlungskategorie und statistisches Ereignis verwendet. Für Forschung und Verwaltung mag ein Oberbegriff praktisch sein. Rechtlich führt die Vermischung jedoch zu Unklarheit.

Eine Person mit flüchtigen Suizidgedanken befindet sich in einer grundlegend anderen Situation als eine Person, die eine konkrete Ausführungshandlung begonnen hat. Ebenso ist eine Suizidankündigung nicht notwendig Ausdruck eines festen Tatentschlusses. Sie kann Hilferuf, Kommunikationshandlung, Ausdruck von Ambivalenz oder Mitteilung einer autonomen Entscheidung sein. Die Rechtsfolgen dürfen nicht allein aus der gemeinsamen begrifflichen Zuordnung folgen.

Der Entwurf sollte daher mindestens zwischen folgenden Kategorien unterscheiden:

- Suizidgedanken und -ideen,
- konkrete Suizidabsicht,
- akute Suizidgefahr,
- Suizidversuch,
- vollendeter Suizid,
- freiverantwortlicher Suizidwunsch.

Diese Kategorien dürfen sich überschneiden. Ihre Unterscheidung ist aber notwendig, weil an eine akute Suizidgefahr andere fachliche und rechtliche Reaktionen anknüpfen als an einen abstrakten Gedanken oder einen langfristig geplanten freiverantwortlichen Suizid.

b) Das Tatbestandsmerkmal „in Kauf nehmen“

Besonders problematisch ist die Einbeziehung sämtlicher Handlungen, bei denen der eigene Tod als mögliches Ergebnis „in Kauf genommen“ wird. Diese Formulierung ist erkennbar an den strafrechtlichen Begriff des bedingten Vorsatzes angelehnt. **Für eine gesundheits- und**

fürsorgerechtliche Definition ist sie ungeeignet.

Das bloße Inkaufnehmen des Todes ist wesentlich weiter als die Absicht, sich selbst zu töten. Es kann auch vorliegen bei:

- der Ablehnung einer lebensrettenden oder lebensverlängernden Behandlung,
- dem Abbruch einer Dialyse, Beatmung oder künstlichen Ernährung,
- der Befolgung einer Patientenverfügung,
- einer palliativen Behandlung mit möglicher lebensverkürzender Nebenfolge,
- riskantem Verhalten,
- Hungerstreik,
- gefährlichen Sportarten oder
- sonstigen selbstgefährdenden Handlungen.

Nicht alle diese Fälle sind Suizide. Insbesondere die Ablehnung oder Beendigung medizinischer Behandlung ist dogmatisch vom Suizid zu unterscheiden. Der Patient beendet dabei nicht notwendig eigenhändig sein Leben, sondern lässt einem Krankheitsgeschehen seinen Lauf. Das Bundesverfassungsgericht weist darauf hin, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben sowohl die Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen als auch die eigenhändige Lebensbeendigung schützt, behandelt sie aber als unterscheidbare Erscheinungsformen persönlicher Autonomie.

Würde die Ablehnung einer medizinischen Behandlung allein deshalb als Suizidalität gelten, weil der Patient den möglichen Tod kennt und akzeptiert, könnte dies weitreichende Fehlwirkungen haben. Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen könnten gehalten sein, reguläre Patientenentscheidungen als Präventionsfälle zu dokumentieren oder an Krisendienste zu vermitteln. Die gesetzliche Verbindlichkeit von Patientenverfügungen und das Recht des einwilligungsfähigen Patienten auf Behandlungsverweigerung würden dadurch zwar nicht unmittelbar aufgehoben, aber begrifflich pathologisiert.

Auch palliative Entscheidungen dürfen nicht unter einen pauschalen Suizidalitätsbegriff fallen. Eine medizinisch indizierte Symptomlinderung, bei der eine mögliche Lebensverkürzung nicht das Ziel, sondern eine in Kauf genommene Nebenfolge ist, ist keine Suizidhandlung.

Das Merkmal „als mögliches Ergebnis in Kauf nehmen“ sollte deshalb gestrichen werden.

Suizidalität sollte auf Gedanken, Absichten und Handlungen beschränkt werden, die nach der Vorstellung der betroffenen Person zielgerichtet auf die eigene Tötung gerichtet sind.

Eine präzisere Formulierung könnte lauten:

Suizidalität im Sinne dieses Gesetzes bezeichnet Gedanken, Absichten und Handlungen, die nach der Vorstellung der betroffenen Person auf die eigenhändige Herbeiführung des eigenen Todes gerichtet sind. Nicht erfasst sind allein die Ablehnung oder Beendigung medizinischer Maßnahmen, die Umsetzung einer Patientenverfügung sowie medizinisch indizierte Maßnahmen, bei denen eine mögliche Lebensverkürzung nicht bezweckt wird.

c) Einbeziehung des vollendeten Suizids

Die Einbeziehung vollendeter Suizide in den Begriff der Suizidalität ist systematisch ungenau. Suizidalität bezeichnet üblicherweise eine auf eine lebende Person bezogene Gedanken-, Absichts- oder Handlungslage. Ein vollendeter Suizid ist dagegen ein eingetretenes Ereignis.

Für Forschung, Statistik, Evaluation und die Unterstützung Hinterbliebener müssen vollendete Suizide selbstverständlich vom Gesetz erfasst werden. Dies sollte aber durch eine eigenständige Definition oder durch eine ausdrückliche Regelung der Datenerhebung geschehen.

Anderenfalls entsteht zudem ein sprachlicher Widerspruch: § 1 will „Suizidalität vorbeugen“, während § 2 auch bereits vollendete Suizide zur Suizidalität zählt. Einem abgeschlossenen Todesfall kann aber nicht mehr vorgebeugt werden. Vorbeugung kann sich nur auf künftige Gedankenentwicklungen, Krisen, Versuche und Suizide beziehen.

d) Freiverantwortlicher assistierter Suizid als „Suizidalität“

Nach dem Wortlaut fällt auch ein freiverantwortlich geplanter und assistierter Suizid unter Suizidalität. Dies ist als deskriptive Oberkategorie nicht zwingend falsch. Verfassungsrechtlich problematisch wird es, wenn der Begriff zugleich als Begründung für präventive Interventionen dient.

Das Bundesverfassungsgericht hat gerade die Möglichkeit anerkannt, dass eine Entscheidung zur Selbsttötung Ausdruck autonomer Selbstbestimmung ist. Ein Gesetz darf deshalb den assistierten Suizid zwar als Suizid erfassen, muss aber klarstellen, dass seine rechtliche Qualität nicht durch die begriffliche Zuordnung vorentschieden wird.

Es sollte ausdrücklich bestimmt werden:

Die Einordnung eines freiverantwortlich geplanten oder durch freiwillig angebotene Hilfe

unterstützten Suizids als Suizid im Sinne statistischer und präventionswissenschaftlicher Begriffe lässt seine verfassungsrechtliche Bewertung unberührt.

Ohne eine solche Klarstellung besteht die Gefahr, dass Bundesfachstelle und Krisendienste ihre Aufgaben so verstehen, auch freiverantwortliche Suizide möglichst vollständig zu verhindern. **Das wäre mit dem Urteil von 2020 nicht vereinbar.**

6. Gefahr einer Pathologisierung und Stigmatisierung

Der Entwurf verfolgt ausdrücklich das Ziel, Suizid und Suizidalität zu enttabuisieren. Die undifferenzierte Definition des § 2 kann diesem Ziel entgegenwirken.

Enttabuisierung setzt voraus, dass Menschen offen über Suizidgedanken sprechen können, ohne automatisch als krank, irrational oder akut gefährdet eingestuft zu werden. Ein Begriff, der flüchtige Gedanken, autonome Suizidentscheidungen, psychotisch bedingte Suizidhandlungen und vollendete Suizide unterschiedslos zusammenfasst, kann dagegen eine abschreckende Wirkung entfalten.

Wer befürchten muss, dass jede Mitteilung eines Suizidwunsches automatisch als Präventionsfall registriert, an weitere Stellen vermittelt oder als Anlass für Gefahrenabwehr verstanden wird, wird möglicherweise gerade nicht offen sprechen. Dies betrifft insbesondere Menschen, die sich zunächst nur über ihre rechtliche Situation oder über Möglichkeiten der Freitodbegleitung informieren möchten.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts schützt auch die Freiheit, bei Dritten Hilfe zu suchen. Diese Freiheit würde beeinträchtigt, wenn bereits die Informationssuche einen institutionellen Mechanismus auslöste, der die Person unter Rechtfertigungs- oder Interventionsdruck setzt. Auch mittelbare Abschreckungswirkungen können nach der Entscheidung grundrechtlich relevant sein.

§ 2 sollte daher zwischen der bloßen Äußerung oder Informationssuche und einer konkreten akuten Gefahrenlage unterscheiden. Die Kontaktaufnahme mit einer Beratungsstelle, einer Ärztin, einem Rechtsanwalt oder einer Sterbehilfeorganisation darf nicht ohne zusätzliche Anhaltspunkte als Beleg einer akuten Suizidgefahr gelten.

7. Verhältnis zu Minderjährigen

§ 2 Abs. 1 erfasst Menschen aller Altersgruppen. Das ist für ein Suizidpräventionsgesetz grundsätzlich richtig. Kinder und Jugendliche müssen uneingeschränkt Zugang zu Krisenhilfe erhalten.

Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob und wie der Referentenentwurf mit einer möglichen eigenständigen Entscheidungsfähigkeit Minderjähriger umgeht. Der frühere Referentenentwurf schloss Minderjährige aus der Kategorie freiverantwortlich Sterbewilliger vollständig aus. Der aktuelle Entwurf vermeidet diese ausdrückliche Festlegung, trifft aber überhaupt keine Aussage zur Entscheidungsfähigkeit.

Für die praktische Suizidprävention ist regelmäßig von einer besonders hohen Schutzbedürftigkeit Minderjähriger auszugehen. Alter, Entwicklungsstand, Abhängigkeit, familiäre Einflüsse und erhöhte Impulsivität rechtfertigen besonders sorgfältige Schutzmechanismen. Daraus folgt aber nicht, dass jeder Minderjährige in jeder medizinischen oder höchstpersönlichen Frage vollständig entscheidungsunfähig wäre.

§ 2 muss diese komplexe Frage nicht abschließend lösen. Er sollte jedoch klarstellen, dass bei Minderjährigen Alter und Reifegrad besonders zu berücksichtigen sind und dass ihre Beteiligungs- und Persönlichkeitsrechte gewahrt werden müssen. Eine pauschale Gleichbehandlung mit erwachsenen freiverantwortlich Suizidwilligen wäre ebenso unangemessen wie die völlige Nichtbeachtung eines einsichts- und urteilsfähigen Jugendlichen.

8. Verhältnis zu Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen

Der Entwurf betont zu Recht, dass psychische Erkrankungen das Suizidrisiko erhöhen können. Daraus darf jedoch nicht der Umkehrschluss gezogen werden, eine Person mit einer psychischen Erkrankung könne grundsätzlich keinen freiverantwortlichen Suizidwunsch bilden.

Eine Diagnose allein beseitigt nicht die Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit. Maßgeblich ist, ob und wie sich die Erkrankung konkret auf die Fähigkeit auswirkt, Informationen zu verstehen, Folgen abzuwägen, nach eigenen Wertvorstellungen zu entscheiden und äußeren Einflüssen zu widerstehen.

Eine pauschale Gleichsetzung von psychischer Erkrankung und Unfreiheit wäre mit Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG nicht vereinbar und könnte außerdem Menschen mit Behinderungen diskriminieren.

§ 2 sollte deshalb einen funktionalen, statt diagnostischen Maßstab zugrunde legen. Nicht das Vorliegen einer Diagnose, sondern ihre konkrete Auswirkung auf die Entscheidungsbildung ist entscheidend.

Eine geeignete Klarstellung wäre:

Das Vorliegen einer psychischen oder körperlichen Erkrankung oder einer Behinderung begründet für sich genommen weder das Fehlen noch das Vorliegen freier Willensbildung. Maßgeblich sind die konkreten Auswirkungen auf die Fähigkeit zur eigenständigen und informierten Entscheidung.

Diese Regelung würde sowohl vor vorschneller Pathologisierung als auch vor unzureichender Prüfung schützen.

9. Zu § 2 Abs. 3 – Weitere Akteure der Suizidprävention

§ 2 Abs. 3 nennt insbesondere Einrichtungen und Verbände der Suizidprävention, Forschung und Praxis, Betroffenen- und Angehörigenverbände sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die sich mit medizinischen, psychischen oder sozialen Folgen von Suiziden befassen.

Die Aufzählung ist offen, aber perspektivisch einseitig. Sie konzentriert sich auf Akteure, deren primärer fachlicher Bezug die Verhinderung von Suiziden oder die Behandlung ihrer Folgen ist. Nicht ausdrücklich genannt werden:

- Verfassungs- und Medizinrecht,
- Medizinethik,
- Hospiz- und Palliativversorgung,
- Pflege,
- Behindertenvertretungen,
- Selbstvertretungsorganisationen älterer Menschen,
- Beratungsstellen zu Patientenrechten,
- Organisationen mit praktischer Erfahrung in der Freitodbegleitung.

Gerade im Lichte des Urteils vom 26. Februar 2020 ist diese Einseitigkeit problematisch. Wenn der Begriff der Suizidalität auch freiverantwortliche Sterbewünsche umfasst, müssen bei der Entwicklung von Standards auch diejenigen Perspektiven beteiligt werden, die das Selbstbestimmungsrecht fachlich und praktisch vertreten.

In unserer Stellungnahme von 2024 haben wir davor gewarnt, dass eine institutionelle Dominanz von Akteuren, die dem selbstbestimmten Sterben grundsätzlich ablehnend gegenüberstehen, zu einer mittelbaren Aushöhlung des Grundrechts führen kann. Diese Sorge betrifft nicht nur den Fachbeirat, sondern bereits die Definition der weiteren Akteure.

Die Vorschrift sollte daher ausdrücklich ergänzt werden um:

Einrichtungen und sachverständige Personen, die sich mit dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben, der Feststellung freier Willensbildung, der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der praktischen Begleitung von Suizidwünschen befassen.

Dies würde keine Gleichsetzung von Suizidprävention und Suizidassistenz bedeuten. Es würde sicherstellen, dass die verfassungsrechtlich notwendige Perspektivenvielfalt institutionell vorhanden ist.

10. Zu § 2 Abs. 4 – Krisendienste

§ 2 Abs. 4 definiert Krisendienste als psychosoziale Beratungsstellen und Hilfeangebote, die durch die Länder eingerichtet, betrieben oder beauftragt sind, sich an Menschen in Krisen richten, Suizidprävention zum Ziel haben und die Voraussetzungen des § 9 erfüllen. Polizei und Rettungsdienste werden ausdrücklich ausgeschlossen.

Die Abgrenzung von Polizei und Rettungsdienst ist grundsätzlich zu begrüßen. Sie verdeutlicht, dass psychosoziale Hilfe nicht mit Gefahrenabwehr oder medizinischer Notfallversorgung gleichgesetzt werden darf.

Verfassungsrechtlich bleibt jedoch problematisch, dass sämtliche Betroffenen nach § 2 Abs. 1 in ein Gesetz eingebunden werden, dessen zentrale Hilfsstruktur als Krisendienst bezeichnet wird. Dies kann den Eindruck verstärken, jeder Suizidwunsch sei per definitionem eine Krise.

Ein freiverantwortlich Suizidwilliger kann sich in einer schweren und belastenden Lebenssituation befinden, ohne hinsichtlich seiner Entscheidung entscheidungsunfähig oder akut krisenhaft zu handeln. Ihm sollte der Zugang zu einem Krisendienst offenstehen, wenn er ein Gespräch, Unterstützung oder Informationen wünscht. **Er darf aber nicht deshalb als Krisenfall gelten, weil er sich mit dem selbstbestimmten Sterben auseinandersetzt.**

Die Legaldefinition sollte deshalb um folgenden Satz ergänzt werden:

Die freiwillige Inanspruchnahme eines Krisendienstes steht auch Personen mit einem möglicherweise freiverantwortlichen Suizidwunsch offen; sie begründet weder eine Vermutung für das Vorliegen einer akuten Krise noch für das Fehlen freier Willensbildung.

Darüber hinaus sollte der Begriff nicht ausschließlich von einer förmlichen Landesbeauftragung abhängen. Bewährte kommunale oder zivilgesellschaftliche Angebote könnten andernfalls ausgeschlossen werden. Sachgerechter wäre ein Anerkennungsverfahren anhand gesetzlicher

Qualitätskriterien.

11. Erforderliche Gesamtüberarbeitung des § 2

§ 2 sollte nicht nur punktuell ergänzt, sondern systematisch neu geordnet werden. Er muss drei Funktionen klar auseinanderhalten:

1. die Bestimmung des Personenkreises, dem freiwillige Hilfe offensteht;
2. die fachliche Beschreibung suizidbezogener Gedanken und Handlungen;
3. die rechtliche Abgrenzung einer akuten oder nicht freiverantwortlichen Suizidgefahr von einem möglicherweise freiverantwortlichen Suizidwunsch.

Der gegenwärtige Referentenentwurf erfüllt nur die ersten beiden Funktionen und vermischt sie teilweise. **Die dritte, verfassungsrechtlich entscheidende Funktion fehlt.**

Eine mögliche Neufassung könnte in ihren Grundzügen wie folgt gestaltet werden:

§ 2 Begriffsbestimmungen

(1) Betroffene im Sinne dieses Gesetzes sind Menschen aller Altersgruppen, die sich mit dem eigenen Tod befassen, Suizidgedanken oder -absichten äußern, einen Suizidversuch ankündigen, beabsichtigen oder vorgenommen haben. Die Einordnung als betroffene Person eröffnet den Zugang zu freiwilligen Hilfs- und Beratungsangeboten und enthält keine Aussage über das Vorliegen oder Fehlen freier Willensbildung.

(2) Suizidalität bezeichnet Gedanken, Absichten und Handlungen, die nach der Vorstellung der betroffenen Person auf die eigenhändige Herbeiführung des eigenen Todes gerichtet sind. Nicht allein deshalb erfasst sind die Ablehnung oder Beendigung medizinischer Maßnahmen, die Umsetzung einer Patientenverfügung oder medizinisch indizierte Maßnahmen, bei denen eine mögliche Lebensverkürzung nicht bezweckt wird.

(3) Eine Suizidentcheidung kann auf freier und eigenverantwortlicher Willensbildung beruhen. Aus dem Inhalt des Suizidwunsches allein darf nicht auf deren Fehlen geschlossen werden. Bei der Beurteilung sind insbesondere die Fähigkeit zum Verständnis und zur Abwägung, die Ernsthaftigkeit und Beständigkeit der Entscheidung, konkrete krankheitsbedingte Beeinträchtigungen, unzulässige Einflussnahmen Dritter sowie der Informationsstand über tatsächlich verfügbare Alternativen zu berücksichtigen.

(4) Das Vorliegen einer psychischen oder körperlichen Erkrankung oder Behinderung begründet für sich genommen weder das Vorliegen noch das Fehlen freier Willensbildung.

(5) Die Begriffsbestimmungen dieses Gesetzes begründen keine Befugnis zu freiheitsbeschränkenden, freiheitsentziehenden oder medizinischen Maßnahmen gegen den Willen der betroffenen Person. Die Voraussetzungen solcher Maßnahmen bestimmen sich ausschließlich nach den hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften.

Eine solche Regelung wäre keine abschließende Kodifikation der Suizidassistenten. Sie würde weder einen Anspruch auf Hilfe noch eine Mitwirkungspflicht Dritter schaffen. Sie würde lediglich verhindern, dass ein Präventionsgesetz aufgrund seiner Begriffe die verfassungsrechtlich anerkannte Möglichkeit eines autonomen Sterbewunsches begrifflich verdrängt.

Abschließende Bewertung zu § 2

§ 2 ist in seiner gegenwärtigen Fassung für ein modernes und grundrechtssensibles

Suizidpräventionsgesetz nicht ausreichend. Der weite Zugang zu freiwilligen Hilfen ist zu begrüßen. Die Vorschrift differenziert jedoch nicht zwischen verschiedenen Formen suizidbezogener Gedanken und Handlungen, fasst das bloße Inkaufnehmen des Todes zu weit, vermischt psychische Zustände mit abgeschlossenen Todesfällen und lässt die verfassungsrechtlich entscheidende Kategorie freier Willensbildung vollständig unerwähnt.

Die Folge könnte zu einer mittelbaren Verfassungswidrigkeit führen. § 2 begründet für sich genommen weder Zwangsbefugnisse noch ein Verbot der Suizidassistenten. Die Norm birgt aber ein erhebliches Risiko mittelbarer Grundrechtsbeeinträchtigungen. Die Bundesfachstelle, Krisendienste und andere Akteure könnten den einheitlichen Begriff der Suizidalität zum Ausgangspunkt eines ebenfalls einheitlichen Verhinderungsauftrags machen. Gerade solche mittelbaren und faktischen Wirkungen sind nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts grundrechtlich relevant.

Ein Suizidpräventionsgesetz darf jeden Suizidwunsch ernst nehmen, aber nicht jeden Suizidwunsch gleich bewerten. Es muss niedrigschwellige Hilfe ermöglichen, ohne die Hilfesuchenden vorschnell zu pathologisieren. Es muss die freie Willensbildung prüfen und schützen, ohne dem Betroffenen die Beweislast für die Legitimität seiner höchstpersönlichen Entscheidung aufzuerlegen. Und es muss nicht freiverantwortliche Suizide wirksam verhindern, ohne das Recht auf selbstbestimmtes Sterben durch Begriffsbildung, institutionelle Praxis oder faktischen Interventionsdruck auszuhöhlen.

Zu § 3 – Bundesfachstelle

Die Errichtung einer Bundesfachstelle ist grundsätzlich zu begrüßen. Auch die ältere Stellungnahme bewertete eine nationale Koordinierungsstruktur positiv, soweit sie Informationen und Hilfsangebote bundesweit bekannt macht, bestehende Angebote vernetzt und den Zugang zu ihnen erleichtert. Ebenso wurden eine zentrale Rufnummer und eine bessere Todesursachenstatistik als sinnvolle Maßnahmen anerkannt.

Diese positiven Erwägungen gelten für die Bundesfachstelle des aktuellen Entwurfs fort. Allerdings muss ihre inhaltliche Arbeit verfassungsrechtlich eingehegt werden. Eine Stelle, die Qualitätsstandards, Fortbildungsempfehlungen, Informationsmaterialien und Handlungskonzepte zur Methodenrestriktion entwickelt, kann die praktische Behandlung freiverantwortlicher Suizidwünsche erheblich beeinflussen.

Die Bundesfachstelle darf deshalb nicht ausschließlich von einer suizidpräventiven Perspektive geprägt sein, die jedes Sterben durch Suizid als zu verhinderndes Scheitern versteht. Sie muss auch die verfassungsrechtliche Autonomieperspektive institutionell abbilden. Die fachliche Unabhängigkeit, interdisziplinäre Zusammensetzung, Transparenz der Entscheidungsverfahren und Beteiligung unterschiedlicher Positionen sollten gesetzlich abgesichert werden.

Zu § 4 – Aufgaben der Bundesfachstelle

Zentrale Rufnummer

Die Entwicklung einer unentgeltlichen, bundesweit einheitlichen Rufnummer ist zu begrüßen. Wir haben allerdings in unserer Stellungnahme von 2024 darauf hingewiesen, dass eine solche Anlaufstelle gegenüber Menschen mit einem freiverantwortlichen Suizidwunsch nur dann angemessen tätig wird, wenn sie nicht ausschließlich auf Abkehr von diesem Wunsch ausgerichtet ist.

Die Rufnummer sollte für alle Menschen mit Suizidgedanken erreichbar sein, aber unterschiedliche Bedarfe erkennen können. Menschen in einer akuten Krise benötigen sofortige Stabilisierung, Schutz und gegebenenfalls aufsuchende Hilfe. Menschen, die sich ergebnisoffen mit Fragen des selbstbestimmten Sterbens befassen, benötigen sachliche Information, ohne durch ihre Anfrage automatisch als akut gefährdet oder entscheidungsunfähig eingestuft zu werden.

Eine neutrale Information über die Rechtslage darf nicht mit Werbung für Suizidassistentz verwechselt werden. Umgekehrt darf die Rufnummer nicht als Instrument einer suggestiven oder faktisch verpflichtenden Lebensberatung ausgestaltet werden. Vertraulichkeit, Freiwilligkeit und

klare Kriterien für eine Einschaltung von Rettungsdienst oder Polizei sind unverzichtbar.

Methodenrestriktion

Die Entwicklung evidenzbasierter Maßnahmen zur Restriktion von Suizidmethoden ist für die Verhinderung impulsiver und nicht freiverantwortlicher Suizide sinnvoll. Die Aufgabe ist aber grundrechtlich sensibel. Eine undifferenzierte Restriktion sämtlicher Mittel und Wege kann auch die reale Wahrnehmung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben beeinträchtigen.

Die Bundesfachstelle darf nicht auf administrativem Weg Regelungen entwickeln, die faktisch wie ein Verbot der Suizidassistenten wirken. Maßnahmen zur Sicherung von Brücken, Bahnstrecken oder gefährlichen Orten sind anders zu bewerten als Konzepte, die gezielt den Zugang zu Mitteln einer ärztlich oder anderweitig begleiteten freiverantwortlichen Selbsttötung ausschließen. Letztere Fragen bedürfen einer parlamentarischen gesetzlichen Regelung und einer eigenständigen Verhältnismäßigkeitsprüfung.

Qualitätsstandards und Fortbildung

Die von der Bundesfachstelle zu entwickelnden Qualitätsstandards müssen die Unterscheidung zwischen akuter Suizidalität und freiverantwortlichem Suizidwunsch ausdrücklich berücksichtigen. Fortbildungen dürfen nicht nur Risikofaktoren, Krisenintervention und Weitervermittlung behandeln. Sie müssen auch die verfassungsrechtlichen Grenzen des Lebensschutzes, die Voraussetzungen von Unterbringung und Zwang, die Bedeutung der Freiverantwortlichkeit und die Abgrenzung zu Behandlungsabbruch, Patientenverfügung, palliativer Versorgung und Suizidassistenten vermitteln.

Unsere Stellungnahme von 2024 hat eindringlich auf die Gefahr eines defensiven Überhandelns hingewiesen. Fachpersonen könnten aus Sorge vor straf-, berufs- oder haftungsrechtlichen Vorwürfen vorsorglich Krisendienste, Rettungsdienst oder Polizei einschalten, obwohl ein freiverantwortlicher Suizidwunsch vorliegt. Auch wenn die damalige Regelung über Geheimnisträger im aktuellen Referentenentwurf entfallen ist, besteht das zugrunde liegende Problem fort. Es verlagert sich nun in die von der Bundesfachstelle zu entwickelnden Standards und in die Kooperationsregelungen des § 9.

Qualitätsstandards müssen deshalb klarstellen, dass eine geäußerte Suizidabsicht nicht automatisch eine akute Gefahr im gefahrenabwehrrechtlichen Sinne darstellt. Maßgeblich sind konkrete Umstände, insbesondere Impulsivität, zeitliche Unmittelbarkeit, Steuerungsfähigkeit, psychische Beeinträchtigung, Ambivalenz und äußere Einflussnahme.

Zu § 5 – Fachbeirat

Die Kritik in unserer Stellungnahme von 2024 an einer möglichen einseitigen Zusammensetzung des Fachbeirats ist uneingeschränkt weiterhin gegeben und gewinnt im aktuellen Referentenentwurf zusätzliches Gewicht. Der Fachbeirat soll die Bundesfachstelle bei der Entwicklung von Standards, Informationen und Handlungskonzepten unterstützen. Seine Zusammensetzung kann daher die praktische Reichweite des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben mittelbar erheblich beeinflussen.

Der Entwurf nennt Einrichtungen der Suizidprävention, Forschung und Praxis, Betroffenen- und Angehörigenverbände, Wissenschaft sowie Polizei und Rettungsdienst als mögliche Mitglieder. Eine zwingende Vertretung rechtswissenschaftlicher, medizinethischer oder praktischer Expertise zum selbstbestimmten Sterben ist nicht vorgesehen. Ebenso wenig wird gewährleistet, dass Organisationen oder Fachpersonen einbezogen werden, die Erfahrung mit der Begleitung freiverantwortlicher Suizidwünsche besitzen.

In unserer Stellungnahme von 2024 haben wir darauf hingewiesen, dass Teile des suizidpräventiven und psychiatrischen Fachbereichs dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben skeptisch oder ablehnend gegenüberstehen. Eine solche Haltung ist als persönliche oder fachpolitische Position legitim. Sie darf aber nicht zu einer institutionellen Einseitigkeit führen. Ein Fachbeirat, der fast ausschließlich aus Personen besteht, die jeden Sterbewunsch als Ausdruck unzureichend berücksichtigter Ambivalenz oder fehlender Lebenshilfe interpretieren, könnte das Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben durch Standards und Empfehlungen mittelbar aushöhlen.

Dem kann nicht dadurch begegnet werden, dass nur eine entgegengesetzte Einseitigkeit hergestellt wird. Erforderlich ist vielmehr echte Pluralität. Neben Expertinnen und Experten der Suizidprävention, Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialarbeit müssen zwingend auch Verfassungsrecht, Medizinrecht, Ethik, Palliativmedizin, Pflege, Betroffenenvertretung und praktische Expertise zur Freitodbegleitung vertreten sein.

Der Fachbeirat sollte nicht nur fakultativ eingerichtet werden. Seine Einrichtung und pluralistische Zusammensetzung müssen verpflichtend sein. Unter den höchstens elf Mitgliedern sollte mindestens eine Person über ausgewiesene rechtliche oder praktische Expertise zum Recht auf selbstbestimmtes Sterben verfügen. Ferner sollten Betroffenen- und Angehörigenvertretungen garantierte Sitze erhalten.

Zu § 6 – Geschäftsordnung

Die Geschäftsordnung muss die Unabhängigkeit des Fachbeirats sichern. Es reicht nicht, Unabhängigkeit lediglich als möglichen Regelungsgegenstand der von der Bundesfachstelle erstellten Geschäftsordnung zu nennen. Der Beirat sollte seine Geschäftsordnung grundsätzlich selbst beschließen.

Die Einholung eigener Gutachten und Expertisen darf nicht durch eine inhaltliche Vorprüfung der Bundesfachstelle oder des Ministeriums kontrolliert werden. Haushalts- und Rechtskontrolle sind legitim; eine Versagung aus fachpolitischen oder inhaltlichen Gründen wäre mit der Aufgabe eines unabhängigen Beirats nicht vereinbar.

Auch sollte die Geschäftsordnung Offenlegungspflichten für Interessenbindungen, Minderheitenvoten und eine transparente Dokumentation wesentlicher Empfehlungen vorsehen. Gerade in der kontroversen Frage des Verhältnisses von Suizidprävention und Selbstbestimmung darf nicht der Eindruck entstehen, fachlich umstrittene Positionen würden als einheitlicher wissenschaftlicher Konsens ausgegeben.

Zu § 7 und § 8 – Aufgabenübertragung und behördliche Unterstützung

Die Möglichkeit, Aufgaben der Bundesfachstelle vollständig oder teilweise auf Behörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit zu übertragen, ist zu weit. Sie kann dazu führen, dass die Bundesfachstelle zu einer bloßen organisatorischen Hülle wird.

Für grundrechtssensible Kernaufgaben wie die Entwicklung von Qualitätsstandards, Fortbildungsempfehlungen, Informationen und Konzepten zur Methodenrestriktion muss die Bundesfachstelle selbst verantwortlich bleiben. Diese Aufgaben dürfen nicht ohne klare gesetzliche Kriterien an eine Behörde übertragen werden, deren institutioneller Schwerpunkt möglicherweise nicht in einer interdisziplinären und grundrechtssensiblen Suizidprävention liegt.

Zu § 9 – Krisendienste

Der Ausbau flächendeckender, niedrigschwelliger und ständig erreichbarer Krisendienste gehört zu den wichtigsten Anliegen des Entwurfs. Menschen in suizidalen Krisen benötigen tatsächlich erreichbare Hilfe, nicht lediglich Informationen über theoretisch vorhandene Angebote.

Die Vorschrift bleibt jedoch unverbindlich. Die Länder sollen nur auf Entwicklung und Ausbau hinwirken. Die Überschrift verspricht eine „Sicherstellung“, während der Normtext lediglich eine

Bemühenspflicht begründet. Ohne Finanzierung, Fristen und überprüfbare Mindeststandards ist nicht gewährleistet, dass die bestehenden regionalen Unterschiede beseitigt werden.

In die Regelung sollte außerdem die aus unserer Stellungnahme 2024 übernehmbare Unterscheidung zwischen Offenheit des Angebots und angenommener Krisenbedürftigkeit eingearbeitet werden. Freiverantwortlich Suizidwilligen darf der Zugang zu einem Krisendienst nicht verschlossen werden. Sie dürfen aber nicht allein wegen ihrer Entscheidung als Krisenfall behandelt werden. Das Angebot muss offen, freiwillig und ergebnisoffen sein.

Besonders sensibel ist die in § 9 Abs. 1 Nr. 4 vorgesehene Zusammenarbeit mit den örtlichen Sicherheitsbehörden. Eine routinemäßige Einschaltung von Polizei oder Rettungsdienst bei jeder Äußerung eines Suizidwunsches würde eine erhebliche Abschreckungswirkung erzeugen. Menschen könnten aus Sorge vor Zwangsmaßnahmen vermeiden, offen über ihre Gedanken zu sprechen. Dies würde die Suizidprävention nicht stärken, sondern schwächen.

Die Zusammenarbeit mit Sicherheitsbehörden muss deshalb auf konkrete, gegenwärtige Gefahrenlagen beschränkt werden. Die Äußerung eines längerfristigen oder im Rahmen einer Freitodbegleitung geplanten Sterbewunsches genügt für sich genommen nicht. Die gesetzlichen Voraussetzungen von Unterbringung, Gewahrsam oder Behandlung gegen den Willen dürfen durch das Suizidpräventionsgesetz weder ersetzt noch abgesenkt werden.

Zu § 10 – Evaluation

Die vorgesehene Evaluation erst bis Ende 2038 ist zu spät. Neben den quantitativen Auswirkungen muss sie auch prüfen, ob der Entwurf zu einer angemessenen Differenzierung geführt hat oder ob freiverantwortlich Suizidwillige faktisch einem unnötigen Legitimations- und Interventionsdruck ausgesetzt wurden.

Zu evaluieren sind insbesondere die Zahl und Gründe der Einschaltung von Polizei und Rettungsdienst, unfreiwillige Unterbringungen nach Kontakt mit Krisendiensten, Beschwerden über nicht ergebnisoffene Beratung, die Behandlung freiverantwortlicher Suizidwünsche in Fortbildungs- und Qualitätsstandards sowie die Auswirkungen von Methodenrestriktionen auf die praktische Möglichkeit der Suizidassistenz.

Eine erste unabhängige Zwischenevaluation sollte spätestens drei Jahre nach Arbeitsaufnahme der Bundesfachstelle erfolgen.

Zu § 64f SGB V-E

Die Modellvorhaben zur Vernetzung und zur strukturierten Betreuung nach Suizidversuchen sind zu begrüßen. Die Versorgung nach einem Suizidversuch ist ein zentraler Ansatzpunkt wirksamer Prävention.

Die Regelung bleibt aber freiwillig und modellhaft. Menschen in akuten Krisen benötigen keine auf Dauer gestellte Modellversorgung, sondern verlässliche Regelstrukturen. Erfolgreiche Modelle müssen innerhalb festgelegter Fristen in die Regelversorgung überführt werden können.

Auch hier muss die Autonomieperspektive berücksichtigt werden. Die systematische Nachsorge nach einem Suizidversuch ist grundsätzlich legitim. Sie darf aber nicht ohne Einwilligung zu einer zeitlich unbegrenzten Kontrolle oder Überwachung führen. Datenschutz, Schweigepflicht und Freiwilligkeit müssen gewahrt bleiben, soweit nicht eine konkrete gegenwärtige Gefahr eine gesetzlich vorgesehene Ausnahme rechtfertigt.

Auswirkungen auf die derzeit praktizierte Freitodbegleitung

Der aktuelle Referentenentwurf verbietet die Freitodbegleitung nicht und ändert ihre strafrechtliche Zulässigkeit nicht unmittelbar. Er kann sie aber mittelbar erheblich beeinflussen.

Die einheitliche Einordnung aller Sterbewünsche als Suizidalität, die Entwicklung von Standards und Fortbildungen, die Methodenrestriktion und die Vernetzung mit Sicherheitsbehörden können dazu führen, dass freiverantwortlich geplante Suizide in der Praxis wie akute Krisenfälle behandelt werden. Die bereits in unserer Stellungnahme von 2024 geäußerte Sorge vor einer faktischen Einschränkung ohne ausdrückliches Verbotsgesetz bleibt deshalb aktuell.

Es wäre allerdings zu pauschal, jede Prüfung oder Beratung als unzulässige Behinderung zu bewerten. Eine professionelle Freitodbegleitung muss die Freiverantwortlichkeit sorgfältig prüfen, mögliche psychische Beeinträchtigungen, Drucksituationen und Informationsdefizite abklären sowie zumutbare Alternativen erörtern. Dies ist keine illegitime Hürde, sondern dient der Sicherung der autonomen Entscheidung.

Unzulässig wären dagegen Anforderungen, die nicht der Prüfung, sondern der Verhinderung dienen: wiederholte Begutachtungen ohne konkreten Anlass, unbegrenzte Beratungsschleifen, eine generelle psychiatrische Begutachtung unabhängig von Anhaltspunkten, suggestive Beratung mit vorgegebenem Ergebnis oder die Annahme, die Freiverantwortlichkeit sei wegen des Suizidwunsches

grundsätzlich zweifelhaft.

Unsere Stellungnahme von 2024 weist außerdem darauf hin, dass die praktische Freitodbegleitung regelmäßig kein spontaner oder undokumentierter Vorgang ist, sondern einen längeren Prüfungs- und Vorbereitungsprozess umfasst. Diese vorhandene Praxis sollte der Gesetzgeber zur Kenntnis nehmen, ohne ihre Standards ungeprüft zu übernehmen. Eine tragfähige Regelung erfordert einen Dialog zwischen Suizidprävention, Medizin, Psychotherapie, Rechtswissenschaft, Ethik, Palliativversorgung und den in der Freitodbegleitung tätigen Organisationen.

Abschließendes Votum

Die zentralen Erwägungen der DGHS-Stellungnahme von 2024 behalten auch gegenüber dem Referentenentwurf vom 25. Juni 2026 ihre Berechtigung. Dies gilt insbesondere für die Forderung nach einer konsequenten Unterscheidung zwischen suizidalen Krisen und freiverantwortlichen Suizidwünschen, für die Warnung vor paternalistischer Beratung, für die Vermeidung eines einseitigen Legitimationsdrucks, für die zielgenaue Verwendung präventiver Ressourcen und für die notwendige pluralistische Zusammensetzung des Fachbeirats.

Der aktuelle Entwurf hat die damals kritisierten Inkonsistenzen nicht beseitigt. Er hat die ausdrückliche Unterscheidung zwischen Menschen mit Suizidgedanken und freiverantwortlich Suizidwilligen vollständig aufgegeben. Damit steigt die Gefahr, dass der Präventionsauftrag auch auf Menschen erstreckt wird, deren Entscheidung nicht Ausdruck einer Krise oder eingeschränkter Selbstbestimmung ist.

Menschen in suizidalen Krisen benötigen dringend niedrigschwellige, flächendeckende und jederzeit erreichbare Unterstützung. Ein wirksames Suizidpräventionsgesetz muss diese Versorgung verbindlich aufbauen und finanzieren. Es wäre jedoch ein grundlegender Konstruktionsfehler, daraus einen undifferenzierten Auftrag zur Verhinderung jedes Suizids abzuleiten. Ein solches Modell würde das Recht auf selbstbestimmtes Sterben beeinträchtigen, Vertrauen in Hilfsangebote schwächen und knappe präventive Ressourcen fehlleiten.

Der Entwurf sollte daher vor allem in folgenden Punkten geändert werden:

§ 1 benötigt eine ausdrückliche Autonomie- und Freiwilligkeitsklausel.

§ 2 muss zwischen einer gesetzlichen Oberkategorie für Forschungszwecke und der rechtlich relevanten Qualität eines Suizidwunsches unterscheiden.

Die Arbeit der Bundesfachstelle muss grundrechtlich gebunden und transparent sein.

Der Fachbeirat muss verpflichtend, pluralistisch und unter Einbeziehung ausgewiesener Expertise

zum selbstbestimmten Sterben zusammengesetzt werden.

Qualitätsstandards und Krisendienstkonzepte müssen eine vorschnelle Pathologisierung und Überintervention ausschließen. Methodenrestriktionen dürfen die Wahrnehmung des Grundrechts nicht faktisch unmöglich machen. Krisendienste benötigen verbindliche Standards, Fristen und eine tragfähige Finanzierung.

Nur eine Suizidprävention, die sowohl das Leben als auch die Selbstbestimmung ernst nimmt, kann dauerhaft Vertrauen schaffen. Ein Suizidpräventionsgesetz darf einen freiverantwortlichen Suizidwunsch als krankheits- oder krisenbedingt behandeln. Es muss Menschen vor nicht freiverantwortlichen und übereilten Suiziden schützen, ohne freiverantwortlich handelnde Bürgerinnen und Bürger zu bevormunden oder ihnen die Wahrnehmung ihres Grundrechts faktisch zu erschweren.



RA Prof. Robert Roßbruch
Präsident des DGHS e. V.