

**Ärztlich assistierte Selbsttötung –
Umgang mit Anfragen von
Krebspatientinnen und Krebspatienten
Beiträge zur Gestaltung einer herausfordernden Praxis**

**Ärztlich assistierte Selbsttötung –
Umgang mit Anfragen von
Krebspatientinnen und Krebspatienten**

Beiträge zur Gestaltung einer herausfordernden Praxis

Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO

Band 20

**Ärztlich assistierte Selbsttötung – Umgang mit Anfragen
von Krebspatientinnen und Krebspatienten**

Beiträge zur Gestaltung einer herausfordernden Praxis

Stand: Juli 2022

ISBN 978-3-9821204-4-7

Herausgeberin und Herausgeber:

Prof. Dr. med. Hermann Einsele

Prof. Dr. med. Andreas Hochhaus

Prof. Dr. med. Maike de Wit

Dr. med. Carsten-Oliver Schulz

DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie
und Medizinische Onkologie e. V.

www.dgho.de

info@dgho.de

Autorinnen und Autoren:

Prof. Dr. med. Jan Schildmann

Prof. Dr. med. Dr. phil. Eva Winkler

Michael Oldenburg, M. A.

Prof. Dr. med. Christian Junghanß

Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Schuler

Prof. Dr. med. Lorenz Trümper

Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann

Katrin Helling-Plahr MdB

Renate Künast MdB

Prof. Dr. phil. Alfred Simon

Satz:

racken GmbH – Agentur für nachhaltige Kommunikation, Berlin

VORWORT

Der Deutsche Bundestag steht vor einer erneuten Entscheidung über Sterbehilfe und ärztlich assistierte Selbsttötung. An Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten sowie den betreuenden Personen in ihrem Umfeld ist das Thema besonders nahe.

Bereits im Jahr 2015 hatte die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) hierzu einen Band Ihrer Gesundheitspolitischen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Publikation basierte auf der Umfrage unter den Mitgliedern der Fachgesellschaft und zeigte eine fachlich reflektierte und dabei gleichzeitig empathische und verantwortungsbewusste Haltung der Ärztinnen und Ärzte. In einer begleitenden Stellungnahme hatte der Vorstand die Politik seinerzeit zur Schaffung eines rechtssicheren Raums aufgefördert. Den Rahmen hierzu hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) zwischenzeitlich in einem Urteil vom Februar 2020 geschaffen, in dem es ein individuelles Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben begründet. Dies schließt auch die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen.

Vor diesem Hintergrund hat die DGHO eine erneute Umfrage unter den Mitgliedern der Fachgesellschaft initiiert. Die hohe Teilnehmerate zeigt weiterhin die Intensität der individuellen Auseinandersetzung der Ärztinnen und Ärzte mit diesem Thema. Ergebnisse wurden auf der Jahrestagung 2021 mit Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Medizin und Ethik diskutiert.

Die Kernpunkte, die bei der Umsetzung des BVerfG-Urteils berücksichtigt werden sollten, sind aus Sicht der DGHO:

- Differenzierung und Einordnung individueller Gründe und Umstände für den Wunsch nach assistierter Selbsttötung
- Aus-, Fort- und Weiterbildung zum professionellen Umgang mit Sterbewünschen
- Qualitätssicherung und Forschung

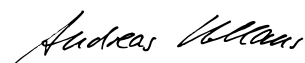
Der Vorstand der DGHO bedankt sich bei allen, die sich an den Diskussionen zu diesem Thema beteiligen. Insbesondere dankt er Prof. Dr. med. Jan Schildmann und Prof. Dr. med. Dr. phil. Eva Winkler für ihr unermüdliches Engagement in der strukturierten und lösungsorientierten Organisation und Moderation des Prozesses. Der Dank gilt auch Prof. Dr. med. Christian Junghanß, Michael Oldenburg, M. A., Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Schuler, Prof. Dr. med. Lorenz Trümper und Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann für viele inhaltliche und organisatorische Hilfestellungen.

Die vorliegende Schrift soll einen weiteren, konstruktiven Beitrag für Ärztinnen und Ärzte leisten, die im Rahmen der Behandlung von an Krebs Erkrankten mit dem Thema der ärztlich assistierten Selbsttötung konfrontiert werden.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen!



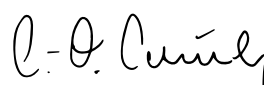
Prof. Dr. med. Hermann Einsele
Geschäftsführender Vorsitzender



Prof. Dr. med. Andreas Hochhaus
Vorsitzender



Prof. Dr. med. Maike de Wit
Mitglied im Vorstand



Dr. med. Carsten-Oliver Schulz
Mitglied im Vorstand

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	3
Ärztlich assistierte Selbsttötung – wichtige Themen und Diskussionspunkte aus onkologischer Sicht	
Eva Winkler / Jan Schildmann	5
Rolle und Verantwortung von Onkologinnen und Onkologen bei der assistierten Selbsttötung. Praxis und Ansichten der Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie	
Jan Schildmann / Christian Junghanß / Michael Oldenburg / Ulrich Schuler / Bernhard Wörmann / Lorenz Trümper / Eva Winkler	9
Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben	
Renate Künast	27
Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe	
Katrin Helling-Plahr	33
Der assistierte Suizid: Eine Ärztliche Aufgabe?	
Alfred Simon	39
Anhänge	
Gesetzentwürfe aus dem Deutschen Bundestag (Stand 24. Juni 2022)	50
Übersicht weitere Gesetzentwürfe	101

ÄRZTLICH ASSISTIERTE SELBSTTÖTUNG – WICHTIGE THEMEN UND DISKUSSIONSPUNKTE AUS ONKOLOGISCHER SICHT

Eva Winkler / Jan Schildmann

Der vorliegende Band ist bereits der zweite zum Thema ärztlich assistierte Selbsttötung in der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO). Wir greifen das Thema erneut auf, da die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen auch für Behandelnde in der Krebsversorgung von Bedeutung sind.

Wenige Monate nach Erscheinen des ersten Bandes im Jahr 2015 wurde vom Bundestag nach kontroversen Diskussionen das gesetzliche Verbot der „geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ entsprechend § 217 im Strafgesetzbuch (StGB) beschlossen. Auf die Schwierigkeiten einer solchen rechtlichen Regelung hatte der Vorstand der DGHO damals in einer Stellungnahme hingewiesen. Während die nachfolgenden Klagen vor dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) von vielen erwartet waren, stellt das Urteil vom 26. Februar 2020 eine Zäsur dar. Nicht nur wurde der § 217 StGB als verfassungswidrig eingestuft, sondern ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben begründet, das auch die Freiheit einschließt, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen.

Dieses Urteil erfordert nach unserer Einschätzung eine breite und gleichzeitig in Details gehende Diskussion über eine angemessene Gestaltung der moralisch kontrovers bewerteten Praxis der ärztlich assistierten Selbsttötung. Die DGHO hat als einen Ausgangspunkt für eine solche Diskussion 2021 eine erneute Umfrage zur Praxis sowie den Wahrnehmungen und Bewertungen der assistierten Selbsttötung unter ihren Mitgliedern durchgeführt. Weiterhin wurden Vertreterinnen und Vertreter aus Medizin, Ethik, Politik und weiteren Bereichen zur Diskussion über einen normativen Handlungsrahmen für die assistierte Selbsttötung im Rahmen der gemeinsamen Jahrestagung der DGHO, OeGHO, SGMÖ und SGH 2021 eingeladen. Der vorliegende Band fasst ausgewählte Ergebnisse der Umfrage unter den Mitgliedern sowie der Vorträge des Symposiums am 1. Oktober 2021 zusammen.¹ In der Zusammenschau der verschiedenen Beiträge können drei Themenfelder benannt werden, die insbesondere bearbeitet werden müssen, um die Praxis der ärztlich assistierten Selbsttötung angemessen gestalten zu können.

1. Differenzierung und Einordnung individueller Gründe und Umstände für den Wunsch nach assistierter Selbsttötung:

Das BVerfG hat in seinem Urteil deutlich gemacht, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht an Krankheit oder die letzte Lebensphase gebunden ist. In der Praxis erfolgen die Anfragen nach Beihilfe zur Selbsttötung allerdings in Situationen, die sich auch unter medizinischen und ethischen Gesichtspunkten unterscheiden können. So scheinen die Anforderungen an die Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit und Beratung unterschiedlich gelagert: Handelt es sich bei den Anfragenden um Patientinnen und Patienten, die sich nach einer Vielzahl von Krebstherapien einer Lebenserwartung von nur wenigen Wochen gegenübersehen, so kann die Beurteilung anders

¹ Darüber hinaus vgl. Schildmann J, Junghans C, Oldenburg M, Schuler U, Trümper L, Wörmann B, Winkler E. Role and responsibility of oncologists in assisted suicide. Practice and views among members of the German Society of Haematology and Medical Oncology. *ESMO Open*. 2021. doi: 10.1016/j.esmoop.2021.100329. Weiterhin enthält der Beitrag Ergebnisse der folgenden Publikation: Schildmann J, Cinci M, Kupsch L, Oldenburg M, Wörmann B, Nadolny S, Winkler E. Evaluating requests for physician-assisted suicide. A survey among German oncologists. *Cancer Med*. 2022. doi: 10.1002/cam4.4981.

ausfallen, als bei Anfragenden, die nach Diagnosestellung und Behandlungsmöglichkeiten eine realistische Aussicht auf Heilung hätten. In beiden Situationen haben Patientinnen und Patienten entsprechend des BVerfG-Urteils das Recht auf assistierte Selbsttötung. Gleichwohl scheint es auch unter ethischen Gesichtspunkten gut begründet, die Anforderung an die Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit und eine Beratung an die jeweilige Situation anzupassen. Vor diesem Hintergrund sollte geklärt werden, ob etwa das Vorliegen einer lebensbegrenzenden Erkrankung und damit gegebenenfalls verbundenes Leiden bei der Ausgestaltung der Anforderungen (beispielsweise hinsichtlich Wartezeiten, Konsultationen von Fachärztinnen und -ärzten) berücksichtigt werden sollen. Es muss weiterhin geprüft werden, wie das Recht auf assistierte Selbsttötung angemessen umgesetzt werden kann, wenn nur ein kleiner Teil der Ärztinnen und Ärzte bereit ist, Menschen bei der Selbsttötung zu assistieren, die sich nicht in der letzten Lebensphase befinden.

2. Aus-, Fort- und Weiterbildung zum professionellen Umgang bei Sterbewünschen

Ärztinnen und Ärzte, die mit dem Wunsch nach assistierter Selbsttötung konfrontiert werden, müssen über die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten für einen professionellen Umgang mit diesen herausfordernden Situationen verfügen. Hierzu gehören Kenntnisse zu mögliche Gründe für Sterbewünsche sowie ethische und kommunikative Kompetenzen. Dies ist zum einen erforderlich für eine angemessene Beratung. Zum anderen sind Kompetenzen für die Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit und Freiverantwortlichkeit erforderlich. Die notwendigen Kompetenzen werden derzeit nicht regelhaft und in angemessener Tiefe in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt. Entsprechend müssen zum einen Bedarfe ermittelt und zum anderen Konzepte für eine effektive Vermittlung der notwendigen Kompetenzen entwickelt und umgesetzt werden.

3. Qualitätssicherung und Forschung

Gerade vor dem Hintergrund der kontroversen moralischen Bewertungen der assistierten Selbsttötung ist es wichtig, die Praxis anhand vorab definierter Kriterien zur Qualität des Vorgehens zu dokumentieren. Dabei muss berücksichtigt werden, dass aussagekräftige und gleichzeitig in der alltäglichen Dokumentation gut umsetzbare Parameter ausgewählt werden. Eine regelmäßige Auswertung der Daten und ein strukturiertes Vorgehen für eine interdisziplinäre und partizipativ gestaltete Interpretation der erhobenen Informationen wäre wünschenswert. Dies ermöglicht zum einen Transparenz als eine wichtige Grundlage für das Vertrauen der Gesellschaft. Zum anderen können die erhobenen Informationen als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen für eine angemessene Praxis der assistierten Selbsttötung dienen. Ergänzend sind Forschungsvorhaben insbesondere mit Blick auf die Entwicklung und Testung von Instrumenten zur Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit und Freiverantwortlichkeit sowie von Kriterien bezüglich Information und Beratung notwendig.

Zusammenfassend erfordert der neue Rechtsrahmen für die ärztlich assistierte Selbsttötung die Entwicklung von Kriterien für eine angemessene Gestaltung der Praxis. In diesem Zusammenhang sind gesetzliche Vorgaben wichtig. Sie allein werden aber kein Garant für eine gute Praxis im Umgang mit Menschen sein, die Beihilfe zur Selbsttötung anfragen. Die Autorinnen und Autoren hoffen, dass der vorliegende Band Impulse für eine breite Diskussion über einen guten Umgang mit Anfragen nach assistierter Selbsttötung geben kann.

Interessenerklärung: Eva Winkler und Jan Schildmann haben Forschungsvorhaben zur assistierten Selbsttötung und angrenzenden Themen durchgeführt.

ROLLE UND VERANTWORTUNG VON ONKOLOGINNEN UND ONKOLOGEN BEI DER ASSISTIERTEN SELBSTTÖTUNG. PRAXIS UND ANSICHTEN DER MITGLIEDER DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE²

**Jan Schildmann / Christian Junghanß / Michael Oldenburg / Ulrich Schuler /
Bernhard Wörmann / Lorenz Trümper / Eva Winkler**

Hintergrund

Ob Ärztinnen und Ärzte bei der Selbsttötung helfen sollten oder nicht, wird kontrovers diskutiert [1,2,3]. In den letzten Jahren haben mehrere Länder und Staaten rechtliche Regelungen erlassen, die es Ärztinnen und Ärzten erlauben, Patientinnen und Patienten zu assistieren, die ihr Leben beenden wollen. Allerdings unterscheiden sich international rechtliche sowie weitere Rahmenbedingungen für die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung deutlich [4,5,6]. Diese Unterschiede wirken sich auf die professionelle Rolle von Ärztinnen und Ärzten und die ihnen zugewiesenen Aufgaben im Zusammenhang mit assistierter Selbsttötung aus.

Ärztlich assistierte Selbsttötung und die Schaffung von diesbezüglichen Regelungen sind insbesondere für Onkologinnen und Onkologen von praktischer Bedeutung. Empirische Untersuchungen zeigen, dass Krebspatientinnen und -patienten die größte Gruppe des wachsenden Anteils von Menschen bilden, die mittels ärztlich assistierter Selbsttötung sterben [7,8,9]. Darüber hinaus ist belegt, dass eine beträchtliche Anzahl der Onkologinnen und Onkologen durch ihre Patientinnen und Patienten auf das Thema angesprochen wird [10,11]. Der angemessene Umgang mit entsprechenden Anfragen stellt eine Herausforderung dar, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass Sterbewünsche häufig sind und unterschiedlich begründet sein können [12].

Die Frage, wie die Praxis der ärztlich assistierten Selbsttötung zu regeln ist, stellt sich in Deutschland vordringlich, nachdem das 2015 in Kraft getretene Verbot der Assistenz zur Selbsttötung im Februar 2020 vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) für verfassungswidrig erklärt wurde [13]. Anders als beispielsweise in Oregon in den USA [14] oder den Niederlanden begründet das BVerfG das Recht auf Beihilfe zur Selbsttötung ausschließlich mit der Autonomie der Patientinnen und Patienten, während das Ausmaß ihres Leidens oder eine lebensbegrenzende Erkrankung keine notwendigen Voraussetzungen sind. Folglich ist die Bewertung der autonomen Entscheidung der Person bei der Entscheidungsfindung über die Beihilfe zur Selbsttötung von größter Bedeutung [15]. In jüngerer Zeit wurden verschiedene Vorschläge für eine neue Gesetzgebung veröffentlicht [16,17,18,19]. Darüber hinaus hat die Bundesärztekammer (BÄK) im Mai 2021 das generelle Verbot von ärztlich assistierter Selbsttötung, welches zuvor auch Teil der (Muster-)Berufsordnung war, zurückgenommen.

Angesichts der praktischen Relevanz und Komplexität von Anfragen nach assistierter Selbsttötung für Onkologinnen und Onkologen führte die DGHO im März 2021 eine Online-Umfrage unter ihren Mitgliedern zu diesem Thema durch. Die Studie knüpft an eine erste DGHO-Umfrage zum Thema an, die 2015 vor dem damaligen Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung durchgeführt worden war [10].

2 Der Beitrag basiert auf einer veränderten Übersetzung der Artikel Schildmann J, et al. 2021 und Schildmann J, et al. 2022, N. 1, S. 8.

Die Ziele dieser Studie sind

- a) die derzeitigen Erfahrungen und Praktiken von Onkologinnen und Onkologen im Zusammenhang mit Anfragen nach ärztlich assistierter Selbsttötung zu beschreiben,
- b) persönliche Einstellungen und Ansichten zu den (möglichen) Rollen von Ärztinnen und Ärzten sowie Regelungen bezüglich der Assistenz zur Selbsttötung zu erkunden und
- c) eine Analyse von Faktoren, die für die persönlichen Einstellungen, Praktiken und Ansichten zur ärztlich assistierten Selbsttötung ausschlaggebend sind sowie ein Vergleich der aktuellen Ergebnisse mit den erhobenen Daten der Umfrage aus 2015.

Methodik

Fragebogen

Der Fragebogen besteht aus 51 Fragen zu Erfahrungen im Zusammenhang mit (Anfragen nach) ärztlich assistierter Selbsttötung, persönlichen Einstellungen und Ansichten zu möglichen Regelungen und der Rolle der Ärztinnen und Ärzte. Elf Items beziehen sich auf soziodemografische Daten. Das Instrument wurde von Expertinnen und Experten aus den Bereichen Onkologie, Gesundheitsforschung, Palliativmedizin und Medizinethik auf der Grundlage früherer Erhebungen [10,20,21,22,23] und mit Bezug auf den Inhalt der verschiedenen Vorschläge zur Regelung der ärztlich assistierten Selbsttötung [4,16,17,18,19] entwickelt. Der Fragebogen umfasst Single- und Multiple-Choice-Fragen sowie Möglichkeiten zur Angabe von Freitextantworten. Zwei vorläufige Versionen der Online-Umfrage wurden von (studentischen) Forscherinnen und Forschern mit Kenntnissen in Medizin, Ethik, Krankenpflege, Gesundheitsforschung und anderen Fächern zuvor getestet.

Datenerhebung und -analyse

Die Online-Umfrage wurde zusammen mit einer kurzen Einladungs-E-Mail am 11. März 2021 an alle Mitglieder der DGHO mit einer gültigen E-Mail-Adresse verschickt, mit zwei folgenden E-Mails als Erinnerung. Die Online-Umfrage wurde am 31. März 2021 geschlossen. Um allen Mitgliedern der DGHO die Teilnahme zu ermöglichen, wurde auf eine Zufallsstichprobe verzichtet.

Die Datenerhebung erfolgte anonym über die Online-Plattform SurveyMonkey®. Die Studie erhielt eine Ausnahmegenehmigung von der Forschungsethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Reg.-Nr. 2021-054).

Die Ergebnisse der deskriptiven Analyse werden als Gesamtzahlen und Prozentsätze entweder für die ganze Stichprobe (einschließlich fehlender Antworten) oder im Falle von Filterfragen für diejenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, welche die Option hatten, die jeweilige Frage zu beantworten, angegeben. Die Antworten in den Freitextfeldern für jede Frage wurden unabhängig voneinander von einer Forscherin und einem Forscher (L. Kupsch, M. Cinci) nach den Prinzipien der strukturierten

qualitativen Inhaltsanalyse kodiert [24]. Ein Drittel der Daten wurde induktiv kodiert, gefolgt von einer Sitzung zur Entwicklung eines einvernehmlichen, aus den Daten abgeleiteten Kodierschemas. Die verbleibenden Daten wurden dann anhand des Kodierschemas analysiert, wobei die Möglichkeit bestand, bei Bedarf weitere Subcodes hinzuzufügen. Einige Freitextantworten konnten nicht weiter gruppiert werden und wurden daher einer eigenen Sammelkategorie zugeordnet. Da es den Daten an Tiefe mangelte, haben wir uns für eine Berichterstattung in absoluten Häufigkeiten entschieden.

Auf der Grundlage veröffentlichter Daten und unter Einbeziehung des Fachwissens der multidisziplinären Studiengruppe formulierten wir die folgenden Hypothesen:

- 1) Befragte mit weniger als zehn Jahren Berufserfahrung lehnen ärztlich assistierte Selbsttötung häufiger ab.
- 2) Befragte, die in einem Krankenhaus mit religiöser Zugehörigkeit arbeiten, lehnen ärztlich assistierte Selbsttötung häufiger ab.
- 3) Befragte mit einer Zusatzbezeichnung in Palliativmedizin lehnen ärztlich assistierte Selbsttötung häufiger ab.
- 4) Befragte, die angeben, dass sie um die Verschreibung von Medikamenten zur Selbsttötung gebeten wurden, sind häufiger bereit, bei einer Selbsttötung zu helfen.
- 5) Weibliche Befragte fordern häufiger die Einbeziehung mehrerer Disziplinen im Rahmen der Beratung von Personen, die eine ärztlich assistierte Selbsttötung beantragen.

Zur Untersuchung der bivariaten Beziehungen zwischen den abhängigen Variablen und den unabhängigen Variablen für die Hypothesen 1 bis 4 wurden binäre logistische Regressionen verwendet und Odds Ratios (ORs), ihre 95 %-Konfidenzintervalle (CI) und p-Werte berechnet. Für Hypothese 5 wurden die Antworten auf die ordinalskalierten Fragen „Wie wichtig ist diese Disziplin?“ (Palliativmedizin, Psychologie, Psychiatrie, Sozialarbeit, Krankenpflege, Laien, Disziplin, die mit der zugrundeliegenden Krankheit in Verbindung steht, andere) berücksichtigt. Es wurde eine neue Variable berechnet, welche die Antworten „sehr wichtig“ und „wichtig“ auf jede Unterfrage zählte, was zu einer Intervallvariable „Anzahl der beteiligten Disziplinen“ führte. Hypothese 5 wurde dann mittels eines ungepaarten t-Tests überprüft, und die Ergebnisse wurden in Form von Mittelwertdifferenz (MD), CI und p-Werten angegeben. Anschließend wurde eine multivariable logistische Regression mit den relevanten Prädiktoren der Hypothesen 1 bis 4 auf die Bereitschaft zur Beihilfe zur Selbsttötung in einem Block mit der Enter-Methode durchgeführt. P-Werte $< 0,05$ wurden als signifikant angesehen. Die statistische Analyse wurde mit IBM SPSS Statistics Version 24.0 für Windows durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt haben 745 von 3.588 DGHO-Mitgliedern mit einer gültigen E-Mail-Adresse an der Online-Umfrage teilgenommen (20,8% Rücklaufquote). Davon waren 36,5% (n = 272) weiblich und 56,4% (n = 420) männlich, 80,4% (n = 599) haben mindestens zehn Jahre in der Onkologie gearbeitet und 344 Befragte (46,2%) besaßen eine Zusatzbezeichnung in Palliativmedizin. Tabelle 1 gibt einen Überblick sowohl über die soziodemografischen Merkmale der Befragten als auch die aller DGHO-Mitglieder.

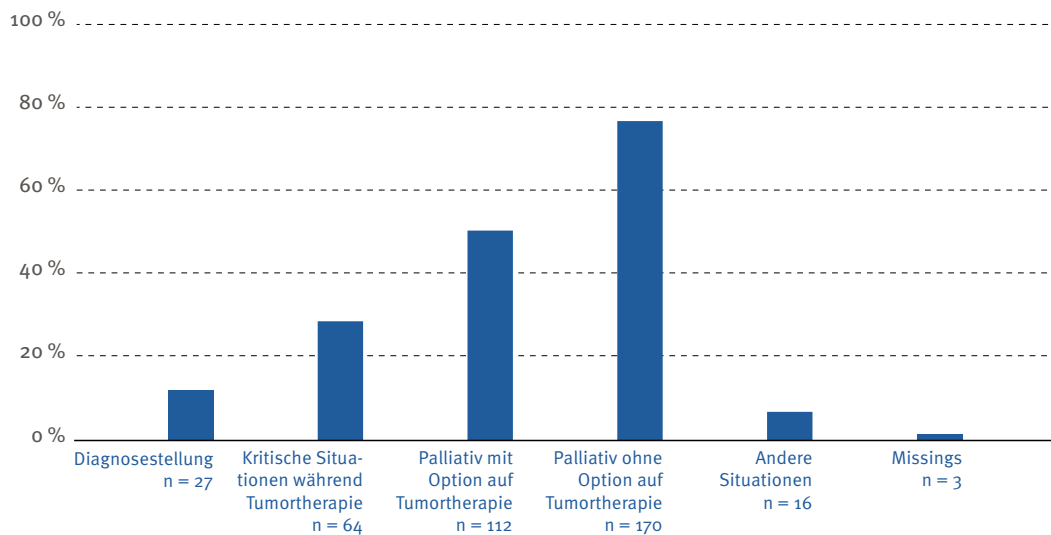
Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale

	Teilnehmende: n (%)	Alle DGHO-Mitglieder: n (%)
Geschlecht		
Weiblich	272 (36,5)	1.309 (35,7)
Männlich	420 (56,4)	2.360 (54,3)
Divers	4 (0,5)	Nicht verfügbar
Keine Angaben	49 (6,6)	---
Alter		
< 30 Jahre	18 (2,4)	59 (1,6)
30 – 40 Jahre	92 (12,4)	501 (13,7)
41 – 50 Jahre	166 (22,3)	823 (22,4)
51 – 60 Jahre	245 (32,9)	958 (26,1)
> 60 Jahre	172 (23,1)	685 (18,7)
Keine Angaben	53 (7,1)	559 (15,6)
Versorgungsbereich		
Ambulant	277 (37,2)	881 (24,0)
Stationär	458 (61,5)	1.964 (53,5)
Universitätsklinik	207 (27,8)	Nicht verfügbar
andere Klinik	251 (33,7)	Nicht verfügbar
Anderer Bereich	61 (8,2)	824 (22,5)
Keine Angaben	43 (5,8)	---
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin		
Ja	344 (46,2)	909 (24,8)
Nein	356 (47,8)	2.760 (75,2)

Anfragen zur Assistenz zur Selbsttötung

Mehr als die Hälfte (n = 425; 57,1%) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde nach Informationen zur assistierten Selbsttötung gefragt und fast ein Drittel (n = 223; 29,9%) wurde schon einmal von Krebspatientinnen und -patienten um ein Rezept für Medikamente zur Selbsttötung gebeten. Die angegebenen Häufigkeiten solcher Anfragen reichten von einem bis zu mehr als 100 Mal im Laufe eines Berufslebens. Die meisten dieser Anfragen (n = 170; 76,2%) stammten von Patientinnen und Patienten in einer palliativen Situation ohne Optionen für eine weitere spezifische Krebsbehandlung (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Klinische Situationen von Patientinnen und Patienten, die eine Verschreibung von Medikamenten zur Selbsttötung beantragt haben (Mehrfachnennungen möglich)



Praxis der Assistenz zur Selbsttötung

22 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (3,0%) gaben an, bereits Assistenz zur Selbsttötung geleistet zu haben, wobei Häufigkeitsangaben zwischen einem bis zu mehr als 15 Fällen variiert haben (Median: 1). Neun Befragte gaben an, Medikamente zur Selbsttötung verschrieben zu haben und sechs gaben an, zu diesem Zweck Medikamente ausgehändigt zu haben. Zwölf der Befragten der erstgenannten Gruppe waren männlich und zehn weiblich. Zehn der Befragten waren im ambulanten Bereich tätig, acht hingegen in Krankenhäusern. Von diesen Befragten hatten 18 mehr als zehn Jahre Berufserfahrung.

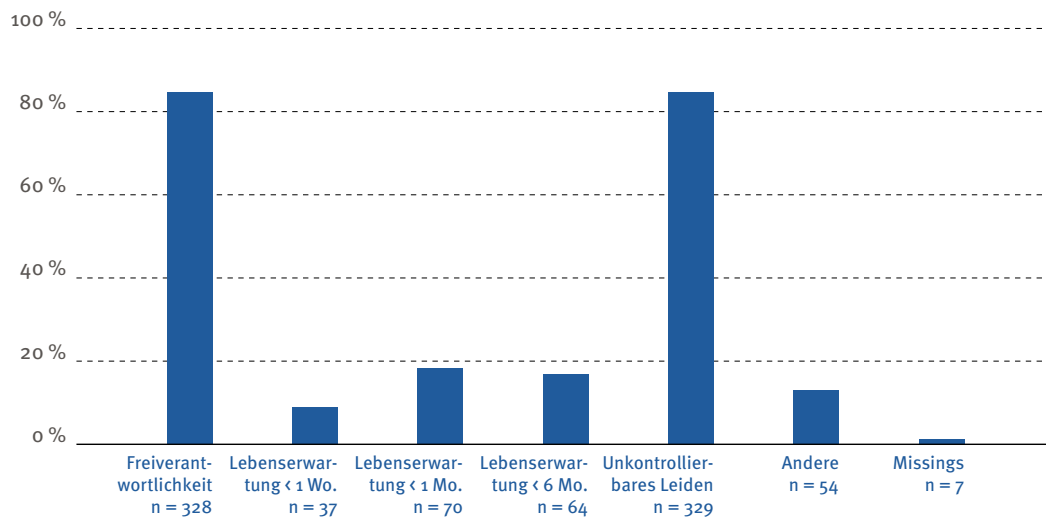
Persönliche Haltungen und Ansichten zur berufsrechtlichen Regelung

Etwa die Hälfte (n = 350; 47,0 %) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer lehnte die Beihilfe zur Selbsttötung gänzlich ab, 30,3 % (n = 226) haben ärztlich assistierte Selbsttötung hingegen unter bestimmten Bedingungen und 15,6 % (n = 116) diese generell unterstützt. Die häufigsten Kommentare im Freitextfeld waren „Aussagen gegen ärztlich assistierte Selbsttötung“ (n = 14) sowie Aussagen zu „Symptomatik und Prognose“ (n = 14) und „Relevanz der rechtlichen Rahmenbedingungen“ als Faktoren für die Bereitschaft zur Beihilfe zur Selbsttötung (n = 11). Als weiteres relevantes Kriterium wurde von acht Befragten die „persönliche Kenntnis der antragstellenden Person und ihrer Lebensumstände“ genannt. Alle Codes aus der Freitextanalyse zu diesen und weiteren quantitativen Daten, die in dieser Arbeit vorgestellt werden, finden sich in Anlage 1.

Die Befragten, die die Bereitschaft zur Beihilfe zur Selbsttötung nicht ausgeschlossen hatten, wurden gebeten, Bedingungen anzugeben, unter denen sie bereit wären, eine solche Beihilfe in Betracht zu ziehen. „Unkontrollierbares Leiden“ (n = 329; 83,7 %) und „Freiverantwortlichkeit“ (n = 328; 83,5 %) wurden am häufigsten als Bedingungen genannt, während die mutmaßliche Lebenserwartung nur von einer Minderheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als relevant angesehen wurde. Etwa ein Viertel (n = 96; 25,4 %) gab an, dass sie Assistenz zur Selbsttötung auch dann in Erwägung ziehen würden, wenn die Anfragenden eine psychische Erkrankung hätten, und 10,2 % (n = 40) gaben an, dass sie dies auch dann tun würden, wenn die Anfragenden überhaupt keine Erkrankung hätten (siehe Abbildung 2).

Ein berufsrechtliches Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung wurde von 43,5 % (n = 324) der Befragten abgelehnt, 26,7 % (n = 199) befürworteten ein solches Verbot und 26,2 % (n = 195) waren unentschieden. In den zugehörigen Freitextkommentaren wurden am häufigsten die Themen „Notwendigkeit klarer Regelungen“ (n = 17), „individueller Handlungsspielraum für Ärztinnen und Ärzte“ (n = 8) und „Selbstbestimmung für Patientinnen und Patienten sowie Recht auf Sterben“ (n = 6) genannt.

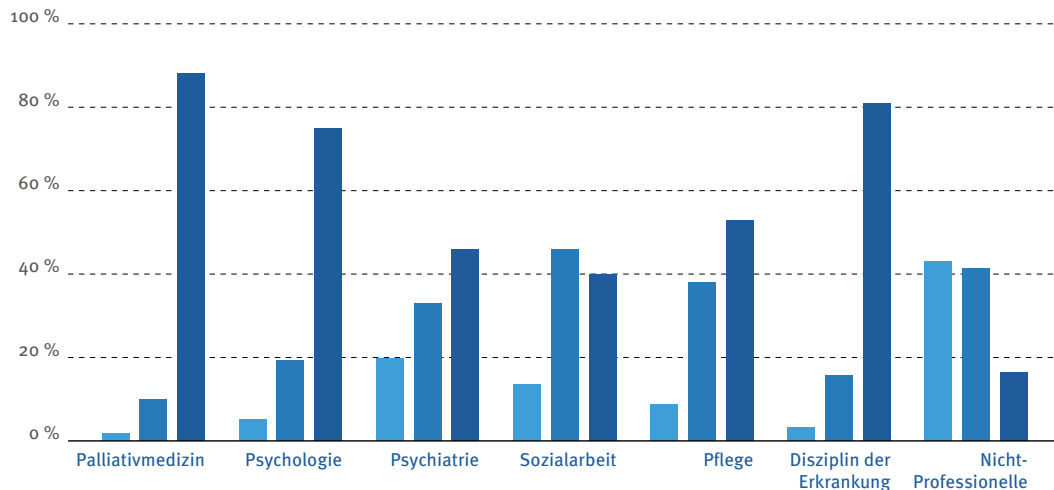
Abbildung 2: Bedingungen, unter denen ärztlich assistierte Selbsttötung in Erwägung gezogen würde (Untergruppe der Befragten, die ärztlich assistierte Selbsttötung nicht ablehnen; Mehrfachnennungen möglich)



Ansichten zur Rolle von Ärztinnen und Ärzten bei ärztlich assistierter Selbsttötung

Auf die Frage, welche Rolle Ärztinnen und Ärzten bei der Beratung von Menschen, die eine ärztlich assistierte Selbsttötung wünschen, spielen sollten, gaben 43,6 % (n = 325) der Befragten an, dass diese Aufgabe ärztlicherseits umgesetzt werden kann, 32,6 % (n = 243) gaben an, dass Beratungen ausschließlich von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden sollten, wohingegen 10,7 % (n = 80) eine Rolle der Ärztinnen und Ärzte bei der Beratung ablehnten. Information über palliative (n = 651; 92,7%) und psychologische Angebote (n = 598; 85,6%) wurden von den Befragten am häufigsten als wichtig erachtet. In den Freitextkommentaren hoben 24 Teilnehmerinnen und Teilnehmer „multi-professionelle Teams“ als Strukturelement für die Beratung hervor, während 21 Kommentare auf die Notwendigkeit der „Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten“ in die Beratung hinwiesen. Die Freitextkommentare von 15 Befragten erwähnten die „Einbeziehung anderer Berufe“ als weiteres Element des Beratungsprozesses. Die beiden am häufigsten genannten Disziplinen, die in die Beratung einbezogen werden sollten, waren Fachkräfte der Palliativversorgung (n = 617; 88,1%) und der auf die Krankheit der Patientinnen und Patienten spezialisierten Disziplin (n = 562; 81,5%). Abbildung 3 fasst Prioritäten der Befragten zusammen und gibt einen Überblick, wie häufig Parteien, die einbezogen werden sollten, genannt wurden. Mehr als die Hälfte (n = 429; 57,6%) befürwortete eine formale Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit durch eine Expertin oder einen Experten und ein Drittel (n = 249; 33,4%) befürwortete eine Zeitspanne von 14 Tagen zwischen Beratung und Verschreibung einer Substanz zur Selbsttötung.

Abbildung 3: Disziplinen und weitere Parteien, die im Falle von Anfragen nach Beihilfe zur Selbsttötung einbezogen werden sollten (Mehrfachnennungen möglich; hellblau = weniger wichtig, blau = wichtig, dunkelblau = sehr wichtig)



Die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wies Ärztinnen und Ärzten eine Rolle bei der Beurteilung zu, ob Anfragen nach Beihilfe zur Selbsttötung als Ausdruck von Freiverantwortlichkeit gewertet werden können: 43,0% (n = 320) der Befragten gaben an, dass die Beurteilung, ob der Wunsch der Anfragenden freiverantwortlich ist, von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden kann und 25,9% (n = 193) gaben an, dass diese Aufgabe ausschließlich von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden sollte. 14,5% (n = 108) sprachen sich gegen die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an dieser Aufgabe aus. Die häufigsten Freitextkommentare zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit bezogen sich auf „multiprofessionelle (ethische) Fallbesprechung“ (n = 42), „Einbeziehung von Psychologinnen und Psychologen oder Psychiaterinnen und Psychiatern“ (n = 20), „Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten“ (n = 10) und Einbeziehung von „Juristinnen und Juristen“ (n = 5). Hinsichtlich der Abgabe von Medikamenten für die ärztlich assistierte Selbsttötung betrug der Anteil der Befragten, die angaben, dass diese Aufgabe ausschließlich von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden sollte, 42,0% (n = 313). Weitere 20,1% (n = 150) waren der Meinung, dass diese Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden kann, während 25,0% (n = 186) antworteten, dass diese Aufgabe nicht von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden sollte.

Determinanten im Zusammenhang mit Erfahrungen und Ansichten zur ärztlich assistierten Selbsttötung

Die bivariate logistische Regression ergab, dass Befragte mit weniger als zehn Jahren Berufserfahrung im Vergleich zu Befragten mit längerer Berufserfahrung seltener bereit waren, bei einer Selbsttötung ärztlich zu assistieren (OR: 0,41; CI: 0,26-0,65; $p = 0,00$). Ebenso zogen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die in einem Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft arbeiteten (OR: 0,54; CI: 0,33-0,89; $p = 0,014$) und jene mit einer Subspezialisierung in der Palliativmedizin seltener eine ärztliche Assistenz zur Selbsttötung in Betracht (OR: 0,74; CI: 0,55-0,99; $p = 0,047$). Es gab keinen Unterschied in Bezug auf die Bereitschaft zur Beihilfe zur Selbsttötung bei Befragten, die bereits wegen der Verschreibung tödlicher Medikamente angesprochen worden waren, im Vergleich zu denjenigen, die keine solche Praxiserfahrung angegeben hatten (OR: 1,14; CI: 0,82 - 1,54; $p = 0,465$). Die weiblichen Befragten stimmten im Vergleich zu den männlichen Befragten für die Einbeziehung von mehr Disziplinen und weiteren Parteien in die Beratung (MD: 0,32; CI: 0,10-0,53; $p = 0,005$). Eine multivariable logistische Regression auf die Bereitschaft zur Assistenz zur Selbsttötung und die Prädiktoren Subspezialisierung in der Palliativmedizin, Religionszugehörigkeit und weniger als zehn Jahre Berufserfahrung ergab ein relevantes Modell ($p = 0,00$) mit Nagelkerkes R^2 von 0,042. Allerdings zeigten nur die Religionszugehörigkeit (OR: 0,55; CI: 0,33-0,91; $p = 0,20$) und die Berufserfahrung (OR: 0,42; CI: 0,26-0,67; $p = 0,00$) einen sinnvollen Beitrag zum Modell.

Vergleich mit der DGHO-Erhebung 2015

Im Vergleich zu den Daten unserer Umfrage zum Thema im Jahr 2015 gab es unter den DGHO-Mitgliedern vor sechs Jahren weniger Bereitschaft zur Beihilfe zur Selbsttötung (OR: 0,59; CI: 0,48-0,73; $p = 0,00$), weniger berichtete Anfragen nach tödlichen Medikamenten (OR: 0,33; CI: 0,26-0,43; $p = 0,00$) und mehr Unterstützung für ein berufsrechtliches Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung (OR: 1,85; CI: 1,489-2,31; $p = 0,00$) als im Jahr 2021.

Diskussion

Die Studie gibt Auskunft über Praktiken, persönliche Einstellungen und Ansichten bezüglich der Regelung der ärztlich assistierten Selbsttötung auf der Grundlage von Rückmeldungen von 745 Mitgliedern der DGHO. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie sind erstens, dass nur ein kleiner Teil der Onkologinnen und Onkologen (3,0 %) Beihilfe zur Selbsttötung geleistet hat, aber eine beträchtliche Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (29,9 %) mit Anfragen nach einer Verschreibung von Medikamenten zum Zweck der Beihilfe zur Selbsttötung konfrontiert war. Zweitens war die Einstellung der Befragten in Bezug auf ihre Bereitschaft zur ärztlich assistierten Selbsttötung heterogen. Nur eine Minderheit (26,7 %) befürwortete ein berufsrechtliches Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung. Freiverantwortlichkeit und unerträgliches Leiden waren wichtige Kriterien für die Bereitschaft zur ärztlich

assistierten Selbsttötung. Drittens sah eine Mehrheit der Befragten die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten als möglich oder sogar als obligatorische Aufgabe im Rahmen der Beihilfe zur Selbsttötung an. Schließlich konnten wir weniger als zehn Jahre Berufserfahrung, die kirchliche Trägerschaft und eine Zusatzqualifikation in der Palliativmedizin als Faktoren identifizieren, die mit der Ablehnung der ärztlich assistierten Selbsttötung assoziiert sind. Darüber hinaus wurde im Vergleich zu unserer Umfrage von 2015 über deutlich mehr Anfragen bezüglich Beihilfe zur Selbsttötung berichtet und es gab weniger Befürwortung eines berufsrechtlichen Verbots der ärztlich assistierten Selbsttötung.

Praxis der ärztlich assistierten Selbsttötung

Fast ein Drittel der Befragten wurde mindestens einmal von Patientinnen und Patienten um ein Rezept für ein tödliches Medikament gebeten. Im Vergleich berichteten mit 50,6 % in einer Studie unter US-amerikanischen Onkologinnen und Onkologen [11] mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer über Anfragen zur ärztlich assistierten Selbsttötung, aber der Unterschied kann durch die Tatsache erklärt werden, dass an unserer Online-Umfrage Beteiligte speziell nach der Verschreibung tödlicher Medikamente gefragt wurden. In der vorangegangenen Studie unter deutschen Onkologinnen und Onkologen aus dem Jahr 2015 gaben nur 13 % an, dass sie um ein Rezept für ein tödliches Medikament gebeten worden waren [10]. Die meisten Anfragen wurden in der letzten Phase der Erkrankung gestellt. Es erscheint wichtig zu erforschen, ob und inwieweit diese Anfragen beispielsweise durch eine palliative oder anderweitige Beratung beeinflusst werden können und welche professionellen Kompetenzen erforderlich sind, um mit diesen schwierigen Situationen umzugehen [25]. Bestehende Leitlinien weisen auf ein breites Spektrum von medizinischen, ethischen und kommunikativen Kompetenzen hin, die für die professionelle Handhabung von Anfragen nach Assistenz zur Selbsttötung notwendig sind [26]. 3 % der Befragten haben im Laufe ihres Berufslebens mit einer Häufigkeit von einem bis über 15 Mal Beihilfe zur Selbsttötung geleistet. Diese Zahlen sind vergleichbar mit den Daten einer kürzlich veröffentlichten Umfrage unter US-amerikanischen Geriaterinnen und Geriatern, bei der 2,2 % über die Verschreibung von Medikamenten für die Selbsttötung berichteten [21], und decken sich mit unserer eigenen Umfrage aus 2015 [10]. Angesichts der relativ geringen Anzahl muss geklärt werden, mit Hilfe welcher Strukturen gewährleistet werden kann, dass Anfragen zur Beihilfe zur Selbsttötung von Ärztinnen und Ärzten und/oder anderen Berufsgruppen kompetent behandelt werden können [27]. In Bezug auf mögliche Entwicklungen hinsichtlich der Häufigkeit zeigen Daten aus der Schweiz und aus Oregon in den USA, dass es in den letzten Jahren einen Trend zu steigenden Melderaten für ärztlich assistierte Selbsttötung gibt [9,28].

Persönliche Einstellungen und Ansichten über die Regulierung der Praxis

Ähnlich wie bei anderen in den letzten Jahren veröffentlichten Umfragen [20,21,29,30,31] ist die Position der Befragten hinsichtlich einer möglichen Bereitschaft zur Beihilfe zur Selbsttötung gespalten. Interessanterweise gibt es deutlich weniger Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die ein berufsrechtliches Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung befürworten, als solche, die sie aufgrund persönlicher Einstellungen ablehnen. In einer Umfrage unter britischen Ärztinnen und Ärzten, die von der British Medical Association im Jahr 2020 durchgeführt wurde, zeigt sich ein ähnliches Bild: 45 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren zwar nicht bereit, lebensbeendende Medikamente zu verschreiben, aber lediglich 33 % der Mitglieder der British Medical Association befürworteten eine berufsständische Positionierung gegen ärztlich assistierte Selbsttötung [32]. Im Vergleich zu den Ergebnissen unserer Umfrage aus dem Jahr 2015 unter den Mitgliedern der DGHO ist die Unterstützung für ein berufsrechtliches Verbot deutlich zurückgegangen. Eine Erklärung für die geringere Unterstützung eines solchen berufsrechtlichen Verbots in unserer Studie könnten die Erfahrungen mit dem vorherigen berufsrechtlichen Verbot seit 2011 und die kontroverse Debatte über einen angemessenen ethischen und rechtlichen Rahmen für ärztlich assistierte Selbsttötung in den letzten Jahren in Deutschland sein.

Die in dieser und anderen Umfragen gezeigte Ablehnung von ärztlich assistierter Selbsttötung durch einen großen Teil der Ärztinnen und Ärzte weist auf die Notwendigkeit hin, Regelungen und Rahmenbedingungen zu schaffen, die sicherstellen, dass Konstellationen, in denen Patientinnen und Patienten Beihilfe zur Selbsttötung anfragen, eben dies aber von dem Arzt beziehungsweise der Ärztin aus persönlichen Gründen abgelehnt wird, angemessen gehandhabt werden können. Ein weiterer Punkt, den wir auf der Grundlage unserer Ergebnisse für die Akzeptanz eines normativen Rahmens für die Praxis als relevant erachten, sind die Formulierung und Operationalisierung von Kriterien zur Bewertung von Anfragen nach ärztlich assistierter Selbsttötung. Wie berichtet waren nur 10,2 % der Befragten bereit, in Abwesenheit von Krankheit Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten und 83,7 % sahen irgendeine Form von Leiden als Voraussetzung für ihre Bereitschaft zur Beihilfe zur Selbsttötung an. Dies widerspricht dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts, das eine Beschränkung auf bestimmte Diagnosen oder Prognosen ablehnt [13]. Es ist absehbar, dass es Situationen geben wird, in denen das Ersuchen zwar rechtmäßig ist, in denen aber nur wenige Ärztinnen und Ärzte zur Hilfeleistung bereit sein werden, weil sie den Leidensdruck nicht als hoch genug einschätzen. Solche Konflikte sind bereits in anderen Rechtsordnungen zu beobachten: In der Schweiz zum Beispiel, wo es ebenfalls keine gesetzliche Einschränkung in Bezug auf Vorliegen einer Krankheit und limitierende Prognose gibt, wurden dennoch ärztliche Handlungsempfehlungen entwickelt, die auf eine Form von unerträglichem Leiden als Voraussetzung für ärztlich assistierte Selbsttötung verweisen [33].³

³ Am 19. Mai 2022 verabschiedete die Schweizer Ärztekammer (Foederatio Medicorum Helveticorum, FMH) neue Richtlinien zur assistierten Selbsttötung. Die Ärztekammer hatte am 25. Oktober 2018 zunächst die Übernahme der Richtlinien „Sterben und Tod“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in das ärztliche Standesrecht abgelehnt, weil nach Einschätzung der FMH nicht explizit klar gestellt wurde, dass die assistierte Selbsttötung bei urteilsfähigen Menschen nur dann vertretbar sei, wenn unerträgliches Leiden vorliege. Verfügbar unter <https://samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Sterben-und-Tod.html>. Abgerufen am 25. Juli 2022.

Eine Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sah in den für ärztlich assistierte Selbsttötung relevanten Aufgaben eine zumindest mögliche, teilweise sogar verpflichtende Rolle der Ärztinnen und Ärzte. Interessanterweise waren sich die Befragten vor allem bei der Verschreibung tödlicher Medikamente uneins. Diese Aufgabe wurde von der Mehrheit der Befragten als etwas angesehen, das von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen werden sollte. Gleichzeitig war der Anteil der Ablehnung einer ärztlichen Rolle bei der Verschreibung von Medikamenten höher als die Ablehnung der Beteiligung an der Beratung oder der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit.

Determinanten der Einstellungen und Ansichten von Onkologinnen und Onkologen

Die bivariate Analyse zeigt, dass eine längere Berufstätigkeit und -erfahrung mit einer höheren Bereitschaft zur Assistenz zur Selbsttötung verbunden war. Ein möglicher Grund dafür wäre, dass die Konfrontation mit Anfragen und die Erörterung der Gründe hierfür im Verlauf der beruflichen Tätigkeit die persönliche Einstellung beeinflussen könnte. Die Spezialisierung auf Palliativmedizin war dagegen mit einer signifikant geringeren Bereitschaft zur Assistenz zur Selbsttötung verbunden. Diese Feststellung kann einerseits vor dem Hintergrund der zusätzlichen fachlichen Expertise der jeweiligen Onkologinnen und Onkologen interpretiert werden, die möglicherweise über mehr Wissen bezüglich alternativer Behandlungsmöglichkeiten (z. B. gezielte Sedierung) bei unerträglichem Leiden verfügen [34]. Andererseits könnte dies auch der normativen Haltung von palliativmedizinischen Organisationen entsprechen, die sich wiederholt gegen ärztlich assistierte Selbsttötung ausgesprochen haben [35,36]. Die Bedeutung der Religionszugehörigkeit für die Einstellung zur ärztlich assistierten Selbsttötung und zu anderen Entscheidungen am Lebensende wurde in mehreren Studien nachgewiesen [20,23,37]. Unsere Studie ergänzt diese Befunde, indem sie zeigt, dass eine kirchliche Trägerschaft eines Krankenhauses auch mit einem signifikant höheren Anteil von Onkologinnen und Onkologen verbunden ist, die ärztlich assistierte Selbsttötung ablehnen. In Anbetracht der Tatsache, dass Anfragen zur Beihilfe zur Selbsttötung im Kontext der Palliativmedizin und/oder religiöser Einrichtungen gestellt werden können, legen unsere Daten nahe, dass es besonders wichtig sein wird, zu klären, wie mit Anfragen in Einrichtungen, die eine Beteiligung an der Beihilfe zur Selbsttötung ablehnen, in angemessener Weise umgegangen werden kann.

Limitationen

Eine Einschränkung dieser Studie ist die Rücklaufquote von 20,8 % und die damit möglichen Einschränkungen mit Blick auf die Repräsentativität der Daten. Ein Indikator hierfür ist die Überrepräsentation von Onkologinnen und Onkologen mit einer Subspezialisierung in Palliativmedizin. Es ist möglich, dass unsere Ergebnisse eine Gruppe dieser Fachärztinnen und -ärzte repräsentieren, die sich besonders für das Thema interessiert. Ein weiterer Faktor, der die Interpretation der Ergebnisse

möglicherweise einschränkt, ist die Formulierung der Fragen. Wir haben diesen Faktor im Rahmen des Pretests berücksichtigt, indem wir Ärztinnen und Ärzte, Forschende sowie Studierende mit unterschiedlichen moralischen Haltungen zum Thema einbezogen haben, um eine wertende Sprache so weit wie möglich zu vermeiden. Schließlich könnte das bei Befragungen bekannte Phänomen der sozialen Erwünschtheit und die Angst vor möglichen rechtlichen Konsequenzen die Antworten der Befragten beeinflusst haben, obwohl alle potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer über die anonyme Datenerhebung und -analyse informiert worden waren.

Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie gibt Aufschluss über die Haltung deutscher Onkologinnen und Onkologen zur assistierten Selbsttötung in Zeiten dynamischer Veränderungen der rechtlichen und fachlichen Rahmenbedingungen zu diesem Thema. Obwohl die Daten aufgrund der nicht repräsentativen Stichprobe nicht verallgemeinert werden können, stehen unsere Ergebnisse im Einklang mit Forschungsergebnissen, die eine geteilte persönliche Haltung innerhalb der Ärzteschaft zeigen. Darüber hinaus bietet unsere Untersuchung Einblicke in Praktiken und Ansichten, die für die anstehende Ausgestaltung des rechtlichen Rahmens sowie Empfehlungen für gute Praxis genutzt werden können. Ein Beispiel hierfür ist das Ergebnis, dass deutsche Onkologinnen und Onkologen nur selten bei der Selbsttötung assistieren, obwohl ein größerer Anteil von ihnen um die Verschreibung von tödlichen Medikamenten gebeten wird. Relevant für die Akzeptanz von Regelungen und Leitlinien ist auch, dass ein großer Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer unkontrollierbares Leiden als wichtige Voraussetzung für die Bereitschaft zur Assistenz zur Selbsttötung ansieht. Während nur eine Minderheit ein berufsrechtliches Verbot befürwortet, gibt es heterogene Ansichten über die angemessene professionelle Rolle von Onkologinnen und Onkologen in Bezug auf die Beihilfe zur Selbsttötung. Vor diesem Hintergrund ist es unseres Erachtens wichtig, dass jede Regelung zur beruflichen Beratung auf detaillierten Informationen über die Praxis, die Ansichten und die damit verbundenen Herausforderungen fußen sollte, um einerseits die Autonomie der Hilfesuchenden zu respektieren und andererseits sicherzustellen, dass Schaden vermieden wird.

Danksagung

Die Autorinnen und Autoren bedanken sich bei allen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern, bei allen Kolleginnen und Kollegen sowie studentischen Forscherinnen und Forschern, die am Pretest teilgenommen haben, bei Stephan Nadolny für die statistische Unterstützung sowie bei Leonie Kupsch und Marc Cinci für die Unterstützung bei den deskriptiven Daten und der Inhaltsanalyse der Freitextantworten.

Literatur

- 1 Battin MP, Rhodes R, Silvers A. *Physician-assisted suicide: expanding the debate*. New York: Routledge Chapman & Hall; 1998.
- 2 British Medical Association. The BMA's position on physician-assisted dying. The BMA's policy position on physician-assisted dying and how it has been reached. 2020. Verfügbar unter <https://bit.ly/3xZCLwf>. Abgerufen am 18. April 2022.
- 3 O'Rourke MA, O'Rourke MC, Hudson MF. Reasons to reject physician assisted suicide/physician aid in dying. *J Oncol Pract*. 2017;13:683-686. doi: 10.1200/JOP.2017.021840.
- 4 Bosshard G, Fischer S, Bär W. Open regulation and practice in assisted dying: How Switzerland compares with the Netherlands and Oregon. *Swiss Med Wkly*. 2002;132:527-534.
- 5 Foley K, Hendin H. The Oregon experiment. In: Foley K, Hendin H, Hrsg. *The case against assisted suicide*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2002. p. 144-174.
- 6 KNMP und KNMG. Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. [Leitfaden zur Durchführung von Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid]. 2021. Verfügbar unter <https://bit.ly/3y5Ewck>. Abgerufen am 18. April 2022.
- 7 Bartsch C, Landolt K, Ristic A, Reisch T, Ajdacic-Gross V. Assistierte Suizide in der Schweiz. Auswertung der in den Schweizer Instituten für Rechtsmedizin dokumentierten Todesfälle. *Dtsch Arztebl Int*. 2019;116:545-552. doi: 10.3238/arztebl.2019.0545.
- 8 Bundesamt für Statistik, Todesursachenstatistik 2009 - Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz, S. 2) zitiert nach Bosshard G. Assistierter Suizid in der Schweiz: Ursprung, Entwicklungen, empirische Befunde. In: Borasio GD, Jox RJ, Taupitz J, Wiesing U, Hrsg. *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft*. Berlin/Heidelberg: Springer; 2017. p. 29-40.
- 9 Oregon Public Health Division. Oregon Death with Dignity Act 2020 Data Summary. 2020. Verfügbar unter <https://bit.ly/3NxG82W>. Abgerufen am 18. April 2022.
- 10 Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO). Ärztlich assistierte Selbsttötung. Umfrage zur ärztlichen Versorgung von Krebspatienten. Ethische Überlegungen und Stellungnahme. 2015. Verfügbar unter <https://bit.ly/3yuK6W4>. Abgerufen am 18. April 2022.
- 11 Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, Clarridge BR. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet*. 1996;347:1805-1810.
- 12 Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000;284(22):2907-2929. doi: 10.1001/jama.284.22.2907.
- 13 Bundesverfassungsgericht. Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig. 2020. Verfügbar unter <https://bit.ly/3aA4c7T>. Abgerufen 8. Juli 2022.
- 14 Ganzini L. Legalized physician assisted death in oregon – eighteen years' experience. In: Borasio GD, Jox RJ, Taupitz J, Wiesing U, Hrsg. *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft*. Berlin/Heidelberg: Springer; 2017. p. 7-20.
- 15 Bundesärztekammer. Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. *Dtsch Arztebl*. 2021;118(29-30):1428-1432.
- 16 Borasio GD, Jox RJ, Taupitz J, Wiesing U. Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids. Stuttgart: Kohlhammer; 2020.
- 17 Dorneck C, Gassner UM, Kersten J, et al. Gesetz zur Gewährleistung selbstbestimmten Sterbens und zur Suizidprävention. Augsburg-Münchner-Hallescher-Entwurf (AMHESterbehilfeG). Tübingen: Mohr Siebeck; 2021.
- 18 Helling-Plahr K, Lauterbach K, Sitte P, et al. Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe. 2022. Verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf>. Abgerufen am 11. Juli 2022.
- 19 Künast R, Keul K. Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben. 2022. Verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf>. Abgerufen am 11. Juli 2022.

- 20 Emanuel EJ, Fairclough D, Clarridge BC et al. Attitudes and practices of U.S. oncologists regarding euthanasia and physician-assisted suicide. *Ann Intern Med.* 2000;133:527-532. doi: 10.7326/0003-4819-133-7-200010030-00011.
- 21 Rosenberg LJ, Butler JM, Caprio AJ, et al. Results from a survey of American Geriatrics Society Members' views on physician-assisted suicide. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:23-30. doi: 10.1111/jgs.16245.
- 22 Schildmann J, Hoetzel J, Mueller-Busch C, Vollmann J. End-of-life practices in palliative care: a cross sectional survey of physician members of the German Society for Palliative Medicine. *Pall Med.* 2010;24:820-827. doi: 10.1177/0269216310381663.
- 23 Schildmann J, Dahmen B, Vollmann J. Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. Ergebnisse einer Querschnittsumfrage unter Ärzten in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr.* 2015;140:e1-6. doi: 10.1055/s-0034-1387410.
- 24 Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* 4. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa; 2018.
- 25 Schildmann J, Tan J, Salloch S, Vollmann J. „Well, I think there is great variation...“: a qualitative study of oncologists' experiences and views regarding medical criteria and other factors relevant to treatment decisions in advanced cancer. *Oncologist.* 2013;18:90-96. doi: 10.1634/theoncologist.2012-0206.
- 26 Hudson PL, Schofield P, Kelly B, et al. Responding to desire to die statements from patients with advanced disease: recommendations for health professionals. *Palliat Med.* 2006;20:703-710. doi: 10.1177/0269216306071814.
- 27 Schildmann J, Vollmann J. Ärztliche Assistenz zur Selbsttötung – ethische, rechtliche und klinische Aspekte. *Dtsch Med Wochenschr.* 2006;131:1405-1408. doi: 10.1055/s-2006-946587.
- 28 Borasio D, Jox RJ, Gamondi C. Regulation of assisted suicide limits the number of assisted deaths. *Lancet.* 2019;393:982-983. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32554-6.
- 29 Lindblad A, Löfmark R, Lynöe N. Physician-assisted suicide: a survey of attitudes among Swedish physicians. *Scand J Public Health.* 2008;36:720-727. doi: 10.1177/1403494808090163.
- 30 Rutherford J, Willmott L, White BP. Physician attitudes to voluntary assisted dying: a scoping review. *BMJ Support Palliat Care.* 2021;11:200-208.
- 31 Porter K, Warburton KG. Physicians' views on current legislation around euthanasia and assisted suicide: results of surveys commissioned by the Royal College of Physicians. *Future Healthc J.* 2018;5(1):30-34. doi: 10.7861/futurehosp.5-1-30.
- 32 British Medical Association. BMA Survey on Physician-Assisted Dying. Research Report. 2020. Verfügbar unter <https://bit.ly/3Otekyo>. Abgerufen am 18. April 2022.
- 33 Barnikol M. Die Regelung der Suizidbeihilfe in den neuen SAMW-Richtlinien. *Schweiz Ärztztz.* 2018;99(41):1392-1396.
- 34 Ganzini L. Legalized physician assisted death in Oregon – eighteen years' experience. In: Borasio GD, Jox RJ, Taupitz J, Wiesing U, Hrsg. *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft.* Berlin/Heidelberg: Springer; 2017. p. 7-20.
- 35 Cherny NI, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med.* 2009;23:581-593. doi: 10.1177/0269216309107024.
- 36 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP). Pressemitteilung. Schwerstkranke mit einem Sterbewunsch müssen sich bis zum letzten Moment auf eine palliativmedizinische Begleitung verlassen können – DGP hofft auf Klarstellung zum rechtlichen Spielraum für Ärztinnen und Ärzte in der Begleitung lebenslimitierend erkrankter Patienten mit einem Sterbewunsch. 2020. Verfügbar unter <https://bit.ly/3bBg8Xp>. Abgerufen am 18. April 2022.
- 37 Radbruch L, Leget C, Bahr P, et al. im Namen der Vorstandsmitglieder der EAP. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med.* 2016;30:104-16. doi: 10.1177/0269216315616524.
- 38 Seale C. Legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide: survey of doctors' attitudes... *Palliat Med.* 2009;23:205-212. doi: 10.1177/0269216308102041.

Anlage 1: Qualitative Analyse – Kategorisierung der zugehörigen Freitextantworten zu den präsentierten Daten

- Frage: Käme es für Sie grundsätzlich in Frage, Patientinnen und Patienten ein tödliches Medikament zur Verfügung zu stellen, welches diese dann selbst einnehmen (assistierte Selbsttötung)?

Kategorie	Absolute Anzahl der Teilnehmenden (n) mit einem zur Kategorie passenden Zitat
Aussagen gegen ärztlich assistierte Selbsttötung	14
Symptomatik und Prognose	14
Relevanz der rechtlichen Rahmenbedingungen	11
Persönliche Kenntnis der antragstellenden Person und ihrer Lebensumstände	8
Ausnahmesituation/Einzelfallentscheidung	5
Persönliche, aber keine generelle Ablehnung der ärztlich assistierten Selbsttötung	4
Überdosierung von palliativmedizinisch verordneten Medikamenten durch Patientinnen und Patienten	4
Multiprofessionelles Team/Komitee als Entscheidungsträger	3
Selbstbestimmung für Patientinnen und Patienten	3
Weitere/nicht kategorisierbar	22

- Frage: Ein berufsrechtliches Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung...⁴

Kategorie	Absolute Anzahl der Teilnehmenden (n) mit einem zur Kategorie passenden Zitat
Notwendigkeit klarer Regelungen	17
Individueller Handlungsspielraum für Ärztinnen und Ärzte	8
Selbstbestimmung für Patientinnen und Patienten und Recht auf Sterben	6
Ärztlich assistierte Selbsttötung sollte eine Möglichkeit sein	5
Aussagen gegen ärztlich assistierte Selbsttötung	4
Möglicher Missbrauch der ärztlich assistierten Selbsttötung	4
Weitere/nicht kategorisierbar	18

⁴ Der Original-Fragebogen kann bei den Autorinnen und Autoren angefragt werden.

► Frage: Die Beratung im Kontext der assistierten Selbsttötung...

Kategorie	Absolute Anzahl der Teilnehmenden (n) mit einem zur Kategorie passenden Zitat
Multiprofessionelles Team/Komitee als Entscheidungsträger	24
Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten	21
Einbeziehung anderer Berufe (v. a. Psychologie, Psychiatrie, Seelsorge)	15
Aussagen gegen ärztlich assistierte Selbsttötung	14
Beratung durch andere Berufsgruppen als Ärztinnen und Ärzte	4
Weitere/nicht kategorisierbar	22

► Frage: Die Prüfung der Freiverantwortlichkeit des Sterbewunsches...

Kategorie	Absolute Anzahl der Teilnehmenden (n) mit einem zur Kategorie passenden Zitat
Multiprofessionelle (ethische) Fallbesprechung	42
Einbeziehung von Psychologinnen und Psychologen oder Psychiaterinnen und Psychiater	20
Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten	10
Aussagen gegen ärztlich assistierte Selbsttötung	7
Einbeziehung von Juristinnen und Juristen	5
Unklarheiten/Rückfragen zur Fragestellung	4
Einbeziehung von Angehörigen	2
Weitere/nicht kategorisierbar	18

► Frage: Die Abgabe von Medikamenten zur Selbsttötung...

Kategorie	Absolute Anzahl der Teilnehmenden (n) mit einem zur Kategorie passenden Zitat
Aussagen gegen ärztlich assistierte Selbsttötung	18
Abgabe durch Apothekerinnen und Apotheker	8
Offizielle (staatliche) Ausgabestelle	3
Abgabe durch Ärztinnen und Ärzte	3
Relevanz der rechtlichen Rahmenbedingungen	3
Keine ärztliche Aufgabe	3
Weitere/nicht kategorisierbar	18

ENTWURF EINES GESETZES ZUM SCHUTZ DES RECHTS AUF SELBSTBESTIMMTES STERBEN⁵

Renate Künast

Einen wunderschönen guten Tag und ganz herzlichen Dank für die Einladung. Das gibt es ja selten, dass man, obwohl die Legislaturperiode offiziell noch gar nicht begonnen hat, das wird sie am 26. Oktober mit der konstituierenden Sitzung tun, aber schon wieder zu drängenden Themen gefragt wird. Ich will versuchen Ihnen zu erklären, was mich mit Blick auf die Sterbehilfe bewegt. Als Erstes begrüße alle, die hier im Raum sitzen, die digital dabei sind und insbesondere die Kollegin Helling-Plahr, die ich auch am Bildschirm sehe.

Wir haben im Bundestag mehrere Entwürfe zum Thema in Arbeit. Ein Entwurf ist der, den Katja Keul und ich vorgelegt haben. Zuvor möchte ich sagen, was mich/uns überhaupt bewegt hat, einen Entwurf zu machen.

Der Bundestag muss sich hin und wieder mit sehr grundsätzlichen ethischen Fragen beschäftigen. Die Sterbehilfe hier gehört dazu und wir hatten ja vor Jahren die mehrheitliche Entscheidung des Bundestages zu einer strafrechtlichen Regelung. Auslöser war unter anderem, dass es den Sterbehilfeverein von Kusch gab, an dem sich einige störten. Als Ergebnis kam nach sehr strittigen Debatten genau der § 217 StGB, bei dem ich und auch Katja Keul mit Nein gestimmt haben. Das Bundesverfassungsgericht urteilte im Verfahren dazu noch viel schärfer als wir das angenommen hatten. Herr Schildmann hat das Urteil gerade hier dargestellt. Es sagt: In jeder Lebenslage hat ein Mensch das Recht, frei und selbstbestimmt seinem Leben ein Ende zu setzen und dabei die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Der § 217 wurde nichtig erklärt.

Die Frage ist nun, ob wir es bei der Entscheidung belassen oder den Hinweis des Gerichts umsetzen, dass es dem Gesetzgeber möglich ist, Schutzvorschriften zu erlassen, ohne jedoch das Recht auf Selbstbestimmung zu beschränken. Es wird sicherlich auch in dieser Legislaturperiode keine Fraktionsentwürfe geben, sondern Gruppenentwürfe, also von einzelnen Personen quer durch verschiedene Fraktionen erarbeitete Gesetzentwürfe. Wir haben, das hat man damals schon gemerkt, die unterschiedlichsten Gruppen, die Vorstellungen haben. Zum Beispiel die Gesundheitspolitikerinnen und -politiker die eine große Sorge formulieren über Missbrauch und dass Patient:innen oder Individuen unter Druck gesetzt werden könnten. Es gibt auch Abgeordnete, bei denen eigene religiöse Vorstellungen mit einfließen.

Warum jetzt eine gesetzliche Regelung? Man könnte ja sagen, das Bundesverfassungsgericht hat gesprochen, der § 217 ist weg und es findet Beihilfe in den verschiedensten Strukturen statt. Es gibt auch wieder Vereine. Ich weiß, z. B., dass in Altersheimen/Seniorenresidenzen Vereine ein- und ausgehen unter dem Titel: „Ihr Recht im Alter“, beraten. Vom Recht im Heimbeirat bis hin zu Beihilfe zur Selbsttötung. Man könnte einfach sagen, dann passiert es und Einzelfälle werden sowieso als Grenzfälle von der Staatsanwaltschaft ermittelt, dann werden die halt entscheiden.

5 Transkript eines Vortrags, gehalten am 1. Oktober 2021 im Rahmen der gemeinsamen Jahrestagung der DGHO, OeGHO, SGMO und SGH.

Ich bin aber der festen Überzeugung, und ich denke mit mir viele, dass wir diesen einen Punkt des Bundesverfassungsgerichtes beachten müssen, dass der Gesetzgeber Schutzvorschriften machen darf, um Sterbehilfe zu regulieren, ohne aber das Recht in Frage zu stellen. Und genau dort ist meine Andockstelle. Weil ich überzeugt bin angesichts der Bedeutung des endgültigen Schritts der Selbsttötung hat der Gesetzgeber eine ethische Pflicht Fehlentwicklungen mindestens einzudämmen, also einen Rahmen zu setzen. Nennen wir es Qualitätsstandards. Wer Vorstrafen in dem Kontext hat, gehört beispielsweise nicht in solche Beratungssituationen. Und der andere Punkt, der mich animiert, ist eine Lücke, die Jens Spahn vorsätzlich geschaffen hat. Das Bundesverwaltungsgericht hatte ja vor Jahren in einer Entscheidung gesagt: „Ja, du kannst dir dieses Pentobarbital beantragen, dann muss die Bundesbehörde für Arzneimittel und Medizinprodukte darüber nach Ermessen entscheiden. Jens Spahn hat mit einer ministeriellen Weisung angewiesen, dass diese Behörde gar keine Prüfung des Falles vornimmt, sondern immer zu einem Nein kommen muss. Spätestens da, finde ich, missachten wir die Grenze dessen, was das Bundesverfassungsgericht regelt. Das hat ja anders geurteilt. Viele Medizinerinnen und Mediziner, mit denen ich in den letzten Jahren in dem Themenkomplex geredet habe, haben mir gesagt: „Natrium-Pentobarbital, das ist das richtigste Mittel.“ Ich weiß gar nicht, welches Adjektiv ich nehmen soll. Auf alle Fälle wurde immer dargestellt, dass, wenn Betroffene zwei/drei/vier verschiedene Mittel nehmen müssen, damit es wirkt und nicht zwischendurch körperliche Abwehrmechanismen entstehen, die zu einem Zustand mit schwerer Behinderung enden, dann ist Pentobarbital das Mittel. Es kann doch nicht sein, dass ein Minister mit ministerieller Weisung schlicht und einfach dieses Faktum missachtet.

Aus diesem gesamten Kontext raus, braucht es Leitplanken. Deshalb unser Gesetzgebungsvorschlag. Von der Seniorenresidenz oder einem Altersheim und auch für Onkologie braucht es quasi eine Handreichung, die erklärt, wo bewege ich mich rechtlich sicher. Der Deutsche Ethikrat macht das ja auch, versucht, sich aus dieser juristischen Ebene in die praktische Ebene zu bewegen. Aus all diesen Gründen entstand unser Gesetzentwurf zum Zugang zu bestimmten Betäubungsmitteln.

Wie wird es weitergehen? Es wird sicherlich so weitergehen, dass, wir eine vereinbarte ruhige ethische Debatte im Bundestag haben werden bei der die einzelnen Gesetzentwürfe noch nicht eingebracht werden. Eine Debatte, die der Orientierung aller Abgeordneten dienen soll. Vielleicht nach Ostern. Mein Wunsch wäre, dass wir uns das für das nächste Jahr ´22 auch vornehmen, statt ins Unendliche zu schieben. Wir werden sicherlich mehrere Gesetzentwürfe haben, zum Ende hin würden wir dann sozusagen eine Engführung machen müssen, uns überlegen müssen, ob sich eventuell einzelne Anträge zusammen tun um zu einer Mehrheit zu kommen.

Kernpunkt unseres Gesetzentwurfes ist,

- ▶ Punkt 1: Keine Regelung im Strafrecht. Im Strafrecht ist das Nötige geregelt. Da ist der Mord geregelt, die Tötung auf Verlangen – alles strafbar. Die strafbare Tötung auf Verlangen heißt, die letzte Tathandlung macht ein Dritter und nicht der Betroffene selbst. Anders als die Beihilfe zum Suizid, da muss der Betroffene stets die letzte Handlung, und wenn es nur das Saugen am Strohhalm ist, selbst vornehmen. Also ins Strafrecht gehört eine Beihilferegelung nicht, weil es eine Schutzvorschrift zum Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist. Wir wollen den rechtssicheren Zugang zu Betäubungsmitteln. Wir haben in unserem Entwurf gesagt, Sterbewillige, das sind volljährige Menschen, die eine von einem freien Willen getragene, feste Entscheidung getroffen haben. Wir haben uns in diesem Entwurf noch gescheut den Zugang für Minderjährige zu regeln. Deshalb steht das in der Begründung: Wie gehen wir mit Minderjährigen um? Das Bundesverfassungsgericht hat seine nicht ans Alter gebunden. Wir haben da folglich noch eine rechtliche Lücke, die noch zu klären ist vor der Einbringung. Das Bundesverfassungsgericht hat es auch für zulässig erklärt, zwischen zwei Gruppen zu unterscheiden. Nämlich Betroffene, die den Suizid aufgrund einer schweren Erkrankung, einer medizinischen Notlage, anstreben und Betroffenen, die dies aus anderen Gründen anstreben. Wir haben das aufgegriffen und geregelt, einerseits den Suizidwunsch aufgrund medizinischer Notlage. In einer gegenwärtigen medizinischen Notlage, die mit schwerem Leiden, insbesondere starken Schmerzen verbunden ist und sie befinden sich wegen dieser Notlage in ärztlicher Behandlung, sagen wir, kann der behandelnde Arzt/Ärztin Zugang zu Betäubungsmitteln gewähren, wenn der Sterbewillige den Sterbewunsch erläutert, sowie schriftlich festgelegt hat.
- ▶ Zweite Voraussetzung: Grundlage ist eine von freiem Willen getragene feste Entscheidung. Wir sagen: Bei nur geringen Zweifeln musst ein zusätzliches Gutachten eingeholt werden.
- ▶ Dritter Punkt: Ärzt:innen müssen auf alle Behandlungsoptionen hinweisen, die die Notlagen lindern können.
- ▶ Der nächste Punkt: Ärzt:innen müssen Sterbewilligen über die Wirkungsweise und Nebenwirkungen der entsprechend dann verschriebenen Mittel informieren. Und der letzte Punkt ist: Einen zweiter Arzt/eine zweite Ärztin muss das Vorliegen all dieser Voraussetzungen schriftlich bestätigen und man muss dokumentieren.

Wer sich nicht in dieser Notlage befindet müsste bei unserer Regelung einen anderen Weg gehen. Suizidwünsche aus anderen Gründen schaffen höhere Anforderungen und die Prüfungspflicht liegt hier nicht bei den Ärztinnen und Ärzten. Ein Antrag auf Zugang zu dem Betäubungsmittel wird gestellt bei einer nach Landesrecht zuständigen Stelle. Die Voraussetzungen: Es muss schriftlich erklärt und glaubhaft dargelegt werden der Sterbewunsch, die Dauerhaftigkeit, die Freiheit von Druck

und Zwang oder Einflussnahmen und warum irgendwelche Hilfsangebote nicht geeignet sind einen Sterbewunsch zu beseitigen. Zwei verpflichtende Beratungen haben wir vorgesehen durch unabhängige Beratungsstellen im Abstand von mindestens zwei, maximal zwölf Monaten. Dann würde es weitergeleitet werden samt schriftlicher Belehrung über Wirkungsweisen usw. Der Betroffene hätte dann den Zugang zum Betäubungsmittel für ein Jahr. Kern beider Vorschriften ist ja für uns der freie Wille, der Selbstvollzug, das kennen sie alle rechtlich. Unter diesen Regeln kann geschäftsmäßige Sterbebegleitung angeboten werden, aber nur, wenn sie als verlässlich persönlich zugelassen sind.

Das sind unsere zwei Hauptlinien, nach denen wir vorgehen. Davon unbenommen ist natürlich, eine andere Art seinen, den Suizid zu begehen. Hier geht es aber darum einen rechtssicheren Weg zu schaffen mit Zugang zu Betäubungsmitteln. Ein Weg der jetzt blockiert ist.

Und ich finde, wir müssen auch den Schutz Dritter berücksichtigen. Ich bin öfter in Malente in Ostholstein. Da gibt es Rehakliniken, in denen viele Lokomotivführer, Straßenbahnfahrer und -fahrerinnen sind, die in einer Berufstätigkeit Suizide anderer erleiden mussten. Ich diskutiere auch mit einem sehr christlich-orientierten Abgeordneten, der aber sagt, dass ist in seinem Leben gar nicht vorgesehen, dass er für sowas Regeln machen will, weil er gar nicht meint, dass man, dass das das Recht ist des Individuums ist. Ich sage dann aber immer: „Weißt Du, wer sind eigentlich wir, dass wir das für andere entscheiden“. Wir brauchen nach der Debatte um den § 217 damals, wo viel im Bundestag geredet wurde, was wir alles an Prävention/an Beratung machen/an Begleitung/an betreutem Wohnen nun tun wollen, ein ehrliches Resümee. Und ich möchte fast wetten, dass es all das, was damals versprochen wurde, faktisch nicht gibt und es auch nicht finanziert ist. Ich kann mir vorstellen als medizinische Laiin, in vielen Fällen gibt es schmerzfreie oder fast schmerzfreie Möglichkeiten des Begleitens. Und trotzdem gibt es im Leben von einigen Menschen diese unerträgliche Situation. Und wer sind wir, dass wir uns jetzt erheben würden, dass nicht zu regeln oder zu sagen, ich setze mich an seine Stelle. Das ist definitiv nicht unser Recht. Wohlgermerkt haben wir auch geregelt, dass niemand verpflichtet werden kann, diese Art der Beihilfe zu leisten. Auch das ist klar.

Ich finde, dass wir in der Politik, im Bundestag, wir müssen uns ja oft mit so vielfältigen Situationen auseinandersetzen, uns nicht drücken vor der Situation.

Für mich war einer der größten Gründe, nicht mal die Frage, wenn Herr Schildmann sagt: „Was sagen die Onkologinnen/Onkologen?“, für mich war persönlich der überzeugendste Grund, diese Differenzierung auch zu machen, dass einfach Menschen in der medizinischen Notlage, ja eigentlich immer in einer medizinischen Betreuungssituation/Behandlungssituation sind, in einem Verhältnis und einem intensiven Gespräch. Und dieses Vertrauen, was da ist, gibt die Chance

teilweise intensiver und offener mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu reden, als vielleicht mit Beziehungen/privaten Beziehungen, die man nicht belasten kann und die dadurch auch überfordert sind. Weil sie nur sagen können „Leb möglichst lange.“, und ihren Wunsch oder ihr Problem dann darüber stellen. Da ist ein Vertrauensverhältnis, da ist ein Wissen und wer, wenn nicht die Ärzte, können dann am besten aufklären, ob es auch eine andere Art des würdevollen Gehens gibt. Deshalb haben wir die Differenz gemacht in die beiden Gruppen.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

ENTWURF EINES GESETZES ZUR REGELUNG DER SUIZIDHILFE⁶

Katrin Helling-Plahr

Ganz herzlichen Dank für die Einladung und die Gelegenheit auch unseren Gesetzentwurf vorzustellen. Sie sagten gerade schon richtigerweise „Mitinitiatorin“. Denn hinter dem Entwurf stehen eine Vielzahl von Kolleginnen und Kollegen. Der Öffentlichkeit vorgestellt haben den Entwurf, der Kollege Prof. Lauterbach, Frau Dr. Sitte und ich.

Wann und wie ist der Entwurf entstanden? Einen Tag nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts, habe ich die Kollegen aller demokratischen Fraktionen dazu eingeladen, an einem gemeinsamen Entwurf mit zu arbeiten. Dem sind auch zeitweise Kollegen aller demokratischen Fraktionen gefolgt. Schlussendlich unterstützten Kollegen aus meiner FDP-Fraktion, der SPD-Fraktion und der Links-Fraktion unseren Gesetzentwurf.

Wir haben uns natürlich als Ausgangspunkt das Urteil des Bundesverfassungsgerichts genommen, das ja ganz klar sagt: Jedermann hat ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Ein Suizid ist als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Jeder hat außerdem auch die Freiheit, sich hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, sofern sie angeboten wird, auch in Anspruch zu nehmen.

Und das Bundesverfassungsgericht hat auch explizit an den Gesetzgeber adressierte Vorgaben gemacht. Zum einen hat es gesagt, dass der Gesetzgeber überhaupt tätig wird, ist in Ordnung. Der Gesetzgeber hatte zu Recht einen Handlungsauftrag angenommen. Er hat auch grundsätzlich ein breites Spektrum an Möglichkeiten, was er tun kann. Er kann zum einen prozedurale Sicherungsmaßnahmen, wie Aufklärungs- oder Wartepflichten implementieren, kann Erlaubnisvorbehalte um die Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten zusichern, kann besonders gefahrenträchtige Erscheinungsformen der Suizidhilfe verbieten und dürfte theoretisch auch wieder im Strafrecht tätig werden. Was er aber nicht darf, ist, materielle Kriterien anzulegen. Das ist ein ganz entscheidender Punkt, den man im Vorhinein vielleicht auch so in der Klarheit nicht erwartet hat.

Man darf nicht nach Vorerkrankung differenzieren und nach Lebenssituationen erlauben oder nicht erlauben. Man darf Menschen, die nicht krank sind, also deren Krankheit nicht ohnehin einen tödlichen Verlauf nehmen wird, grundsätzlich dieses Recht nicht verwehren, sondern dieses Recht besteht völlig unabhängig davon, ob jemand erkrankt ist oder nicht. Das besagt das grundgesetzlich verankerte Recht auf einen selbstbestimmten Tod. Was man aber tun kann, ist, je nach Lebenssituation, unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis von Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Sterbewunsches zu stellen. Zwingend erforderlich ist dabei, faktisch noch hinreichend Raum für die Ausübung des Grundrechts zu lassen. Man darf keine zu engen Regeln aufstellen. Das war ja ein Problem des § 217 Strafgesetzbuch, der nun für nichtig erklärt worden ist. Da blieb tatsächlich einfach nicht mehr hinreichend Raum zur Entfaltung und Umsetzung des

6 Der Beitrag basiert auf einem Vortrag, gehalten am 1. Oktober 2021 im Rahmen der gemeinsamen Jahrestagung der DGHO, OeGHO, SGMO und SGH.

Rechts auf einen selbstbestimmten Tod. Im Übrigen ist eine konsistente Ausgestaltung des Berufsrechts und auch des Betäubungsmittelrechts erforderlich. Da geht das Berufsrecht jetzt auch voran und wird sukzessive geändert.

Schlussendlich muss der Gesetzgeber eine Abwägung treffen und auch die Arbeitsgruppe hatte eine Abwägung getroffen zwischen dem Selbstbestimmungsrecht desjenigen, der sich in eigener Verantwortung dazu entscheidet, sterben zu wollen auf der einen Seite und der Pflicht des Staates, die Autonomie der Suizidwilligen und darüber eben das hohe Rechtsgut Leben zu schützen - davor zu schützen, dass Personen selbst vielleicht nicht mehr selbstbestimmt Handeln können und in einer solchen Situation entscheiden - auf der anderen Seite.

Welche Zielrichtungen verfolgt der Entwurf in diesem Rahmen?

Wir haben gesagt, das Recht auf einen selbstbestimmten Tod darf es nicht nur auf dem Papier geben. Es kann nicht sein, dass das Bundesverfassungsgericht ein solch klares Urteil fällt und sagt, dass jeder ein Recht auf selbstbestimmten Tod hat, aber Menschen nach wie vor risikoreiche Methoden wählen oder ins Ausland gehen müssen. Derzeit agieren Sterbehilfevereine und vermitteln dann Medikamentencocktails von teilweise – wie mir berichtet wurde – über 100 Medikamenten. Das darf so nicht bleiben! Es gibt dieses Recht auf selbstbestimmten Tod und wir müssen sicherstellen, dass es auch faktisch ausübbar ist. Dann gebietet es die Menschlichkeit, dass selbstbestimmt handelnde betroffene Personen auch Zugang zu Medikamenten zur Selbsttötung erhalten. Nichtsdestotrotz braucht man natürlich auch ein entsprechendes Schutzkonzept.

Kommen wir zu den Leitgedanken unseres Entwurfs:

- ▶ Wir haben uns für ein eigenes Suizidhilfegesetz entschieden. 2015 gab es verschiedene Vorschläge, Regelungen zu verorten. Der ehemalige § 217 war eben im Strafgesetzbuch verankert. Es gab außerdem die Idee im Bürgerlichen Gesetzbuch an die Patientenverfügung anzudocken. Im Betäubungsmittelrecht gibt es relevante Normen. Aber wir haben gesagt, wir würden gerne ein eigenes Suizidhilfegesetz schaffen, um das auch für Bürgerinnen und Bürger lesbar zu machen, um alle relevanten Regelungen an einem Ort zu haben.

Zu Beginn unseres Gesetzes vollziehen wir die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts nach und formulieren, dass Sterbehilfe grundsätzlich zulässig ist. Wir stellen in unserem Entwurf nochmal klar, dass jeder ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben hat. Natürlich muss niemand helfen, aber jeder darf helfen. Wir haben uns eng an dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts orientiert und gesagt, dass der autonom gebildete freie Wille eines Individuums im Zentrum stehen muss. Der Wille ist autonom gebildet und frei, wenn vier Voraussetzungen erfüllt sind.

Zum einen muss die Fähigkeit, einen freien Willen zu bilden und die Tragweite der Entscheidung vollumfänglich überblicken zu können, vorliegen. Das entspricht weitestgehend der Einwilligungsfähigkeit, die auch sonst im medizinischen Kontext relevant ist. Zum anderen muss die Person umfassend informiert sein, auch über mögliche Handlungsalternativen, damit sie eine mündige Entscheidung treffen kann. Die Entscheidung darf nicht auf äußeren Druck beruhen und sie muss von gewisser Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit sein, keine bloße Kurzschlussreaktion, wie bei den in diesem Kontext immer viel diskutierten sogenannten Liebeskummerfällen.

Wir möchten, dass für Menschen, die über einen Suizid nachdenken, aber auch für solche, die zur Hilfeleistung ggf. bereit sind, ein flächendeckendes, hochwertiges und umfassendes Beratungsangebot besteht. Die Beratung soll nicht belehren oder bevormunden, sondern der Betroffene soll dort tatsächlich die individuellen notwendigen Informationen erhalten. Das können medizinische Informationen – auch aus dem Bereich der Palliativmedizin – sein, das können soziale und pflegerische Informationen sein, Angebote, Vermittlungen von Zugang zu Sozialleistungen beispielsweise, wenn jemand aus Geldnot einen Suizid in Erwägung zieht, pflegerische Angebote, konkrete Unterstützung, wenn man den Angehörigen nicht zur Last fallen möchte. Es geht darum, Handlungsalternativen zum Suizid aufzuzeigen – sprich also individuell bestmöglich helfen und unterstützen, um den Betroffenen zu zeigen, welche weiteren Optionen es geben kann. Aber das Bundesverfassungsgericht hat gesagt, ein gegen die individuelle Selbstbestimmung gerichteten Lebensschutz kann es nicht geben. Insofern muss auch über die Möglichkeit der Suizidhilfe aufgeklärt werden und müssen auch dort Wege aufgezeigt werden. Die Beratung soll dann Betroffene entsprechend befähigen, die Entscheidung umfassend abzuwägen.

Wir wollen, das hatte ich eingangs schon gesagt, die Möglichkeit zur ärztlichen Verschreibung von Medikamenten ermöglichen. Wenn wir mit einer solchen Verschreibungsmöglichkeit einen Weg eröffnen, in einem staatlich geregelten Verfahren, ein solches Medikament zu erhalten, dann bedarf es aus unserer Sicht auch prozeduralen Sicherungsmaßnahmen, d. h. in einem solchen Fall soll aus unserer Sicht eine Beratung in einer Beratungsstelle in der Regel mindestens zehn Tage vorher obligatorisch sein. Was wir nicht wollen – und da zeigt sich der Unterschied zum einen zu dem gerade dargestellten Entwurf, zum anderen aber auch zu dem, was da als Diskussionspapier aus dem Gesundheitsministerium gekommen ist, vielleicht noch viel mehr – wir wollen, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht erneut faktisch leerläuft. Das könnte z. B. der Fall sein, wenn man die Voraussetzungen zu hoch hängt, indem man zu viele verschiedene Gutachten erfordert und zu lange Fristen implementiert. Es sind teilweise Wartefristen von bis zu einem Jahr in der Diskussion. Da dürfte auch ein schwerkranker Betroffener beispielsweise auf ein solches Unterstützungsangebot nicht so lange warten wollen, sondern dann wieder andere, risikoreichere Alternativen oder solche, die mit Reisen ins Ausland verbunden sind, wählen.

Wir wollten keine Regelung im Strafrecht. Beispielsweise sieht das Arbeitspapier aus dem Gesundheitsministerium auch einen § 217a nach Vorbild des § 219a vor. Wir finden, dass das keine Norm ist, an der man sich ein Beispiel nehmen sollte. Wir wollen nicht im Strafrecht regeln, weil wir finden, dass wir denjenigen, die helfen möchten, auf Augenhöhe begegnen müssen und nicht mit dem Strafrecht drohen sollten. Wir haben im Strafrecht eine Reihe von Regelungen, die sowieso greifen. Daher bedarf es aus unserer Sicht keiner Sonderregelung.

Wir wollen keine, und das ist eine deutliche Differenz zu dem gerade vorgestellten Entwurf, Differenzierung je nach medizinischer Situation des Betroffenen, weil es aus unserer Sicht das Urteil des Bundesverfassungsgerichts verbietet. Das hat auch beispielsweise, die Bundesrechtsanwaltskammer schon so deutlich gesagt. Wir dürfen nicht differenzieren nach materiellen Kriterien. Wir dürfen uns als Gesetzgeber nicht über die individuelle Selbstbestimmung erheben. Wir dürfen nicht wieder sagen, wir wissen besser, was für den Einzelnen der richtige Weg ist und was nicht, d. h. wir wollen nicht nach der medizinischen Situation des Betroffenen differenzieren, wenngleich natürlich sich faktisch schon eine unterschiedliche Situation ergeben wird. Es wird sicherlich wenige Ärzte geben, die bereit sind, jemandem, der nicht erkrankt ist, ein solches Medikament zu verschreiben. Ich weiß aber aus Gesprächen, dass es sie gibt. Aber natürlich wird es demjenigen, der tatsächlich, ohne für uns alle wahrscheinlich nachvollziehbaren Grund, aus dem Leben scheiden möchte, schwerer fallen, jemanden zu finden, wo sonst vielleicht der Hausarzt oder ein Arzt im näheren Umfeld bereit ist, jemanden, der wirklich sehr leidet und schwere Schmerzen hat und sowieso tödlich erkrankt ist, zu unterstützen. Aber nichtdestotrotz wollen wir da nicht differenzieren, sondern die Möglichkeit geben.

Und wir wollen, dass es keine Entscheidung nach Aktenlage geben darf. So ein bisschen klingt es ja – Frau Künast, nehmen Sie es mir nicht übel – nach Motivationsschreiben, welches man dann irgendwie an die Behörde richten muss, in dem man irgendwie und sehr bürokratisch darlegt, warum man denn jetzt nun sterben möchte und warum nicht. Wir finden, dass eine Entscheidung einfach nicht nach Aktenlage getroffen werden sollte und nicht in Behörden gehört, sondern tatsächlich Ärzte und deren Erfahrungsschatz, auch im Umgang mit Betroffenen und insbesondere auch Kranken und mit der Einschätzung der individuellen Einwilligungsfähigkeit, die deutlich bessere Adresse und Anlaufstelle sind. In anderen Ländern bestehen dort bereits gute Erfahrungen.

Wie ging es weiter mit dem Entwurf, den wir im Januar dieses Jahres der Öffentlichkeit vorgestellt haben? Sie wissen vielleicht, wenn ein Gesetzentwurf nicht aus einer Fraktion kommt, braucht er individuelle Unterstützung, Unterschriften von 5 % aller Abgeordneten. Die haben wir in der vergangenen Wahlperiode erreicht. Wir haben den Entwurf dann auch in den Deutschen Bundestag eingebracht. Auf unser Drängen hin hat eine Orientierungsdebatte noch in der 19. Wahlperiode stattgefunden. Unser Entwurf ist in den Gesundheitsausschuss überwiesen worden. Dort gab es

dann aber keine Bereitschaft mehr, eine Sachverständigenanhörung durchzuführen. Ohne Sachverständigenanhörung kann man einen solchen Entwurf nicht seriös abschließend beraten. Insofern mussten wir uns leider entscheiden, auf die kommende anlaufende Wahlperiode zu setzen und die Thematik, dann natürlich auch noch einmal mit neuen Kolleginnen und Kollegen, zu diskutieren. Wir werden mit ihnen diesen Entwurf diskutieren, denn natürlich haben alle neuen Kolleginnen und Kollegen auch ein Mitspracherecht und eine Mitarbeitsmöglichkeit, so dass wir dann diesen oder einen sehr ähnlichen Entwurf erneut auf den Weg bringen werden.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die Diskussion.

DER ASSISTIERTE SUIZID: EINE ÄRZTLICHE AUFGABE?⁷

Alfred Simon

Am 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in einer Grundsatzentscheidung festgestellt, dass das im Grundgesetz verankerte allgemeine Persönlichkeitsrecht das Recht auf einen selbstbestimmten Tod umfasst, und dass dieses Recht auch die Freiheit einschließt, sich selbst zu töten und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Zugleich hat das Gericht das vom Deutschen Bundestag im November 2015 beschlossene Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) für verfassungswidrig und nichtig erklärt, weil es die Möglichkeit einer assistierten Selbsttötung zu sehr einschränkt (BVerfG 2020).

Die BVerfG-Entscheidung hat Auswirkungen auf die straf-, aber auch auf die berufsrechtliche Bewertung des ärztlich assistierten Suizids. Diese werden im Folgenden kurz vorgestellt. Ferner wird aufgezeigt, was nach Auffassung der Bundesärztekammer (BÄK) im Zusammenhang mit von Patientinnen und Patienten geäußerten Suizidwünschen ärztliche Aufgaben sind und was nicht. Dabei wird auch der Frage nachgegangen, wie die Aussage der BÄK, dass die Mitwirkung an der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe darstellt, zu verstehen und zu bewerten ist.⁸

Zentrale Aussagen des Bundesverfassungsgerichtsurteils

Nach Einschätzung des BVerfG umfasst das allgemeine Persönlichkeitsrecht ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und diese – soweit angeboten – auch in Anspruch zu nehmen (BVerfG 2020). Die freiverantwortliche Entscheidung zum Suizid müsse als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft respektiert werden. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben sei nicht auf bestimmte Lebens- oder Krankheitssituationen (wie z. B. das Vorliegen einer unheilbaren Erkrankung) beschränkt, sondern stehe grundsätzlich jeder Bürgerin und jedem Bürger unabhängig von den Gründen für den Sterbewunsch zu. Vor diesem Hintergrund stuft das Gericht das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) als verfassungswidrig ein, weil es den assistierten Suizid in Deutschland faktisch unmöglich gemacht habe.

Als zulässig erachtete das BVerfG hingegen die Intention des Gesetzgebers, durch eine gesetzliche Regelung der Suizidhilfe zu verhindern, dass schwerkranke Menschen sich unter Druck gesetzt fühlen, Suizidhilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Es stehe dem Staat deshalb auch weiterhin zu, die Suizidhilfe zu regeln, z. B. durch Aufklärungs- und Wartepflichten oder durch eine Kontrolle der Sterbehilfegesellschaften. Ferner sei es dem Staat nicht verwehrt, allgemeine Suizidprävention zu betreiben und durch Ausbau palliativer Versorgungsangebote krankheitsbedingten Suiziden entgegen zu wirken. Die staatlichen Regelungen und Maßnahmen dürften aber nicht so weit gehen, die Wahrnehmung des Rechts auf Suizid faktisch unmöglich zu machen. Letztendlich sei es die Entscheidungen jeder und jedes Einzelnen, ob sie oder er sich dem eigenen Verständnis eines würdevollen Sterbens entsprechend für den Weg der palliativen Sterbebegleitung oder den assistierten Suizid entscheidet.

⁷ Der Beitrag basiert auf einem Vortrag, gehalten am 1. Oktober 2021 im Rahmen der gemeinsamen Jahrestagung der DGHO, OeGHO, SGMO und SGH.

⁸ Der Autor ist Mitglied im Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der BÄK und hat als solcher sowohl an den Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung von 2011 (BÄK 2011) sowie an den aktuellen Hinweisen der BÄK zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem BVerfG-Urteil zu § 217 StGB (BÄK 2021b) mitgewirkt.

Ausdrücklich wies das Gericht auch darauf hin, dass es keine Verpflichtung zur Suizidhilfe geben dürfe.

Die Rechtslage nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil

Faktisch ist mit der BVerfG-Entscheidung die Rechtslage von vor 2015 wiederhergestellt. Dies bedeutet, dass die Hilfe zu einem freiverantwortlichen Suizid aktuell keiner strafrechtlichen Einschränkung unterliegt.

Mögliche Einschränkungen gibt es jedoch im Zusammenhang mit der Verschreibung eines Mittels zum Suizid. Der (ärztlich) assistierte Suizid wird zumeist mit einem Betäubungsmittel (z. B. Natrium-Pentobarbital) durchgeführt. Dessen Verschreibung bzw. Überlassung ist im Betäubungsmittelgesetz geregelt. Dieses sieht vor, dass die Anwendung eines Betäubungsmittels am oder im menschlichen Körper „begründet“ sein muss (§ 13 Abs. 1 S. 1 BtMG). Bisher wurde dies von Juristen dahingehend interpretiert, dass Betäubungsmittel nur zu therapeutischen Zwecken (d. h. als Heilmittel), nicht aber zum Zweck des assistierten Suizids verschrieben werden dürfen. Zwar vertreten einige Juristen die Ansicht, dass man diese Regelung vor dem Hintergrund des BVerfG-Urteils aktuell neu interpretieren müsse. Das BVerfG hat sich dazu aber in seinem Urteil nicht explizit geäußert, so dass die ärztliche Verschreibung eines Betäubungsmittels zum Suizid bis zu einer Änderung des Betäubungsmittelrechts mit rechtlichen Risiken verbunden ist (BÄK 2021b).

Berufsethische und -rechtliche Aspekte des ärztlich assistierten Suizids

In den Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung von 1998 und 2004 wurde die ärztliche Mitwirkung an der Selbsttötung eines Patienten als Widerspruch zum ärztlichen Ethos abgelehnt (BÄK 1998 und 2004). In den aktuellen Grundsätzen von 2011 wurde diese Einschätzung dahingehend geändert, dass die Mitwirkung bei der Selbsttötung „keine ärztliche Aufgabe“ darstellt (BÄK 2011). Anlass und Hintergrund für die Änderungen waren u. a. Umfragen, die zeigten, dass die Frage des assistierten Suizids innerhalb der Ärzteschaft differenzierter gesehen wird, als es die Formulierung „widerspricht dem ärztlichen Ethos“ erwarten ließe. So gaben z. B. in einer 2010 von der BÄK in Auftrag gegebenen repräsentativen Umfrage 37 % der befragten Ärztinnen und Ärzte an, dass sie unter bestimmten Bedingungen bereit wären, Suizidhilfe zu leisten, wobei die Bereitschaft tendenziell bei jenen höher war, die bereits einmal um Suizidhilfe gebeten worden waren (Simon 2010).

Die Änderung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung stellte aber keine Öffnung der verfassten Ärzteschaft in Richtung ärztlich assistierten Suizids dar. Dies belegt u. a. die Tatsache, dass der Deutsche Ärztetag 2011 – wenige Monate nach Erscheinen der überarbeiteten Grundsätze – eine

Änderung des § 16 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte beschlossen hat, wonach „Ärztinnen und Ärzte [...] keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ dürfen. Dieses berufsrechtliche Verbot wurde in der Folge von 10 der 17 Landesärztekammern übernommen. Dies bedeutete, dass Ärztinnen und Ärzte, die Mitglieder dieser Ärztekammern waren, auch im Falle einer strafrechtlich zulässigen Suizidhilfe berufsrechtliche Konsequenzen zu befürchten hatten, Ärztinnen und Ärzte in den anderen Ärztekammern hingegen nicht.

Dieser Flickenteppich unterschiedlicher berufsrechtlicher Regelungen gehört (bald) der Vergangenheit an: Vor dem Hintergrund des BVerfG-Urteils von 2020 hat der Deutsche Ärztetag im Mai 2021 beschlossen, das berufsrechtliche Verbot der ärztlichen Suizidhilfe aus der (Muster-)Berufsordnung zu streichen. Die ersten Landesärztekammern haben (Stand: Dezember 2021) ihr Berufsrecht bereits entsprechend angepasst. Zugleich hat der Deutsche Ärztetag die in den Grundsätzen von 2011 vertretene Position bekräftigt, wonach die Mitwirkung an der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe darstellt (BÄK 2021a).

Ärztliche Aufgaben bei Suizidgedanken oder Todeswünschen

Im Juni 2021 – wenige Wochen nach dem Deutschen Ärztetag – wurden die Hinweise der BÄK zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem BVerfG-Urteil zu § 217 StGB im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (BÄK 2021b). Neben Informationen zur aktuellen Rechtslage und allgemeinen Informationen zum Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen wird in dem Papier genauer ausgeführt, was sie im Zusammenhang mit von Patientinnen und Patienten geäußerten Suizidgedanken und Todeswünschen eine ärztliche Aufgaben darstellt und was nicht.

Zu den ärztlichen Aufgaben zählen insbesondere:

- das vertrauensvolle Gespräch über Suizid- und Todeswünsche,
- das Ermitteln der hinter diesen Wünschen stehenden Anlässe, Motive und Gründe,
- das Besprechen und Anbieten palliativer bzw. psychotherapeutischer Alternativen,
- die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit und der Freiverantwortlichkeit sowie
- eine angemessene Sterbebegleitung.

Die genannten Handlungen stellen nach Einschätzung der BÄK keine Mitwirkung an der Selbsttötung dar. Sie bleiben auch dann ärztliche Aufgaben, wenn im Rahmen einer künftigen gesetzlichen Regelung die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer wie auch immer ausgestalteten Suizidhilfe geschaffen werden (BÄK 2021b).

Manche Ärztinnen und Ärzte mögen Bedenken haben, dass das Sprechen über Suizidgedanken eine Suizidhandlung provozieren könnte. Diese Bedenken sind in der Regel unbegründet: Das Sprechen über Suizidgedanken hat eine hohe suizidpräventive Wirkung. In solchen Gesprächen kann die Ursache für das aus Sicht der Patientin oder des Patienten unerträgliche Leid ermittelt und gemeinsam nach alternativen Lösungsmöglichkeiten gesucht werden. Führen diese zu einer aus Sicht der Patientin oder des Patienten angemessenen Leidlinderung, verschwindet in der Regel auch der Suizidwunsch. Entzieht sich die Ärztin oder der Arzt hingegen diesem Gespräch oder wird der von der Patientin oder dem Patienten geäußerte Suizidwunsch ärztlicherseits tabuisiert, verstärkt sich das Gefühl der Aussichts- und Hoffnungslosigkeit, was dann der Auslöser für eine Suizidhandlung sein kann.

Besteht der Suizidwunsch trotz der Gespräche und Hilfsangebote fort, ist es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes, die Einwilligungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten sowie die Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches zu prüfen. Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit bzw. Freiverantwortlichkeit sowie hohem Druck seitens der Patientin oder des Patienten, den Suizidwunsch in die Tat umzusetzen, muss die Ärztin oder der Arzt Maßnahmen zum Schutz der Patientin oder des Patienten – ggf. auch gegen den natürlichen Willen – ergreifen. Ergeben sich bei dieser Prüfung keine Anhaltspunkte für eine fehlende Einwilligungsfähigkeit bzw. Freiverantwortlichkeit, ist der Suizidwunsch zu respektieren. Eine Intervention wäre nur dann zu rechtfertigen, wenn die Patientin oder der Patient zu erkennen gibt, den Suizid auf eine Art und Weise durchzuführen, durch die Dritte gefährdet werden. Befindet sich die Patientin oder der Patient aufgrund einer Suizidhandlung im Sterben, so ist es Aufgabe der Ärztin bzw. des Arztes, der Patientin oder dem Patienten im Sterben beizustehen. Der Anspruch auf eine angemessene Sterbebegleitung besteht unabhängig von der Ursache des Sterbens.

Mitwirkung an der Selbsttötung

Eine Mitwirkung an der Selbsttötung stellen nach Einschätzung der BÄK ärztliche Handlungen dar, die in der Absicht erfolgen, den Suizid der Patientin oder des Patienten zu ermöglichen. Hierzu gehören u. a.

- die konkrete Anleitung zur Planung und Durchführung eines Suizids,
- die Vermittlung an eine Suizidhilfeorganisation,
- das bewusste Verordnen bzw. Überlassen eines Medikamentes zum Suizid sowie
- das zielgerichtete Erstellen eines Gutachtens für eine Suizidhilfeorganisation.

Diese Handlungen sind keine ärztlichen Aufgaben. Sie gehören nicht zu den beruflichen Aufgaben einer Ärztin und eines Arztes und kein ärztliches Fachpersonal kann dazu verpflichtet werden, sie durchzuführen – weder von der Patientin oder dem Patienten, noch von der Arbeitgeberin, noch

vom Staat. Sofern der zugrunde liegende Suizidwunsch der Patientin oder des Patienten ein freiverantwortlicher ist, handelt es sich jedoch um strafrechtlich zulässige Handlungen. Ob eine Ärztin oder ein Arzt sie im Einzelfall durchführt oder nicht, stellt eine individuelle Gewissensentscheidung dar (BÄK 2021b).

Kriterien für Freiverantwortlichkeit

Eine zentrale Rolle bei der Frage des Umgangs mit Suizid- und Suizidhilfewünschen spielt die Frage der Freiverantwortlichkeit. Im Falle einer freiverantwortlichen Entscheidung zum Suizid entfällt die ärztliche Pflicht zur Suizidintervention und der ärztlich assistierte Suizid ist straf- und berufsrechtlich zulässig. Was aber genau macht eine freiverantwortliche Entscheidung zum Suizid aus? Das BVerfG hat in seiner Entscheidung von 2020 folgende Kriterien für Freiverantwortlichkeit benannt:

- die Einsichts- und Urteilsfähigkeit für die Entscheidung zum Suizid,
- die Kenntnis der entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte,
- die Abwesenheit von Zwang, Drohung oder Täuschung sowie
- die Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches.

Die ersten drei Voraussetzungen setzen eine angemessene Information der suizidwilligen Person voraus. Diese sollte insbesondere auch das Wissen um mögliche psychotherapeutische und/oder palliativmedizinische Alternativen zur Linderung der von der suizidwilligen Person als unerträglich empfundenen Leidens umfassen. Die Person sollte in der Lage sein, diese Alternativen in ihrer Entscheidung für oder gegen den Suizid im Rahmen einer abwägenden Entscheidung zu berücksichtigen. Bei ihrer Entscheidung darf die Person keinen sozialen oder psychischen Einflüssen ausgesetzt sein, die eine freie Entscheidung unmöglich machen. Regulativ könnten diese Voraussetzungen durch eine Beratungspflicht vor Inanspruchnahme einer Suizidhilfe geregelt werden. Eine solche wurde vom BVerfG als eine mögliche Regelungsoption benannt und in allen bisher veröffentlichten Gesetzesvorschlägen – in unterschiedlicher Form und Ausprägung – aufgegriffen.

Die vierte Voraussetzung äußert sich in einer gewissen Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches. Die Entscheidung der suizidwilligen Person sollte von einer inneren Festigkeit geprägt und nicht Ausdruck einer bloß vorübergehenden Krise sein. Diese Voraussetzung könnte durch eine verpflichtende Wartezeit zwischen der Beratung und der Durchführung der Suizidhilfe geregelt werden. Auch eine solche wurde vom BVerfG als möglich Option benannt und findet sich in den verschiedenen Gesetzesvorschlägen wieder. Die Vorstellungen, was eine angemessene Wartezeit ist, gehen jedoch weit auseinander. So sieht der Vorschlag der Abgeordneten Helling-Plahr und Lauterbach eine Frist von mindestens zehn Tagen vor, und zwar unabhängig von den Gründen für den Suizidwunsch, während die Abgeordneten Künast und Keul in ihrem Entwurf bei Suizidhilfewünschen,

denen keine medizinische Notlage zugrunde liegt, eine Wartefrist von einem Jahr vorschlagen (Helling-Plahr et al. 2022, Künast et al. 2022).

Individuelle Gewissensentscheidung

Auch wenn die Mitwirkung an der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe darstellt und keine Ärztin und kein Arzt zur Suizidassistenz verpflichtet werden kann, ist ein solches Handeln sowohl straf-, als auch berufsrechtlich zulässig. Ob und in welcher Form eine Ärztin oder ein Arzt dem Wunsch einer Patientin oder eines Patienten nach Suizidhilfe nachkommt, ist also Gegenstand einer individuellen Gewissensentscheidung. Bei dieser stellen sich der Ärztin und dem Arzt unterschiedliche Fragen.

Die erste und grundlegendste Frage lautet:
Kann ich mir grundsätzlich vorstellen, Suizidassistenz zu leisten?

Sofern die Möglichkeit der Suizidhilfe nicht kategorisch ausgeschlossen wird, stellen sich für die Ärztin und den Arzt weitere Fragen. Zu diesen gehören u. a.:

- Würde ich Suizidassistenz nur bei meinen Patientinnen und Patienten durchführen, zu denen bereits eine (längere) therapeutische Beziehung besteht? Oder könnte ich mir vorstellen, Suizidhilfe auch bei Personen zu leisten, die sich initial mit diesem Wunsch an mich wenden?
- Würde ich Suizidassistenz nur im Falle einer medizinischen Notlage durchführen (z. B. bei einer infausten Erkrankung mit starken Schmerzen)? Oder ist für mich Suizidhilfe auch außerhalb solcher medizinischer Notlagen denkbar?
- Würde ich selbst das Mittel zum Suizid verordnen bzw. überlassen? Oder würde ich mich auf andere Formen der Suizidhilfe beschränken (z. B. Anleitung zur Suizidplanung, zielgerichtetes Erstellen eines Gutachtens, Vermitteln an eine Suizidhilfeorganisation)?

Hierbei ist zu beachten, dass der Gesetzgeber entsprechend den Vorgaben des BVerfG die Möglichkeit der Suizidhilfe nicht auf bestimmte Lebens- und Krankheitssituationen beschränken darf. Ärztinnen und Ärzte hingegen dürfen eine solche Beschränkung im Rahmen ihrer Gewissensentscheidung sehr wohl vornehmen, ohne dies gegenüber ihren Patientinnen und Patienten oder anderen Personen begründen zu müssen.

Aufgabe von Ethikberatung

Wie auch in anderen schwierigen klinischen Entscheidungssituationen kann die Ärztin oder der Arzt bei der Entscheidung, ob in einem konkreten Fall Suizidhilfe geleistet werden soll oder nicht, eine Ethikberatung in Anspruch nehmen. Entsprechende Angebote gibt es inzwischen an vielen Krankenhäusern, aber auch im außerklinischen Bereich – z. B. in Form klinischer oder ambulanter Ethikkomitees (Simon 2019). Aufgaben von Ethikberatung im Kontext der ärztlichen Suizidhilfe können sein:

- die Informationen zu den (berufs-)rechtlichen Rahmenbedingungen,
- das Aufzeigen der ethischen Kriterien bei der Entscheidungsfindung oder
- die Unterstützung im Prozess der Entscheidungsfindung.

Dies kann z. B. in Form von Fortbildungen, Leitlinien, individuellen Einzelberatungen oder ethischen Fallbesprechungen mit den verschiedenen an der Entscheidungsfindung beteiligten Personen erfolgen.

Keine Aufgabe von Ethikberatung ist hingegen

- die „gutachterliche“ Bewertung des Suizidwunsches der Patientin oder des Patienten bzw.
- der ethischen Zulässigkeit des assistierten Suizids im Einzelfall.

Ungeachtet der Frage, ob Ethikberaterinnen und -berater für eine gutachterliche Bewertung von Suizidwünschen überhaupt qualifiziert sind, widerspricht eine solche Tätigkeit dem Selbstverständnis von Ethikberatung. Deren Ziel ist es eher, die beteiligten Personen bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung zu unterstützen – ohne ihnen die Verantwortung für ihr Handeln selbst abzunehmen.

Zusammenfassung und Fazit

Das BVerfG hat in seiner Entscheidung vom Februar 2020 deutlich gemacht, dass das im Grundgesetz verankerte Recht auf Selbstbestimmung auch das Recht einschließt, das eigene Leben durch Suizid zu beenden und dabei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Nun liegt es am Gesetzgeber, eine rechtliche Regelung zu finden, die zum einen ermöglicht, dieses Recht auch praktisch in Anspruch zu nehmen, und zum anderen die in der kritischen Beurteilung befürchteten Gefahren einer gesellschaftlichen Normalisierung von Suizid und Suizidhilfe so weit wie möglich eindämmt. Letzteres wird nicht ohne gewisse Einschränkungen der Selbstbestimmung (z. B. Beratungspflichten oder Wartefristen) gehen. Ziel und Rechtfertigung dieser Einschränkungen muss

aber immer der Schutz der Selbstbestimmung selbst (z. B. durch Ausschluss einer nicht freiverantwortlichen Entscheidung zum Suizid) und nicht die Verhinderung von Selbstbestimmung sein.

Ärztinnen und Ärzten kommt bei der Suizidprävention sowie bei der Prüfung der Freiverantwortlichkeit von Suizidwünschen eine wichtige Rolle zu. Voraussetzung hierfür sind empathische und offene Gespräche über Suizidwünsche, bei denen gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten die hinter dem Wunsch stehende Not ermittelt wird und Lösungen zur Linderung dieser Not gesucht werden sollten. Besteht der Suizidwunsch nach diesen Gesprächen fort und haben die Gespräche keine begründeten Anhaltspunkte für eine fehlende Freiverantwortlichkeit ergeben, so haben die Ärztin oder der Arzt den Suizidwunsch zu respektieren. Ob darüber hinaus auch Suizidhilfe geleistet wird, muss im konkreten Fall für sich entschieden werden. Die Einschätzung der BÄK, dass die Mitwirkung an der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe darstellt, schützt diese Gewissensentscheidung. Keine Ärztin und kein Arzt ist verpflichtet, Suizidhilfe zu leisten oder sich für die Ablehnung eines entsprechenden Ansinnens zu rechtfertigen. Zugleich schließt die Einschätzung eine Suizidhilfe nicht aus.

Literatur

Bundesärztekammer (1998) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 95: A 2366-2367.

Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 101: A 1298-1299.

Bundesärztekammer (2011) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 108: A 346-348.

Bundesärztekammer (2021a) 124. Deutscher Ärztetag (Online). Beschlussprotokoll. Verfügbar unter <https://bit.ly/3OxbAzR>. Abgerufen am 15. Dezember 2021.

Bundesärztekammer (2021b) Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. Dtsch Arztebl 118:A1428-1432.

Bundesverfassungsgericht (2020) Urteil vom 26.02.2020 – Az. 2 BvR 2347/15 u. a.

Helling-Plahr K, Lauterbach K, Sitte P, et al. (2022) Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe. Verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf>. Abgerufen am 11. Juli 2022.

Künast R, Keul K, et al. (2022) Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben. Verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf>. Abgerufen am 11. Juli 2022.

Simon A (2010) Einstellung der Ärzte zur Suizidbeihilfe. Ausbau der Palliativmedizin gefordert. Dtsch Arztebl 107: A1383-1385.

Simon A (2019) Ethikberatung im Gesundheitswesen. In: Riedel A, Lehmeier S (Hrsg.) Ethik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg, p. 1-10.

ANHÄNGE

Gesetzentwürfe aus dem Deutschen Bundestag (Stand 24. Juni 2022)

Quelle: Deutscher Bundestag, 45. Sitzung, Orientierungsdebatte, 1. Lesung (Dokumente).

Verfügbar unter: <https://bundestag.de/897826>. Abgerufen am 11. Juli 2022.

Künast R, Keul K, et al. Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze	50
Helling-Plahr K, Lauterbach K, Sitte P, et al. Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe.....	67
Castellucci L, Heveling A, Kappert-Gonther K, et al. Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung	84
Übersicht weitere Gesetzesentwürfe	101

Deutscher Bundestag

Drucksache 20/2293

20. Wahlperiode

17.06.2022

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Dr. Nina Scheer, Katja Keul, Dr. Edgar Franke, Canan Bayram, Lukas Benner, Matthias Gastel, Dirk Heidenblut, Dr. Franziska Brantner, Marja-Liisa Völlers, Tabea Rößner, Helge Limburg, Zoe Mayer, Detlef Müller (Chemnitz), Dr. Sandra Detzer, Harald Ebner, Christina-Johanne Schröder, Sebastian Roloff, Kathrin Michel, Stefan Schmidt, Misbah Khan, Karl Bär, Tobias Bacherle, Lisa Paus, Dr. Bettina Hoffmann, Johannes Arlt, Dr. Anja Reinalter, Dr. Anne Monika Spallek, Dr. Irene Mihalic, Kai Gehring, Kassem Taher Saleh, Oliver Krischer, Frank Ullrich, Hannes Walter, Mathias Stein, Carsten Schneider, Nadine Heselhaus, Kevin Kühnert, Robin Mesarosch, Ricarda Lang, Denise Loop, Michael Thews, Johann Saathoff, Martina Stamm-Fibich, Timo Schisanowski, Hanna Steinmüller, Britta Haßelmann, Matthias Mieves

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze

A. Problem

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 26.2.2020 (2 BvR 2347/15 u. a.) klargestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ umfasst. Die Entscheidung des Einzelnen, so das Bundesverfassungsgericht, dem eigenen Leben entsprechend dem eigenen Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Maßgeblich ist der Wille des Grundrechtsträgers, der sich einer Bewertung anhand allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit entzieht (a.a.O. R. 210).

Das strafbewehrte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in § 217 Abs. 1 StGB ist demnach nichtig, weil die Rechtsordnung andere Wege eines Zugangs zu freiwillig bereitgestellten Suizidhilfen real nicht eröffnete und das Verbot es Suizidwilligen damit faktisch unmöglich machte, ihren verfassungsrechtlich geschützten Wunsch in zumutbarer Weise zu verwirklichen. Über eine Beschränkung bestimmter – gefährlicher oder als anstößig bewerteter – Formen der Suizidbeihilfe kann angesichts der durch die Verfassung gesicherten Freiheit überhaupt nur und erst dann diskutiert werden, wenn die deutsche Rechtsordnung den Zugang zu angemessenen Hilfsmitteln für einen selbstbestimmten Tod im Übrigen hinreichend klar gewährleistet.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

B. Lösung

Das vorliegende Regelungskonzept beginnt deshalb in Artikel 1 des Entwurfs damit, dass es den Betroffenen einen sicheren Zugang zu bestimmten Betäubungsmitteln eröffnet, mit denen sie ihren Suizidwunsch erfüllen wollen. Dabei wird – wie es das Verfassungsgericht für zulässig gehalten hat – bei den zu beachtenden Anforderungen danach differenziert, ob die Betroffenen ihren Tod wegen einer schweren Krankheit anstreben oder aus anderen Gründen. Im ersteren Fall soll der Ärzteschaft bei der Prüfung, ob das Hilfsmittel zur Verfügung gestellt wird, eine entscheidende Rolle zukommen, während im letzteren Fall höhere Anforderungen (Dokumentation der Dauerhaftigkeit eines selbstbestimmten Entschlusses) errichtet werden und der Ärzteschaft keine zentrale Rolle zugewiesen wird. In jedem Fall wird jedoch die notwendige Autonomie der Entscheidung gesichert und beachtet.

Die Selbstbestimmung sichernde Verfahren, Schutz vor Missbrauch, Regulierung von Sterbehilfvereinen und nötige Sanktionsregelungen schließen sich an.

C. Alternativen

Es sind zahlreiche Alternativen und Varianten zu dem vorliegenden Regelungskonzept denkbar. Eine kleine Variante wäre es etwa, statt – wie im vorliegenden Entwurf – den Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zwecke einer selbstbestimmten Selbsttötung in einem eigenständigen Gesetz zu regeln, die entsprechenden Vorschriften in das Betäubungsmittelgesetz selbst zu integrieren. Angesichts des notwendigen Regelungsumfanges würde das jedoch die Systematik des Betäubungsmittelgesetzes sprengen und im Übrigen die Auffindbarkeit und Lesbarkeit entsprechender Regelungen für die Betroffenen erschweren.

Als größere Alternative ist bereits die zentrale Verankerung der Problematik im Strafrecht mit einer generellen Zuständigkeit der Ärzteschaft zur Diskussion gestellt worden. Dies ist aus Sicht des vorliegenden Entwurfs nicht der richtige Ansatz. Der Kern der Problematik liegt nicht im Strafrecht. Im Übrigen dürfte es auch dem Selbstbild überwiegender Teile der Ärzteschaft eher fremd sein, dass sie bei einer Tötung Hilfe leisten, die nicht in einer Krankheit eines Patienten wurzelt. Faktisch könnte daher in dieser Variante das Freiheitsrecht der Betroffenen leer laufen, weil die Ärzteschaft aus nachvollziehbaren Gründen nicht mitwirken will.

Schon deswegen scheidet auch eine Regelung der Gesamtproblematik im ärztlichen Berufsrecht aus. Im Übrigen könnte angesichts der Länderzuständigkeit für diesen Gesetzgebungsbereich im ärztlichen Berufsrecht auch nicht die erforderliche Rechtseinheit im Bund gewahrt werden.

Zurückzuweisen sind schließlich Diskussionsbeiträge, die letztlich darauf hinaus laufen, den freiheitlichen Gehalt des Bundesverfassungsgerichtsurteils zu unterlaufen.

D. Kosten

Durch den Gesetzentwurf entstehen Kosten bei Bund und Ländern, die nicht näher abgeschätzt werden können.

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze

Vom ...

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben (Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetz - SbStG)

§ 1

Zweck des Gesetzes und Grundsatz

(1) Dieses Gesetz dient dem Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes und auf freier Willensbildung beruhendes Sterben durch Selbsttötung. Zu diesem Zweck eröffnet es Sterbewilligen einen sicheren Zugang zu Betäubungsmitteln, um unwürdige, unzumutbare und nicht von einem freien Willen getragene Umsetzungen des Sterbewunsches möglichst zu verhindern sowie eine autonome und vollinformierte Entscheidungsfindung der Sterbewilligen sicherzustellen.

(2) Niemand ist verpflichtet, bei einer Selbsttötung zu helfen. Dies gilt auch für alle nach diesem Gesetz zulässigen Handlungen, die Sterbewilligen Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung ermöglichen.

§ 2

Begriffsbestimmungen

(1) Sterbewillige im Sinne dieses Gesetzes sind volljährige Menschen, die eine von freiem Willen getragene feste Entscheidung getroffen haben, dass sie ihrem Leben durch Selbsttötung ein Ende setzen wollen. Eine freie Willensbildung in diesem Sinne setzt sowohl Einsichtsfähigkeit in die Bedeutung der getroffenen Entscheidung als auch das Vermögen voraus, nach den gewonnen Einsichten zu handeln. Letzteres ist nicht der Fall, wenn es an der Fähigkeit mangelt, sich von etwaigen Einflussnahmen Dritter abzugrenzen. Eine freie Willensbildung kann insbesondere durch die Umstände ausgeschlossen sein, die in den §§ 104, 105, 1896 Absatz 1¹, § 1906 Absatz 1 Nummer 1² und § 2229 Absatz 4 des Bürgerlichen Gesetzbuches beschrieben sind.

(2) Geeignetes Betäubungsmittel im Sinne dieses Gesetzes ist, vorbehaltlich der Bestimmung weiterer geeigneter Betäubungsmittel durch Rechtsverordnung, Natrium-Pentobarbital.

¹ Ab 1.1.2023: § 1814 BGB

² Ab 1.1.2023: § 1831 Abs.1 Nr.1 BGB

§ 3**Voraussetzungen für den Zugang zu Betäubungsmitteln
für Sterbewillige in medizinischer Notlage**

(1) Befinden sich Sterbewillige in einer gegenwärtigen medizinischen Notlage, so kann ihnen der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin geeignete Betäubungsmittel nach § 13 Absatz 1 Satz 1 des Betäubungsmittelgesetzes zum Zwecke der Selbsttötung verschreiben, wenn

1. die Sterbewilligen ihren Willen, wegen der Notlage sterben zu wollen, dem Arzt oder der Ärztin gegenüber erläutert haben und diese Erläuterung schriftlich festgehalten wurde,
2. die Sterbewilligen eine vom freien Willen getragene feste Entscheidung im Sinne des § 2 Absatz 1 getroffen haben, und bei auch nur geringen Zweifeln an einer freien Willensbildung zusätzlich ein Gutachten eingeholt wurde, das geeignet ist, diese Bedenken zu überprüfen,
3. die Sterbewilligen von ärztlicher Seite auf alle infrage kommenden medizinischen Mittel hingewiesen worden sind, die das Leid, das die Notlage begründet, auch nur geringfügig lindern könnten, wobei sich der Arzt oder die Ärztin vergewissern muss, dass es keine anerkannten medizinischen Mittel gibt, die den beschriebenen Leidensdruck verringern könnten,
4. aus ärztlicher Sicht feststeht, dass es sich um einen absehbar nicht mehr veränderlichen Sterbewunsch handelt,
5. die sterbewillige Person von ärztlicher Seite darüber informiert worden ist, welche Wirkungsweise das verschriebene Betäubungsmittel hat und welche Nebenwirkungen es haben kann, und
6. ein zweiter Arzt oder eine zweite Ärztin, die nicht der Weisung des anderen Arztes oder der anderen Ärztin unterliegen dürfen, schriftlich bestätigt, dass die Voraussetzungen der Nummern 1 bis 5 vorliegen und zwischen der Erst- und der Zweitbestätigung mindestens zwei Wochen liegen.

(2) Das Vorliegen der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen ist zu dokumentieren. Sterbewilligen ist von dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin eine ärztliche Bescheinigung auszustellen, dass die Voraussetzungen für die Bereitstellung des Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung vorliegen. Die Bescheinigung ist von dem zweiten Arzt oder der zweiten Ärztin (Absatz 1 Nummer 6) gegenzuzeichnen.

(3) Die Verschreibung unterbleibt, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass die Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen. Die Verschreibung ist der nach Landesrecht zuständigen Stelle von dem Arzt oder der Ärztin anzuzeigen.

(4) Von der zeitlichen Vorgabe des Absatzes 1 Nummer 6 kann im Falle einer außergewöhnlichen Härte abgesehen werden.

(5) Außerhalb einer ärztlichen Behandlung in einer gegenwärtigen medizinischen Notlage gelten die allgemeinen Voraussetzungen für den Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung gemäß § 4.

§ 4**Allgemeine Voraussetzungen für den Zugang
zu Betäubungsmitteln für Sterbewillige**

(1) Sterbewillige, die eine von freiem Willen getragene feste Entscheidung im Sinne des § 2 Absatz 1 getroffen haben, aus dem Leben zu scheiden, ist nach den Maßgaben der folgenden Absätze auf Antrag Zugang zu geeigneten Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung zu gewähren. Über den Antrag entscheidet die nach Landesrecht zuständige Stelle. Liegen die Voraussetzungen der Absätze 2 und 3 vor, ist dem Antrag stattzugeben (Absatz 4).

(2) Der Nachweis der Voraussetzungen des Absatzes 1 setzt voraus, dass Sterbewillige ihren Sterbewunsch zur Niederschrift der nach Landesrecht zuständigen Stelle oder in einer schriftlichen Erklärung, die zum Zeitpunkt des Antrages nach Absatz 1 Satz 1 nicht älter als einen Monat sein darf, Folgendes glaubhaft darlegen

1. den Sterbewunsch und die Ursachen hierfür,
2. die Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches,
3. die Tatsache, dass die den Sterbewunsch bekundende Person frei ist von Druck, Zwang und ähnlichen Einflussnahmen durch Dritte sowie
4. die Beantwortung der Frage, warum staatliche oder private Hilfsangebote nicht geeignet sind, den Sterbewunsch zu beseitigen.

(3) Weitere Voraussetzung ist, dass sich die Sterbewilligen von einer zugelassenen unabhängigen Beratungsstelle zwei Mal im Abstand von mindestens zwei und höchstens zwölf Monaten beraten lassen und die Beratungsstelle bescheinigt, dass keine Zweifel an den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen bestehen. Das Beratungsgespräch hat vom Grundwert jedes Menschenlebens auszugehen und verfolgt im Übrigen das Ziel, dass den Sterbewilligen alle Umstände und Hilfsangebote bekannt werden, die ihre Entscheidung ändern könnten. Entsprechende Beratungsstellen sind durch die zuständigen Stellen zuzulassen, wenn

1. das vorzulegende Konzept der Beratungsarbeit Satz 2 entspricht,
2. zugesagt und sichergestellt wird, dass das eingesetzte ehrenamtliche oder sonstige Personal zuverlässig ist und eine hinreichende fachliche Kompetenz zur Durchführung der Beratungsziele hat und
3. die Beratungsstelle das Ziel verfolgt, entsprechend § 55 Abgabenordnung Sterbewillige selbstlos, nichtgewerblich und nicht zu Erwerbszwecken zu unterstützen.

Zuständige Stelle sind die nach Landesrecht zuständigen Behörden, bei Organisationen, die über ein Land hinaus tätig sind, die zuständige Behörde des Sitzlandes.

(4) Ist der Nachweis der Voraussetzungen geführt, leitet die in Absatz 1 Satz 2 genannte Behörde den Sterbewilligen eine schriftliche Belehrung über die Wirkungsweise und mögliche Nebenwirkungen des Betäubungsmittels zu. Bestätigen die Sterbewilligen schriftlich oder zur Niederschrift bei der genannten Behörde, dass sie diese Belehrung erhalten haben und dass der Wille zur Selbsttötung weiter besteht, so erstellt die genannte Behörde eine Bescheinigung über das Recht des oder der Sterbewilligen auf Zugang zu dem Betäubungsmittel. Diese Bescheinigung verliert ihre Gültigkeit ein Jahr nach der Ausstellung.

§ 5

Umsetzung des Sterbewunsches

(1) Die Selbsttötung muss von Sterbewilligen in Ausübung ihres freien Willens eigenhändig vollzogen werden (Selbstvollzug). Insoweit berechtigen auch Verschreibungen nach § 3 den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin nicht zu einer hiervon abweichenden Verabreichung des Betäubungsmittels. Vorbehaltlich des Absatzes 4 können die Betäubungsmittel von den in § 4 Absatz 1 Nummer 1 des Betäubungsmittelgesetzes genannten Stellen auf Grund der Verschreibung oder der Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 dieses Gesetzes unmittelbar an die Sterbewilligen abgegeben und von diesen erworben werden.

(2) Den Sterbewilligen steht es im Übrigen frei, sich von Ärzten oder Ärztinnen sowie von jedwedem Dritten (natürliche oder juristische Personen) begleiten und unterstützen zu lassen. Juristische Personen und natürliche Personen, die keine Ärztinnen oder Ärzte sind, dürfen Sterbebegleitung nur dann geschäftsmäßig anbieten (Hilfeanbieter), wenn sie hierzu nach Absatz 3 zugelassen sind.

(3) Geschäftsmäßige Hilfeanbieter sind durch die nach Landesrecht zuständige Stelle zuzulassen, wenn

1. sichergestellt ist, dass sie und etwaiges zur Sterbebegleitung eingesetztes ehrenamtliches oder professionelles Personal die hierfür erforderliche Zuverlässigkeit besitzen und

2. sie die Sterbewilligen in entsprechender Anwendung des § 55 Abgabenordnung selbstlos, nicht gewerblich und nicht zu Erwerbszwecken unterstützen.

Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen oder Hilfeanbieter gegen die Vorschriften dieses Gesetzes verstoßen. Sie ist zu widerrufen, wenn es sich nicht nur um vereinzelte und geringfügige Verstöße handelt.

(4) Aufgrund ausdrücklichen Wunsches der Sterbewilligen kann das Mittel auch an einen Arzt oder eine Ärztin oder an einen zugelassenen Hilfeanbieter abgegeben werden, um dieses im Rahmen der Sterbebegleitung den Sterbewilligen zum Selbstvollzug auszuhändigen. An andere Hilfspersonen darf auch auf Wunsch der Sterbewilligen das Betäubungsmittel zu diesem Zweck nur abgegeben werden, wenn ihre Zuverlässigkeit im Einzelfall nachgewiesen wird.

(5) Sterbewillige und nach den Absätzen 1 bis 4 zum Besitz zugelassene Personen sind verpflichtet, die Betäubungsmittel bis zum Vollzug des Sterbewunsches so aufzubewahren, dass sie vor dem Zugriff Dritter angemessen gesichert sind, und dürfen die Betäubungsmittel nicht an andere weitergeben.

§ 6

Aufgabe des Sterbewunsches

(1) Die nach diesem Gesetz abgegebenen Betäubungsmittel sind binnen vier Wochen zurückzugeben, wenn die Sterbewilligen von ihrem Sterbewunsch Abstand genommen haben. Das ist in der Regel anzunehmen, wenn die Selbsttötung nicht binnen Jahresfrist nach Abgabe des Mittels vollzogen wurde.

(2) Die Aufgabe des Sterbewunsches schließt eine erneute Antragstellung nicht aus.

§ 7

Betreuung; Patientenverfügung

(1) Betreuerinnen und Betreuer können für die von ihnen betreute Person im Rahmen der §§ 3 und 4 keine Erklärungen abgeben. Erforderlich ist eine vom freien Willen getragene Entscheidung des Sterbewilligen im Sinne von § 2 Absatz 1. Ist für den Aufgabenkreis Gesundheitssorge Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt angeordnet, ist in der Regel davon auszugehen, dass die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 nicht vorliegen.

(2) Eine Patientenverfügung von Sterbewilligen ersetzt ihre nach diesem Gesetz erforderlichen Erklärungen nicht.

§ 8

Straftaten und Ordnungswidrigkeiten

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer unrichtige oder unvollständige Angaben macht, um für einen anderen oder zum Missbrauch für Straftaten eine Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 Satz 2 zu erlangen.

(2) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 3 Absatz 3 Satz 2 eine Verschreibung nicht der nach Landesrecht zuständigen Behörde anzeigt,
2. ohne Zulassung einen Geschäftsbetrieb als Hilfeanbieter im Sinne des § 5 Absatz 2 und 3 betreibt,
3. entgegen § 5 Absatz 5 Betäubungsmittel ohne angemessene Sicherung aufbewahrt,

4. entgegen § 6 Absatz 1 Betäubungsmittel, die auch ein Jahr nach ihrer Abgabe nicht eingesetzt wurden, nicht binnen 4 Wochen nach Ablauf dieses Jahres zurückgegeben hat.

Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von bis zu fünfundzwanzigtausend Euro geahndet werden.

(3) Ordnungswidrig handelt auch, wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch das Verbreiten von Inhalten (§ 11 Absatz 3 des Strafgesetzbuchs) in grob anstößiger Weise für Leistungen, die er im Rahmen dieses Gesetzes zur Ermöglichung einer Selbsttötung zu leisten bereit ist, oder für entsprechende Leistungen Dritter wirbt oder diese sonst anpreist. Die sachliche Information darüber, dass Tätigkeiten im Rahmen dieses Gesetzes vorgenommen werden, sowie über sämtliche Abläufe und die Wirkungsweise der einzusetzenden Betäubungsmittel ist weder ein Anpreisen noch anstößig. Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von bis zu hunderttausend Euro geahndet werden.

(4) § 30 Abs. 2 Satz 3 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ist anzuwenden.

§ 9

Evaluierung

(1) Die Wirkungen dieses Gesetz sind von der Bundesregierung unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz und unter Heranziehung externen Sachverständs rechtlich, medizinisch und in Hinblick auf die gesellschaftlichen Auswirkungen umfassend zu evaluieren. Basis sind dabei Angaben der Länder zur Praxis ihrer Behörden und der Stellen nach § 4, die nach § 3 Absatz 3 Satz 2 angezeigten Verschreibungen und die ärztlichen Dokumentationen nach § 3 Absatz 2 Satz 1. Zu diesem Zweck sind Ärzte und Ärztinnen verpflichtet, die genannte Dokumentation auf Anforderung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zu übermitteln oder auf sonstige Weise zugänglich zu machen. Die Anforderung kann auch durch Rechtsverordnung der Bundesregierung ergehen.

(2) Die Bundesregierung erstattet dem Bundestag einen umfassenden schriftlichen Evaluationsbericht spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes und danach regelmäßig im Abstand von vier Jahren.

§ 10

Gebühren, Vergütungen, Kosten

(1) Der Arzt oder die Ärztin kann für Leistungen nach § 3 Absatz 1 jeweils eine unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Sterbewilligen zu bemessende Gebühr erheben. Die Gebühr darf jeweils 250 Euro nicht übersteigen.

(2) Die Gebühr für die Erteilung einer Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 ist unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Sterbewilligen zu bemessen. Sie darf 250 Euro nicht übersteigen.

(3) Für den Erwerb eines Betäubungsmittels nach § 5 Absatz 1 Satz 3 darf kein höherer Preis verlangt werden als der sonst marktübliche.

§ 11

Verordnungsermächtigungen

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. weitere Betäubungsmittel als zum Zwecke der Selbsttötung nach diesem Gesetz geeignet anzuerkennen,

2. nähere Einzelheiten zur Erfüllung der Dokumentationspflicht nach § 3 Absatz 2 Satz 1 bestimmen,
3. festzulegen, dass und in welcher Form Informationen über die Dokumentation nach § 9 Absatz 1 Satz 3 zu übermitteln sind.

§ 12 Übermittlungen

Personen und Stellen, die nach § 3, § 4 oder § 5 mit einem Wunsch zu sterben konfrontiert werden und die die Überzeugung gewonnen haben, dass

1. dieser Wunsch nicht auf einem freien Willen im Sinne des § 2 Absatz 1 beruht und
2. die akute Gefahr besteht, dass der Wunsch dennoch außerhalb des Verfahrens dieses Gesetzes kurzfristig zur Selbsttötung führen könnte,

sind berechtigt, die Stellen, die nach Landesrecht zur Abwehr derartiger Gefahren zuständig sind, über diese Gefahren zu unterrichten.

Artikel 2

Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

Das Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 8. November 2021 (BGBl. I S. 4791) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Zum erlaubnisfreien Betrieb der in Nummer 1 genannten Stellen gehört auch die Abgabe aufgrund einer Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 des Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetzes. Der Erwerb auf Grundlage der genannten Bescheinigung bedarf keiner weiteren Erlaubnis.“

2. In § 12 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a werden nach dem Wort Verschreibung die Wörter „oder einer Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 des Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetzes“ eingefügt.
3. In § 13 Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Für die Verschreibung zum Zwecke der Selbsttötung gilt § 3 des Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetzes.“

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.

Berlin, den 17. Juni 2022

Renate Künast
Dr. Nina Scheer
Katja Keul
Dr. Edgar Franke
Canan Bayram
Lukas Benner
Matthias Gastel
Dirk Heidenblut
Dr. Franziska Brantner
Marja-Liisa Völlers
Tabea Rößner
Helge Limburg
Zoe Mayer
Detlef Müller (Chemnitz)
Dr. Sandra Detzer
Harald Ebner
Christina-Johanne Schröder
Sebastian Roloff
Kathrin Michel
Stefan Schmidt
Misbah Khan
Karl Bär
Tobias Bacherle
Lisa Paus
Dr. Bettina Hoffmann
Johannes Arlt
Dr. Anja Reinalter

Dr. Anne Monika Spallek
Dr. Irene Mihalic
Kai Gehring
Kassem Taher Saleh
Oliver Krischer
Frank Ullrich
Hannes Walter
Mathias Stein
Carsten Schneider
Nadine Heselhaus
Kevin Kühnert
Robin Mesarosch
Ricarda Lang
Denise Loop
Michael Thews
Johann Saathoff
Martina Stamm-Fibich
Timo Schisanowski
Hanna Steinmüller
Britta Habelmann
Matthias Miewes

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Abgeordneten des Deutschen Bundestages werden mit der Abstimmung über den vorliegenden Gesetzentwurf nicht darüber entscheiden, ob und wann sie persönlich eine Selbsttötung für ethisch oder religiös vertretbar halten. Hier mögen die Abgeordneten ihrer persönlichen Auffassung folgen und diese auch werbend nach außen vertreten. Die Abgeordneten sind jedoch nicht befugt, ihre persönlichen ethischen Auffassungen anderen durch einen schwerwiegenden Eingriff in deren Freiheit aufzuzwingen. Dem steht die Verfassungsordnung entgegen.

Denn das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 26.2.2020 (2 BvR 2347/15 u.a.) klargestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ umfasst. Das strafbewehrte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in § 217 Abs. 1 StGB ist demnach nichtig, weil die Rechtsordnung andere Wege eines Zugangs zu freiwillig bereitgestellten Suizidhilfen real nicht eröffnete und das Verbot es Suizidwilligen damit faktisch unmöglich machte, ihren verfassungsrechtlich geschützten Wunsch in zumutbarer Weise zu verwirklichen. Über eine Beschränkung bestimmter – gefährlicher oder als anstößig bewerteter – Formen der Suizidbeihilfe kann im Lichte der durch die Verfassung gesicherten Freiheit überhaupt nur und erst dann diskutiert werden, wenn die deutsche Rechtsordnung den Zugang zu angemessenen Hilfsmitteln für einen selbstbestimmten Tod ansonsten hinreichend klar und unabhängig von den Motiven der entscheidungsfähigen Sterbewilligen gewährleistet.

Besonders ist darauf hinzuweisen, dass die Bereitstellung geregelter Verfahren, um einen frei gefassten Suizidwunsch verwirklichen zu können, auch ein Beitrag zum Lebensschutz sein kann, weil diese Verfahren zu einer Reduzierung von Suiziden führen können. Dies gilt schon deshalb, weil sich die Betroffenen in solchen Verfahren mit anderen über ihren Suizidwunsch auseinandersetzen müssen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Das vorliegende Regelungskonzept beginnt deshalb in Artikel 1 des Entwurfs damit, dass es den Betroffenen einen sicheren Zugang zu den von ihnen vielfach zur Verwirklichung ihres Suizidwunschs erstrebten Hilfsmitteln (bestimmten Betäubungsmitteln) verschafft. Diese Regelung ist dabei ehrlich. Denn Betäubungsmittel (und nicht z.B. Seile, Küchenmesser oder Schusswaffen) sind das Mittel, welches die Betroffenen erstreben, wie auch gerichtliche Auseinandersetzungen belegen (siehe z. B. BVerwG, Urteil vom 2.3.2017- 3 C 19/15 und 28.05.2019- 3 C 6/17 sowie VG Köln, Urteil vom 24.11.2020, 7 K 13803/17, nunmehr bestätigt durch OVG NRW, Urteil vom 02. Februar 2022 – 9 A 146/21 –, juris.). Konzeptionell wird dabei – wie es das Verfassungsgericht (a.a.O. R. 340) für zulässig gehalten hat – bei den zu beachtenden Anforderungen und Verfahren danach differenziert, ob die Betroffenen ihren Tod wegen einer schweren Krankheit anstreben oder aus anderen Gründen. Im ersteren Fall soll der Ärzteschaft bei der Prüfung, ob das Hilfsmittel zur Verfügung gestellt wird, eine entscheidende Rolle zukommen können, wenn der Willensentschluss zur Selbsttötung in Krankheiten und Leiden wurzelt, wegen derer die Betroffenen sich in ärztlicher Behandlung befinden. Auch Ärzte und Ärztinnen – wenn auch sicher nicht alle – betrachten es als ihre Aufgabe, ihren Patienten und Patientinnen in einer solchen Situation beizustehen. Diese Lösung entspricht hier der „Lebenssituation“ (BVerfG, a.a.O. R. 340) von Patienten und Patientinnen und Ärzten und Ärztinnen. Auch in allen anderen Konstellationen wird die Autonomie des freien Willensentschlusses jedoch geachtet, indem ein weiteres Verfahren zur Verfügung gestellt wird, das allerdings hohe Anforderungen an die Betroffenen (Dokumentation der Dauerhaftigkeit eines selbstbestimmten Entschlusses; siehe auch BVerfG a.a.O. R 339 zu „Wartefristen“) errichtet. In diesem Verfahren wird der Ärzteschaft keine zentrale Rolle zugewiesen. In jedem Fall wird jedoch die notwendige Autonomie der Entscheidung gesichert und beachtet.

Erst nach der Gewährleistung einer zumutbaren Möglichkeit zum selbstbestimmten Suizid können dann auch sanktionierende Regelungen folgen. Diese sind dabei auch nötig, um einen guten Vollzug des Gesetzes und besonders eine freie Entscheidung der Betroffenen zu sichern. Zur Diskussion gestellt werden kann dabei auch, ob

eine spezifische Vorschrift im StGB Betroffene vor selbststüchtigen Einflussnahmen schützen sollte (wie z.B. im Schweizer StGB).

Die Strafbarkeit nach § 216 StGB (Tötung auf Verlangen) wird durch diese Gesetz nicht berührt. Dies ergibt sich auch aus den Regelungen in § 5 Absatz 1 Sätze 1 und 2 (siehe noch unten die Begründung zu § 5 Absatz 1). Unberührt bleibt auch die Rechtslage zur straffreien Sterbehilfe in den Fällen einer Inkaufnahme eines früheren unbeabsichtigten Todesertritts bei einem sterbenden oder todkranken Menschen infolge einer medizinisch indizierten schmerz- oder in sonstiger Weise leidensmindernden Therapie und einer aktiven oder passiven Begrenzung oder Beendigung einer lebenserhaltenden oder lebensverlängernden medizinischen Maßnahme im Einklang mit dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen.

III. Alternativen

Es sind zahlreiche Alternativen und Varianten zu dem vorliegenden Regelungskonzept denkbar. Eine kleine Variante wäre es etwa, statt – wie im vorliegenden Entwurf – den Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zwecke einer selbstbestimmten Selbsttötung in einem eigenständigen Gesetz zu regeln, die entsprechenden Vorschriften in das Betäubungsmittelgesetz selbst zu integrieren. Angesichts des notwendigen Regelungsumfangs würde das jedoch die Systematik des Betäubungsmittelgesetzes sprengen und im Übrigen die Auffindbarkeit und Lesbarkeit entsprechender Regelungen für die Betroffenen erschweren.

Als größere Alternative ist bereits die zentrale Verankerung der Problematik im Strafrecht mit einer generellen Zuständigkeit der Ärzteschaft zur Diskussion gestellt worden (siehe etwa den Entwurf von Borasio/ Jox/Taupitz/ Wiesing). Dies ist aus Sicht des vorliegenden Entwurfs nicht der richtige Ansatz. Der Kern der Problematik liegt nach den Ausführungen zu I. und II. nicht im Strafrecht. Angesichts des Umfangs, den derartige Regelungen haben müssen, drohen solche Regelungen auch den üblichen Rahmen des Strafgesetzbuches zu sprengen, weil viele der notwendigen Regelungsbestandteile eben im Kern nicht strafrechtlicher Natur sind. Im Übrigen dürfte es auch dem Selbstbild überwiegender Teile der Ärzteschaft eher fremd sein, dass sie bei einer Tötung Hilfe leisten, die nicht in einer Krankheit eines Patienten wurzelt. Faktisch könnte daher in dieser Variante das Freiheitsrecht der Betroffenen leer laufen, weil die Ärzteschaft – jedenfalls in manchen Konstellationen ganz überwiegend – aus nachvollziehbaren Gründen nicht mitwirken will.

Schon aus dem gerade genannten Grunde scheidet auch eine Regelung der Gesamtproblematik im ärztlichen Berufsrecht aus. Im Übrigen könnte angesichts der Länderzuständigkeit für diesen Gesetzgebungsbereich im ärztlichen Berufsrecht auch nicht die erforderliche Rechtseinheit im Bund gewahrt werden.

Zurückzuweisen sind weiterhin Diskussionsbeiträge, die letztlich darauf hinaus laufen, den freiheitlichen Gehalt des Bundesverfassungsgerichtsurteils zu unterlaufen. Schließlich kann auch die Beibehaltung der jetzigen – teils unklaren (z.B. bei der Verschreibung von Betäubungsmitteln) – Rechtslage keine wirkliche Alternative sein. Denn diese treibt Betroffene in die Arme undurchsichtiger Organisationen, die noch nicht einmal offen legen, welche Medikamente sie den Betroffenen – auf klandestinen Wegen – verschaffen (vgl. BVerfG a.a.O. R. 44 sowie VG Köln, Urteil vom 24.11.2020 - 7 K 13803/17 juris R. 62 ff. OVG NRW, Urteil vom 02. Februar 2022 – 9 A 146/21 –, juris.).

IV. Gesetzgebungskompetenz

In seinem Kernbereich regelt der vorliegende Gesetzentwurf den Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zwecke der Selbsttötung und damit ihren Einsatz als Gift. Insoweit verfügt der Bund über eindeutige Gesetzgebungskompetenzen nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG („Recht ... der Betäubungsmittel und der Gifte“). Dabei ist es auch im historischen Betäubungsmittelrecht bis heute immer so gewesen, dass auch Ärzte Adressaten der entsprechenden Regelungen waren und sind. Dies verdeutlicht z.B. § 4 Abs. 1 Nr. 3 BtMG, der der ärztlichen Verschreibung eine zentrale Rolle beim Zugang zu Betäubungsmitteln zuweist. Der vorliegende Entwurf erweitert daher insoweit allenfalls – klarstellend und regelnd – diese bereits vorgefundene Verschreibungsmöglichkeit. Ein Übergriff in Fragen der Länderzuständigkeit für das ärztliche Berufsrecht dürfte schon deshalb ausscheiden. Selbst wenn man aber annehmen wollte, dass das ärztliche Berufsrecht tangiert wird, so liegt doch der Schwerpunkt der Regelung im Bereich der Ermöglichung des Betäubungsmittelzugangs, in den Ärzte nur wegen ihrer Nähe zu bestimmten Lebenssachverhalten einbezogen werden. Jedenfalls aus diesem Grund ist die Einbindung von Ärzten in das vorliegende Konzept mit dem Grundgesetz vereinbar (vgl. zum Kriterium Schwerpunkt der Regelung: BVerfGE 135, 155, R. 102 m.w.N.). Die Bestimmung der Anspruchshöhe für bestimmte Leistungen

einschließlich der Gebührenregelung für die ärztlichen Tätigkeiten kann sich auch auf Art. 74 Absatz 1 Nr. 11 GG stützen (vgl. BVerfGE 68, 319, 327).

Die Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes bleiben anwendbar, soweit sie nicht durch Regelungen dieses Gesetzes modifiziert werden (siehe Artikel 2 dieses Gesetzes).

V. Gleichberechtigung

Besonders erwogen wurde die Frage, ob das Vorhaben negative frauenpolitische Gesetzesfolgen haben könnte. Dies deshalb, weil gegen im Grundsatz freiheitliche Konzeptionen wie die vorliegende eingewandt wurde, Frauen neigten in besonderer Weise dazu, ihrem Leben eine Ende zu setzen, weil sie mehr als Männer der – falschen – Meinung seien, der Gesellschaft und ihren Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen; Frauen seien insoweit eine „vulnerable Gruppe“. Mag dies auch so sein, so kann dies dennoch kein Grund sein, die Freiheit – gerade auch – der Frauen übermäßig zu beschränken. Denn der Staat darf die Motive von Frauen und Männern gleichermaßen nicht zum Anlass nehmen, eine Selbsttötung deshalb zu untersagen, weil ihm das Motiv – und sei es wie hier aus nachvollziehbaren Gründen – nicht gefällt. Denn dadurch würde auch gerade die Autonomie von Frauen, die in freier Selbstbestimmung über ihr Leben und ihren Tod entscheiden können, beschränkt. Eine Argumentation, die der Linie folgte, Frauen seien weniger in der Lage autonome Entscheidung zu treffen als Männer, würde letztlich selbst in starken Widerspruch zu den Wertungen des Artikel 3 Abs. 2 GG treten.

Im Übrigen ist es dem Gesetzgeber unbenommen, Regelungen zu treffen, die vor illegitimen Einflussnahmen durch Druck oder Zwang auf die freie Entscheidung von Männern und Frauen gleichermaßen schützen. Dies tut auch gerade der vorliegende Entwurf.

VI. Gesetzesfolgen

Der Entwurf betritt Neuland. Nicht alle (Rechts-)Fragen, die bei Anwendung des Gesetzes auftreten mögen, lassen sich dabei jetzt schon vorhersehen. Ebenso wenig können die gesellschaftlichen Auswirkungen des Entwurfs sicher prognostiziert werden. Deshalb wurde eine Regelung zur umfassenden Evaluierung des Entwurfs getroffen.

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens bleibt zu prüfen, ob weiterer Regelungsbedarf besteht, insbesondere im Hinblick auf Suizidprävention, Sicherstellung von Informations- und Beratungsangeboten und ihre Finanzierung, im Hinblick auf Minderjährige (dazu unten in der Begründung zu § 2 Abs. 1 und zu § 3), sowie im Hinblick auf die ärztliche, sozialpädagogische, psychologische und psychotherapeutische Aus-, Weiter- und Fortbildung.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu § 1

Absatz 1 macht das grundsätzliche Regelungsziel des Entwurfs klar. Es geht um die Sicherung einer selbstbestimmten Entscheidung über das eigene Leben und Sterben. Verhindert werden soll damit auch, dass Betroffene, die – obwohl in der Lage, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen – sich unwürdiger und quälender Mittel bedienen müssen, um ihr Ziel zu erreichen. Deshalb eröffnet der Entwurf einen legalen Rahmen für den Zugang zu Betäubungsmitteln, die das regelmäßig erstrebte Mittel zu Verwirklichung des Todeswunsches sind.

Absatz 2 betont einen herausragend wichtigen Punkt. Ebenso wenig wie Sterbewilligen ihre auch ethische Entscheidung zur Selbsttötung verwehrt werden darf, dürfen andere Menschen gezwungen sein, an der Ermöglichung oder Umsetzung derartiger Entscheidungen mitzuwirken. Ob Arzt, Beamter oder Familienangehöriger – kein Mensch (niemand im Sinne von: keine natürliche Person) ist zu entsprechenden Handlungen verpflichtet. Eine

Behörde (anders als die bei ihr Beschäftigten), die Entscheidungen nach diesem Gesetz zu treffen hat, kann hingegen zum Schutz der Autonomie durchaus verpflichtet sein, Zugang zum selbstbestimmten Sterben zu eröffnen. Gerade deshalb sieht der Entwurf auch eine Möglichkeit vor, in der eine Behörde die Letztentscheidung über den Zugang zum Betäubungsmittel trifft.

Zu § 2

Die Vorschrift liefert zentrale Definitionen.

Absatz 1 definiert im Einklang mit den Zielen des Entwurfs den Begriff Sterbewillige, der sodann in der Folge verwandt wird. Als entscheidende Voraussetzung wird dabei neben der Volljährigkeit (dazu noch unten) eine von freier Willensbildung getragene Entscheidung verlangt. Der Begriff des freien Willens, den das BGB bereits im bisherigen § 1896 Abs. 1a BGB [ab 1.1.2023: § 1814 Abs. 2 und § 1825 Abs.1 Satz 2 BGB neu nach der Betreuungsrechtsreform] verwendet, ist dabei in besonderem Maße geeignet, das Regelungsziel zu verdeutlichen. Die Voraussetzungen, unter denen ein freier Wille gebildet werden kann, werden sodann positiv in den Sätzen 2 und 3 erläutert (vgl. zur Begriffsbestimmung bei § 1896 Abs. 1a BGB: MüKoBGB/Schneider BGB 1896, Rn. 30, 31). Sodann wird in Satz 4 auf Umschreibungen von Umständen hingewiesen, die die Bildung eines freien Willens negativ ausschließen können. Dabei wurde davon abgesehen, sich für eine der vorgefundenen Umschreibungen der in Frage kommenden Sachverhalte zu entscheiden (so wird die Definition des § 2229 BGB heute gegenüber § 1896 Absatz 1 Satz 1 BGB [ab 1.1.2023: § 1814 Abs.1 BGB] als eher nicht zeitgemäß betrachtet), da sämtliche Umschreibungen zum Verständnis beitragen können.

Sterbewillige nach diesem Gesetz können nur Volljährige sein. Zu der in einem ohnehin heiklen Regelungsbe- reich besonders heiklen Frage: Sollen auch Minderjährige ein Hilfsmittel zum Zwecke der Selbsttötung erhalten können? siehe unten in der Begründung zu § 3. Angesichts des ungeheuren Schmerzes, den der Tod eines jeden Kindes für jede Frau und jeden Mann bedeutet, widerstrebt es schon dem Grunde nach, eine solche Frage überhaupt in Erwägung zu ziehen. Auf der anderen Seite gilt jedoch: Auch Kinder sind Grundrechtsträger und auch Nicht-Volljährige (je nach Alter und Entwicklungsstand) können verstehen, was der Tod bedeutet, und dass auch ihnen der selbstbestimmte Tod in Situationen schweren Leidens, ein erstrebenswertes Ziel sein kann. Dabei muss der allgemeine Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zwecke der Selbsttötung nach § 4, der eine hohe Dauerhaftigkeit einer Entscheidung verlangt, für Minderjährige absolut ausgeschlossen bleiben. Denn es ist anzunehmen, dass Minderjährige regelmäßig, angesichts der noch nicht endgültig abgeschlossenen persönlichen Entwicklung, eine so endgültige Entscheidung noch nicht treffen werden.

Absatz 2 gewährleistet, dass jenes Betäubungsmittel, das derzeit in anderen Staaten (z.B. Schweiz) bevorzugt genutzt wird, auch in Deutschland genutzt werden kann. Dies schließt nicht aus, dass künftig auch andere Betäubungsmittel verwandt werden können.

Zu § 3

Die Vorschrift schafft eine Regelung für Menschen, die sich wegen einer medizinischen Notlage in ärztlicher Behandlung befinden. Diese Vorschrift wurde dabei der allgemeinen Regelung (§ 4) des Zugangs zu Betäubungsmitteln zum Zwecke der Selbsttötung vorangestellt, weil – wie die antragstellenden Abgeordneten aus vielen Gesprächen und Zuschriften wissen – gerade die Befürchtung, in einer solchen Situation keine geeigneten Mittel zu einer zumutbaren Selbsttötung erhalten zu können, ein besonderer Quell der Besorgnis ist. Es muss sich dabei um eine gegenwärtige medizinische Notlage handeln, die Verschreibung eines Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung in einem zukünftigen Leidenszustand (der ggf. befürchtet wird), ist nicht zulässig. Wer im Rahmen von § 3 die Verschreibung eines Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung nicht erlangt (weil die speziellen Voraussetzungen nicht vorliegen, der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin dazu nicht bereit sind oder z.B. die Zweitbegutachtung negativ ist), ist nicht gehindert, nach § 4 einen Antrag auf Zugang zu einem solchen Betäubungsmittel zu stellen.

Absatz 1 geht von der Lebenssituation von Menschen aus, die aus medizinischen Gründen schweres Leid erdulden und die sich deshalb in ärztlicher Behandlung befinden. Ihnen soll es möglich sein, aufgrund ärztlicher Verschreibung ein Betäubungsmittel zum Zwecke der Selbsttötung zu erhalten. Die Regelung verzichtet dabei darauf, eine Beschränkung auf bestimmte Arten von Krankheiten vorzunehmen (etwa tödlich verlaufende), schon weil

sich hier schwierige Abgrenzungsfragen ergeben könnten (etwa: wie lang muss die durch die Krankheit eintretende Lebensverkürzung sein). Das Vorliegen einer gegenwärtigen medizinischen Notlage ist unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse von dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin einzuschätzen.

Die Voraussetzungen der Nummern 1. bis 5. stellen insbesondere sicher, dass es sich um eine in Kenntnis aller Fakten getroffene Entscheidung handelt. Als zusätzliche Sicherung wird ein ärztliches Vier-Augen-Prinzip verankert; eine zweite Mediziner*in hat die dem Selbsttötungsentschluss zu Grunde liegenden Fakten zu überprüfen (Nummer 6.).

Absatz 2 sieht zunächst vor, dass der Vorgang zu dokumentieren ist. Dies dient auch künftigen Evaluationen der Praxis. Sodann sieht er vor, dass dem Patienten eine Bescheinigung über das Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1 erteilt wird als Grundlage für die erst in einem weiteren Schritt (Absatz 3) mögliche Verschreibung des Betäubungsmittels.

Absatz 3 stellt in seinem Satz 1 zunächst klar, dass die Verschreibung unterbleibt, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen. Dies dient einer nochmaligen Prüfung der Festigkeit des Entschlusses bevor das Mittel verschrieben und danach ausgehändigt werden kann. Die Anzeigepflicht des Satzes 2 dient einer künftigen Evaluierung des Gesetzes (siehe § 9 Abs.1).

Absatz 4 ermöglicht, im Härtefall die Frist zwischen erster und zweiter ärztlicher Bestätigung (Absatz 1 Nummer 6) zu verkürzen.

Absatz 5 stellt klar, dass Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zwecke der Selbsttötung ausschließlich im Wege des § 3 oder des § 4 ermöglicht werden darf.

Sterbewillige nach diesem Gesetz können nur Volljährige sein (§ 2 Absatz 1 Satz 1). Eine Abweichung hiervon erscheint nur bei Vorliegen einer medizinischen Notlage und unter weiteren besonderen Voraussetzungen, insbesondere für die Abgabe einer Erklärung nach Absatz 1 überhaupt denkbar. Zu solchen besonderen Voraussetzungen sollten jedenfalls gehören ein Mindestalter, die Untersuchung der Anforderungen des § 2 Absatz 1 (Einsichtsfähigkeit) durch ein gesondertes und hierzu geeignetes kinder-psychologisches oder kinder-psychiatrisches Gutachten, die angemessene Beteiligung der Eltern, strenge Kriterien für das Vorliegen einer gegenwärtigen medizinischen Notlage, Zustimmung des Familiengerichts.

Zu § 4

Die Regelung eröffnet einen Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zwecke der Selbsttötung unabhängig von den Gründen und Motiven der Sterbewilligen. Nachhaltig zu Tage treten muss die Dauerhaftigkeit und Konsistenz des frei gefassten Sterbewunsches. Der Sache nach wird deshalb eine Wartefrist verankert und eine verpflichtende Beratung vorgesehen. Am Ende des Verfahrens (Absatz 4 Satz 1) steht die Überprüfung durch eine Behörde (nach der Regel des Artikel 83 GG einer Landesbehörde) – ohne Ansehung der Gründe für die Entscheidung –, ob der Nachweis der Voraussetzungen geführt ist, d.h. ob das übermittelte Material glaubhaft einen dauerhaften und freien Willensentschluss belegt und die Beratungsstelle bescheinigt hat, dass kein Zweifel an den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen bestehen.

Die Bediensteten der Behörde treffen mit der Eröffnung des Zugangs zum Mittel der Selbsttötung keine Entscheidung, dass sie den entsprechenden Entschluss der Betroffenen ethisch billigen. Dennoch gilt selbstverständlich auch für sie § 1 Absatz 2 des Gesetzes. Die Behördenleitung wird daher bei der Personalauswahl für diese Aufgabe darauf zu achten haben, dass grundsätzliche ethische Bedenken gegen eine Selbsttötung bei den jeweils ausgewählten Personen positiven Entscheidungen nach diesem Gesetz nicht generell entgegenstehen. Besonders ist darauf hinzuweisen, dass die zuständige Behörde nach § 4 Absatz 4 Satz 1 dem Betroffenen auch eine schriftliche Belehrung über die Wirkungsweise des Betäubungsmittels zu erteilen hat.

Absatz 2 klärt, mit welchen Nachweismitteln die Betroffenen den von freier Selbstbestimmung getragenen, langdauernden und damit festen Willensentschluss gegenüber der Behörde regelmäßig hinreichend belegen können, damit diese dessen Glaubhaftigkeit (was dessen Schlüssigkeit, d.h. Freiheit von Widersprüchen einschließt) prüfen und den gewünschten Zugang eröffnen kann.

Absatz 3 regelt die Pflicht zur Beratung, die Voraussetzungen für die Zulassung von Beratungsstellen und das materielle Beratungsziel.

Absatz 4 regelt das mit der Erteilung einer Bescheinigung über das Recht des oder der Sterbewilligen auf Zugang zu dem Betäubungsmittel endende Verfahren und die Gültigkeitsdauer dieser Bescheinigung.

Zu § 5

Die Vorschrift regelt die Umsetzung des Sterbewunsches.

Absatz 1 bestätigt mit seinen Sätzen 1 und 2 einen ganz zentralen Punkt (siehe dazu bereits oben zu II. a. E.): Die Grenze zur strafbaren Tötung auf Verlangen bleibt bestehen. Die Regelung fordert, dass Sterbewillige ihren Wunsch „selbst vollziehen“ (Satz 1). Dies meint, dass nur sie selbst – und nicht Andere – das Betäubungsmittel in ihren Körper mit finaler Wirkung einbringen dürfen. Das heißt, die Sterbewilligen – und sie allein – müssen die Tatherrschaft über den allerletzten, finalen Schritt haben, müssen eigenhändig (vgl. auch BVerfG, a.a.O., R. 203) handeln (dabei ist selbstverständlich, dass - zugespitzt gesagt - auch ein Mensch ohne Hände ein Betäubungsmittel mit finaler Wirkung in seinen Körper einbringen kann). Weil das Mittel vom Betroffenen selbst in seinen Körper zu bringen ist, war klarzustellen, dass es nicht vom Arzt „verabreicht“ werden darf (Satz 2), denn dieser Ausdruck erfasst jedenfalls auch Handlungsvarianten des Arztes, bei denen der Betäubungsmittellempfänger am Ende nicht der aktive Teil ist. Weil nur sie selbst ihren Wunsch vollziehen dürfen, ist es dabei auch – jedenfalls im Regelfall (siehe unten die Erläuterungen zu Absatz 4) – sinnvoll, dass das Mittel nur an sie abgegeben werden darf.

Absatz 2 verdeutlicht, dass der Betroffene ansonsten – in den gerade beschriebenen Grenzen – grundsätzlich jedwede Hilfe zum Vollzug der von ihm beherrschten finalen Handlung annehmen kann. So darf er selbstverständlich das Angebot seines Arztes nutzen, den Wunsch in den ärztlichen Räumen und in dessen Anwesenheit zu verwirklichen. Das gilt grundsätzlich für entsprechende Angebote anderer Dritter gleichermaßen. Um Missbrauch und das Ausnutzen von Notlagen zu verhindern, wird jedoch für geschäftsmäßige Angebote ein nicht voraussetzungsloses Zulassungsverfahren angeboten.

Absatz 3 regelt zunächst das Zulassungsverfahren für die gerade genannten Hilfeanbieter, die zuverlässig sein müssen und deren Ziel es sein muss, den Betroffenen „selbstlos“ zu helfen. Dabei ist auch vorgesehen, dass die Erlaubnis in bestimmten Fällen, insbesondere bei Gesetzesverstößen, widerrufen werden kann oder zu widerrufen ist (Satz 2 und 3)

Absatz 4 stellt klar, dass das Mittel auf Wunsch des Betroffenen auch an die, ggf. zugelassenen, Hilfspersonen abgegeben werden darf. Auch dies ändert jedoch nichts daran, dass der finale Akt nur von den Sterbewilligen selbst vorgenommen werden darf.

Absatz 5 sieht vor, dass das Betäubungsmittel vom Empfänger vor dem Zugriff Dritter gesichert aufzubewahren ist. Die Weitergabe an andere ist unerlaubt (und deshalb strafbar nach § 29 Abs.1 Nr.1 BtMG – siehe auch die Begründung zu § 8).

Zu § 6

Die Vorschrift regelt (Absatz 1 Satz 1), dass das Mittel binnen vier Wochen zurückzugeben ist, wenn der Betroffene endgültig von der Umsetzung seines Wunsch Abstand genommen hat. Da von außen kaum festzustellen sein wird, wann dies der Fall ist, wird dabei eine äußerst lange Frist (1 Jahr) gesetzt, ab deren Ablauf das Gesetz ein endgültiges Abstandnehmen vom Versuch als Regel fingiert (Satz 2). Als Regel deshalb, weil etwa bei infauster Prognose (keine Heilungschance) als Ausnahme auch ein längerer Zeitraum für das Behalten des Mittels bzw. des jederzeitigen Zugang dazu möglich sein soll. Diese Frist war auch deshalb so großzügig zu bemessen, weil Berichte aus dem Ausland zeigen, dass es viele Betroffene schaffen, „noch etwas länger durchzuhalten“ und ihren eigentlich feststehenden Wunsch aufzuschieben, wenn sie aufgrund einer Bescheinigung oder jedenfalls weil sie das Mittel in der Hand halten, sicher wissen, dass sie ihrem Leben jederzeit ein Ende setzen können. Aus diesem Grunde war auch klarzustellen (um Kurzschlussreaktionen zu vermeiden), dass ein abgebrochenes Verfahren nicht das Betreiben eines neuen Verfahrens nach den §§ 3 oder 4 hindert (Absatz 2).

Zu § 7

Absatz 1 stellt klar, dass Betreuer im vorliegenden Bereich nicht für Betreute handeln können. Ein Entscheidungs- und Erklärungsrecht für Dritte kann beim Recht auf eigenen Tod nicht bestehen. Satz 2 gibt ferner den Hinweis, dass in bestimmten Konstellationen die Betreuung indizieren kann, dass ein freier Wille im Sinne dieses Gesetzes nicht gebildet werden kann.

Absatz 2 stellt schließlich klar, dass alle Erklärungen und Handlungen der Sterbewilligen nach diesem Gesetz von ihrem jeweils aktuellen Willen getragen sein müssen und nicht im Vorhinein durch Patientenverfügungen abgegeben werden können.

Zu § 8

Absatz 1 enthält eine Strafbarkeitsvorschrift. Bestraft werden soll, wer im Verfahren nach § 4 falsche Angaben macht, um eine Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 Satz 2 für einen anderen oder zum Mißbrauch für Straftaten zu erlangen. Die Strafobergrenze von 5 Jahren Freiheitsstrafe soll als Teil des in diesem Gesetz angelegten Schutzkonzeptes dazu beitragen, dass die Voraussetzungen für den Zugang zu einem Betäubungsmittel zum Zweck der Selbsttötung strikt eingehalten werden. Von der Androhung einer Geldstrafe wurde deshalb und auch im Hinblick auf die allgemeinen Vorschriften des Strafrechts (vgl. § 47 Abs.1 und Abs. 2 Satz 1 StGB) abgesehen. Im Übrigen steht nach § 29 Absatz 1 Nr. 9 BtMG bereits unter Strafe, wenn „unrichtige oder unvollständige Angaben“ gemacht werden, „um für sich oder einen anderen ... die Verschreibung eines Betäubungsmittels“ zu erlangen. Um eine Verschreibung handelt es sich bei § 3 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 2. Wegen einer im Betäubungsmittelgesetz bereits existierenden Vorschrift war es im Übrigen ebenfalls nicht erforderlich, die Weitergabe von Betäubungsmitteln durch Personen unter Strafe zu stellen, die diese nach diesem Gesetz erhalten haben. Denn nach § 29 Absatz 1 Nr. 1 BtMG steht bereits jede unerlaubte Abgabe eines Betäubungsmittels unter Strafe und das vorliegende Gesetz erlaubt eine solche Abgabe nicht. Auch weitere Straftatbestände des BtMG können bei Handlungen im Zusammenhang dieses Gesetzes in Betracht kommen (vgl. etwa §§ 29 Abs.1 Nr.10, 29a Abs.1 Nr.1, 30 Abs.1 Nr.3 BtMG).

Absatz 2 sichert eine Reihe von Regelungen des Gesetzes ab, indem er eine Sanktionierung diesen Regeln widersprechender Handlungen als Ordnungswidrigkeit ermöglicht.

Absatz 3 sieht vor, dass für Leistungen nach diesem Gesetz nicht in grob anstößiger Weise geworben werden darf. Satz 2 stellt dabei klar, dass eine sachliche Information diesen Tatbestand nicht erfüllt.

Zu § 9

Die Vorschrift sieht eine umfassende Evaluierung des Gesetzes vor. Der Zeitraum ist dabei so bemessen, dass einerseits hinreichend Zeit für die Ermittlung aller Fakten und die wissenschaftliche Auswertung bleibt und andererseits nicht zu viel Zeit vergehen sollte, damit der Gesetzgeber diese Erfahrungen mit dem Gesetz zum Anlass für eine eigene Bewertung nehmen kann.

Zu § 10

Die Vorschriften regeln Grenzen hinsichtlich des „ob“ und des Umfangs, in dem Personen, die im Rahmen dieses Gesetzes mitwirken, von den Sterbewilligen eine Bezahlung verlangen können.

Zu § 11

Die Vorschrift ermächtigt die Bundesregierung, Einzelheiten des Gesetzesvollzugs durch Verordnung festzulegen.

Zu § 12

Die Vorschrift wurde nicht ohne Grund an das Ende des Gesetzes gesetzt. Sie ist ein Schlussstein des Konzepts. Denn sie spiegelt das zweite große Ziel: Nicht von freiem Willen getragene Selbsttötungen sollen gerade verhindert werden. Es besteht begründete Hoffnung, dass durch die Eröffnung von Verfahren des Zugangs zu Mitteln einer selbstbestimmten Tötung, die Kommunikation der Sterbewilligen mit Dritten voraussetzen, auch mehr Fälle bekannt werden, in denen Betroffene vor einem nicht selbstverantworteten Suizid geschützt werden müssen. In solchen Situationen eröffnet das Gesetz den Dritten die Möglichkeit, entsprechende staatliche Schutzmaßnahmen auf den Weg zu bringen. Das Landesrecht enthält in den Gesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten solche Möglichkeiten.

Zu Artikel 2 (Änderung des BtMG)

Nummer 1 regelt mit dem ersten Satz, der dem § 4 Absatz 1 angefügt wird, dass Apotheken keiner besonderen Erlaubnis bedürfen, wenn sie Betäubungsmittel aufgrund der Bescheinigung der Behörde nach § 4 Absatz 4 abgeben. Der zweite angehängte Satz stellt klar, dass die Betäubungsmittel insoweit von Betroffenen erworben werden dürfen. Für den Fall der Verschreibung bedarf es seiner solchen Regelung nicht, weil die Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes über die Verschreibung Anwendung finden (siehe zum Erwerb auf Grund einer Verschreibung § 4 Abs. 1 Nr. 3 BtMG), wobei die Nummer 3 gerade im Betäubungsmittelgesetz an entsprechender Stelle (§ 13 Absatz 1) deutlich macht, dass eine Verschreibung nach den zu Artikel 1 dargestellten Regeln möglich ist. Nummer 2 dient der Klarstellung in § 12 Abs.3 Nr.1 BtMG, dass das Betäubungsmittel aufgrund einer Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 abgegeben werden darf.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift sieht ein zeitnahes Inkrafttreten vor. Der jetzige Rechtszustand genügt der verfassungsrechtlichen Ausgangslage nicht. Das Gesetz ist auch mit Blick auf die von den Ländern zu bestimmende zuständige Landesbehörde ohne längeren Vorlauf vollzugsfähig.

Deutscher Bundestag

Drucksache 20/2332

20. Wahlperiode

21.06.2022

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Petra Sitte, Helge Lindh, Dr. Till Steffen, Otto Fricke, Valentin Abel, Katja Adler, Christine Aschenberg-Dugnus, Dr. Dietmar Bartsch, Olaf in der Beek, Jürgen Berghahn, Matthias W. Birkwald, Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar), Sandra Bubendorfer-Licht, Heike Engelhardt, Dr. Marcus Faber, Susanne Ferschl, Maximilian Funke-Kaiser, Knut Gerschau, Timon Gremmels, Reginald Hanke, Philipp Hartewig, Peter Heidt, Markus Herbrand, Torsten Herbst, Katja Hessel, Dr. Gero Hocker, Dr. Christoph Hoffmann, Reinhard Houben, Dieter Janecek, Gyde Jensen, Carlos Kasper, Rainer Keller, Anette Kramme, Michael Kruse, Dr. Lukas Köhler, Simona Koß, Wolfgang Kubicki, Konstantin Kuhle, Dr. Karl Lauterbach, Caren Lay, Ulrich Lechte, Sven Lehmann, Sylvia Lehmann, Jürgen Lenders, Ralph Lenkert, Thorsten Lieb, Christian Lindner, Dr. Gesine Löttsch, Kristin Lütke, Franziska Mascheck, Erik von Malottki, Anikó Merten, Alexander Müller, Frank Müller-Rosentritt, Sören Pellmann, Sabine Poschmann, Thomas Sattelberger, Axel Schäfer, Ria Schröder, Anja Schulz, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Jens Teurine, Stephan Thomae, Manfred Todtenhausen, Gerald Ullrich, Johannes Vogel, Nicole Westig, Bernd Westphal

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe

A. Problem

Der 18. Deutsche Bundestag diskutierte im Jahr 2015 über eine vermeintlich gebotene und historisch wohl auch erstmalige Beschränkung der damals straffreien Hilfe zur Selbsttötung. Die Mehrheit der Parlamentarierinnen und Parlamentarier hatte vor allem Menschen, die sterben möchten und somit einer besonders vulnerablen Gruppe zugehörig sind, im Blick und wollte diese vor einem institutionalisierten Angebot der Hilfe zur Selbsttötung schützen. Am Ende der Debatte setzte sich ein Gesetzentwurf durch, der erstmalig eine Strafbarkeit von Beihilfe zum Suizid vorsah. Konkret stellte der neue § 217 StGB die geschäftsmäßige Förderung der Hilfe zur Selbsttötung unter Strafe. Mit der neuen Strafordrohung sollte vor allem gewinnorientierten Ausformungen von Sterbehilfevereinen und Einzelpersonen ihre Handlungsgrundlage entzogen werden, bei denen der Gesetzgeber vermutete, dass ihre Hilfeleistung eher durch den Wunsch nach Gewinnmaximierung denn durch altruistische Motive, durch Mitgefühl und Menschlichkeit geprägt sei (BT-Drs. 18/5373, S. 2, 11 ff.). Mit dem Inkrafttreten der Strafnorm brach die Diskussion über das Für und Wider legaler Möglichkeiten der Suizidhilfe jedoch nicht ab. Das Gesetz verfehlte, so jedenfalls nicht nur die Auffassung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

entsprechender Vereine, sondern auch vieler Betroffener und Ärzte, das legislative Ziel und beschnitt das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende wesentlich. So sollte die Strafbarkeit bereits mit der ersten Hilfeleistung zum Freitod einer anderen Person verwirklicht sein, wenn der Hilfeleistende mit dem Vorsatz handelte, dies in einem gleich gelagerten Fall ein weiteres Mal zu tun. Durch die Strafbarkeit wurde die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Rechts auf einen selbstbestimmten Tod im Ergebnis fast vollständig ausgeschlossen. Insbesondere das Handeln von Ärzten wurde kriminalisiert.

Unmittelbar nach dem Inkrafttreten wurden deshalb mehrere Verfassungsbeschwerden beim Bundesverfassungsgericht eingelegt. Das Bundesverfassungsgericht hatte demnach über die Verfassungsmäßigkeit des § 217 StGB zu entscheiden. Nach einer zweitägigen Verhandlung erklärte das Bundesverfassungsgericht § 217 StGB für verfassungswidrig und nichtig (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1 bis 343). Es machte gleichzeitig klar, dass nicht der Regelungszweck im Allgemeinen beanstandet werde, sich dieser im Gegenteil innerhalb des durch die Verfassung auferlegten staatlichen Schutzauftrages bewege (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 227). Vielmehr hielt es die durch § 217 StGB vorgenommene, vor allem faktische Einschränkung des sich aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht ergebenden Selbstbestimmungsrechts am Lebensende, wozu auch das Recht eines selbstbestimmten Todes gehöre, für nicht angemessen (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 264).

Wenngleich seit dem Urteil die Beihilfe zur Selbsttötung (wieder) legal ist, bestehen noch immer faktische Hürden. Menschen, die sterben möchten und Menschen, die bereit sind, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten, sehen sich insoweit einer nicht hinreichend geregelten Rechtsmaterie ausgesetzt. So ist es beispielsweise weiterhin kaum möglich, Medikamente zur Selbsttötung zu erhalten. Menschen, die dieser vulnerablen Gruppe helfen möchten, fürchten sich weiterhin vor rechtlichen Konsequenzen und insbesondere Ärzte sehen sich in den meisten Bundesländern einem berufsrechtlichen Verbot der Suizidhilfe ausgesetzt.

B. Lösung

Der vorliegende Gesetzentwurf soll das Recht auf einen selbstbestimmten Tod legislativ absichern und klarstellen, dass die Hilfe zur Selbsttötung straffrei möglich ist. Durch diesen Gesetzentwurf soll der vom Bundesverfassungsgericht dar gebotene Normierungsspielraum (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1 bis 338) genutzt werden, um Menschen, die ernstlich sterben möchten und diesen Wunsch frei und eigenverantwortlich im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte gebildet haben, ebenso wie Personen, die zur Hilfe bereit sind, einen klaren Rechtsrahmen zu bieten. Der Entwurf formuliert deshalb Voraussetzungen, damit sich Menschen zukünftig einer Begleitung bis zum Lebensende sicher sein können und auch Zugang zu Medikamenten zur Selbsttötung erhalten. Dabei ist klar, dass durch den Gesetzentwurf niemand zur Hilfe verpflichtet werden kann, dennoch jeder, der dies möchte, einer sterbewilligen, freiverantwortlich handelnden Person helfen darf, ohne mit einer Strafe rechnen zu müssen. Der als notwendig erachtete bedarfsdeckende Ausbau palliativmedizinischer Versorgung ist nicht Gegenstand dieses Gesetzentwurfs und muss in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren umgesetzt werden.

C. Alternativen

Es ist eine Vielzahl anderer Regelungsoptionen denkbar. Eine andere Parlamentariergruppe möchte erneut eine Regelung im Strafrecht treffen und neben einem

neuen § 217 StGB auch einen neuen § 217a StGB nach dem Vorbild des § 219a StGB schaffen. Eine weitere Gruppe befürwortet ebenfalls eine Regelung in einem eigenständigen Gesetz, möchte aber die Frage des Zugangs zu einem Medikament zur Selbsttötung in Fällen, in denen keine medizinische Notlage gegeben ist, von einer Behördenentscheidung abhängig machen.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Keiner.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Keiner.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Keiner.

F. Weitere Kosten

Für die Anerkennung der Beratungsstellen gemäß den §§ 4 und 5 sowie für angemessene Förderung der Personal- und Sachkosten gemäß § 5 Absatz 3 des Suizidhilfegesetzes entstehen Kosten, die zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht beziffert werden können. Die Länder haben im Rahmen ihrer Vollzugsverpflichtung die sachgerechte Erledigung des sich aus dem Gesetz ergebenden Aufgabenbestandes sicherzustellen.

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe

Vom ...

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1**Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende
(Suizidhilfegesetz)****§ 1****Recht auf Hilfe zur Selbsttötung**

Jeder, der aus autonom gebildetem, freiem Willen sein Leben beenden möchte, hat das Recht, hierbei Hilfe in Anspruch zu nehmen.

§ 2**Recht zur Hilfeleistung**

- (1) Jeder darf einem anderen, der aus autonom gebildetem, freiem Willen sein Leben beenden möchte, Hilfe leisten und ihn bis zum Eintritt des Todes begleiten.
- (2) Niemand kann verpflichtet werden, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.
- (3) Niemandem darf unbeschadet des § 6 aufgrund seiner Berufszugehörigkeit untersagt werden, Hilfe zu leisten oder Hilfeleistung zu verweigern.

§ 3**Autonom gebildeter, freier Wille**

- (1) Ein autonom gebildeter, freier Wille setzt die Fähigkeit voraus, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können. Es ist davon auszugehen, dass eine Person regelmäßig erst mit Vollendung des 18. Lebensjahres die Bedeutung und Tragweite einer Suizidentscheidung vollumfänglich zu erfassen vermag.
- (2) Dem Suizidwilligen müssen alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte bekannt sein. Erforderlich ist, dass er über sämtliche Informationen verfügt, die ihn befähigen, auf einer hinreichenden Beurteilungsgrundlage realitätsgerecht das Für und Wider abzuwägen. Dies setzt insbesondere voraus, dass der Suizidwillige Handlungsalternativen zum Suizid kennt, ihre jeweiligen Folgen bewerten kann und seine Entscheidung in Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen trifft.
- (3) Von einem autonom gebildeten, freien Willen ist nur auszugehen, wenn der Entschluss zur Selbsttötung ohne unzulässige Einflussnahmen oder Druck gebildet worden ist.
- (4) Von einem autonom gebildeten, freien Willen kann nur dann ausgegangen werden, wenn der Entschluss von einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit getragen ist.

§ 4

Beratung

- (1) Jeder, der seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat, hat das Recht, sich zu Fragen der Suizidhilfe beraten zu lassen. Die Beratung ist ergebnisoffen zu führen und darf nicht bevormunden.
- (2) Die Beratung soll die Informationen vermitteln, die dazu befähigen, auf einer hinreichenden Beurteilungsgrundlage realitätsgerecht das Für und Wider einer Suizidentscheidung abzuwägen. Die Beratung umfasst insbesondere Informationen über
 1. die Bedeutung und die Tragweite der Selbsttötung;
 2. Handlungsalternativen zum Suizid, sofern die Person in der Beratung ihrerseits entsprechende Informationen zugänglich macht, auch über den eigenen gesundheitlichen Zustand sowie im Falle einer Erkrankung in Betracht kommende alternative therapeutische Maßnahmen und pflegerische oder palliativmedizinische Möglichkeiten;
 3. die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Suizidhilfe;
 4. die Folgen eines Suizides und eines fehlgeschlagenen Suizidversuches für den Suizidwilligen und sein näheres persönliches und familiäres Umfeld;
 5. Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Betreuungsangeboten sowie;
 6. jede nach Sachlage erforderliche weitere medizinische, soziale und juristische Information.
- (3) Eine Person mit Suizidgedanken ist unverzüglich zu beraten.
- (4) Die Person, die beraten wird, kann auf ihren Wunsch gegenüber der sie beratenden Person anonym bleiben.
- (5) Die Beratung darf nicht von der Person vorgenommen werden, die an der späteren Suizidhilfe beteiligt ist.
- (6) Soweit erforderlich sind zur Beratung im Einvernehmen mit der Person mit Suizidwunsch
 1. andere, insbesondere ärztlich, fachärztlich, psychologisch, sozialpädagogisch, sozialarbeiterisch oder juristisch ausgebildete Fachkräfte und
 2. andere Personen, insbesondere nahe Angehörige hinzuzuziehen.
- (7) Die Beratungsstelle hat nach Abschluss der Beratung der beratenen Person, sofern sie nicht nach Abs. 4 anonym bleiben möchte, eine mit Namen und Datum versehene Bescheinigung darüber auszustellen, dass eine Beratung stattgefunden hat. Hat die beratende Person begründete Zweifel daran, dass die beratene Person aus autonom gebildetem, freiem Willen im Sinne des § 3 Absatz 1 und Absatz 3 heraus in Betracht zieht, ihr Leben zu beenden, hat sie dies auf der Bescheinigung zu vermerken.
- (8) Die Beratung ist für die beratene Person und die nach Absatz 6 Nummer 2 hinzugezogenen Personen unentgeltlich.

§ 5

Beratungsstellen

- (1) Für die Beratung nach § 4 haben die Länder ein ausreichend plurales Angebot an wohnortnahen Beratungsstellen sicherzustellen. Sie tragen dafür Sorge, dass für Suizidwillige mit körperlichen Einschränkungen ein aufsuchendes Beratungsangebot besteht. Die Beratungsstellen bedürfen besonderer staatlicher Anerkennung nach Absatz 2. Als Beratungsstellen können auch Einrichtungen freier Träger sowie Ärztinnen und Ärzte anerkannt werden.
- (2) Eine Beratungsstelle darf nur anerkannt werden, wenn sie die Gewähr für eine fachgerechte Beratung nach § 4 bietet und zur Durchführung der Beratung in der Lage ist, insbesondere

Drucksache 20/2332

– 6 –

Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode

1. über hinreichend persönlich und fachlich qualifiziertes und der Zahl nach ausreichendes Personal verfügt,
 2. sicherstellt, dass zur Durchführung der Beratung erforderlichenfalls kurzfristig eine ärztlich, fachärztlich, psychologisch, sozialpädagogisch, sozialarbeiterisch oder juristisch ausgebildete Fachkraft hinzugezogen werden kann,
 3. mit allen Stellen zusammenarbeitet, die öffentliche und private Hilfen für Suizidwillige gewähren, und
 4. mit keiner Einrichtung, in der Suizidhilfe geleistet wird, derart organisatorisch oder durch wirtschaftliche Interessen verbunden ist, dass hiernach ein materielles Interesse der Beratungseinrichtung an der Durchführung von Suizidhilfe nicht auszuschließen ist.
- (3) Die zur Sicherstellung eines ausreichenden Angebotes erforderlichen Beratungsstellen haben Anspruch auf eine angemessene öffentliche Förderung der Personal- und Sachkosten.
- (4) Die Beratungsstellen sind verpflichtet, die ihrer Beratungstätigkeit zugrunde liegenden Maßstäbe und die dabei gesammelten Erfahrungen jährlich in einem schriftlichen Bericht niederzulegen. Als Grundlage für den schriftlichen Bericht nach Satz 1 hat die beratende Person über jedes Beratungsgespräch eine Aufzeichnung zu fertigen. Diese darf keine Rückschlüsse auf die Identität der beratenen Person und der zum Beratungsgespräch hinzugezogenen weiteren Personen ermöglichen. Sie hält den wesentlichen Inhalt der Beratung und angebotene Hilfsmaßnahmen fest.
- (5) Die zuständige Behörde hat mindestens im Abstand von drei Jahren zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung nach Absatz 2 noch vorliegen. Sie kann sich zu diesem Zweck die Berichte nach Absatz 4 Satz 1 vorlegen lassen und Einsicht in die nach Absatz 4 Satz 2 anzufertigenden Aufzeichnungen nehmen. Liegt eine der Voraussetzungen des Absatz 2 nicht mehr vor, ist die Anerkennung zu widerrufen.
- (6) Näheres regelt das Landesrecht.

§ 6**Verschreibung eines Arzneimittels zum Zwecke der Selbsttötung**

- (1) Ein Arzt darf einer Person, die aus autonom gebildetem, freiem Willen ihr Leben im Sinne des § 3 beenden möchte, ein Arzneimittel zum Zwecke der Selbsttötung verschreiben.
- (2) Der Arzt ist verpflichtet, den Suizidenten mündlich und in verständlicher Form über sämtliche für die Selbsttötung wesentlichen medizinischen Umstände aufzuklären. Dazu gehören der voraussichtliche Ablauf der Selbsttötung sowie der Hilfe hierzu und der Risiken der medizinischen Methode. Bei der Aufklärung ist, sofern der Suizidwillige unter einer Erkrankung leidet, auch auf Behandlungsmöglichkeiten und Möglichkeiten der Palliativmedizin hinzuweisen.
- (3) Der Arzt hat sich durch Vorlage der Bescheinigung nach § 4 Absatz 7 nachweisen zu lassen, dass sich die suizidwillige Person höchstens 8 Wochen zuvor in einer Beratungsstelle hat beraten lassen.
- (4) Von einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit des Sterbewunsches darf der Arzt in der Regel erst ausgehen, wenn zehn Tage seit der Beratung vergangen sind.
- (5) Der Arzt ist verpflichtet, sämtliche für die Beurteilung des autonom gebildeten, freien Willens zur Lebensbeendigung wesentlichen Gesichtspunkte, insbesondere auch seine Aufklärung des Suizidwilligen nach Absatz 2 zu dokumentieren. Die Beratungsbescheinigung nach § 4 Absatz 7 ist zur Dokumentation zu nehmen.
- (6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Suizidhilfe zu regeln, insbesondere zu den Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte, Meldepflichten, der Vergütung der Hilfe zur Selbsttötung und der Prävention gegen die Etablierung rein auf Gewinnstreben ausgerichteter, insbesondere institutionalisierter, Angebote.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

§ 7**Berichtswesen, Evaluation**

- (1) Die Bundesregierung erstellt jährlich, erstmals ein Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes, einen Bericht über die vorgenommenen Beratungen nach § 4 sowie die Verschreibungen nach § 6. Der Bericht soll darüber hinaus erkennbare Entwicklungen in der Hilfe zur Selbsttötung und insbesondere auch hinsichtlich potenzieller rein auf Gewinnstreben ausgerichteter Angebote enthalten.
- (2) Die Bundesregierung evaluiert alle drei Jahre, erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes, dessen Wirksamkeit.

Artikel 2**Änderung des Betäubungsmittelgesetzes**

Dem § 13 Absatz 1 des Betäubungsmittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 30. November 2020 (BGBl. I S. 2600) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Die Anwendung oder Verschreibung ist auch begründet, wenn die Voraussetzungen des § 6 des Gesetzes zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende (Suizidhilfegesetz) vorliegen.“

Artikel 3**Änderung des Strafgesetzbuches**

In § 203 Absatz 1 Nummer 5 des Strafgesetzbuches in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 47 des Gesetzes vom 21. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3096) geändert worden ist, werden vor dem Komma am Ende die Wörter „und der §§ 4 und 5 des Suizidhilfegesetzes“ eingefügt.

Artikel 4**Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 21. Juni 2022

Katrin Helling-Plahr
Dr. Petra Sitte
Helge Lindh
Dr. Till Steffen
Otto Fricke
Valentin Abel
Katja Adler
Christine Aschenberg-
Dugnus
Dr. Dietmar Bartsch
Olaf in der Beek
Dr. Jens Brandenburg
(Rhein-Neckar)
Jürgen Berghahn
Matthias W. Birkwald
Sandra Bubendorfer-Licht
Heike Engelhardt
Dr. Marcus Faber
Susanne Ferschl
Maximilian Funke-Kaiser
Knut Gerschau
Timon Gremmels
Reginald Hanke
Philipp Hartewig
Peter Heidt
Markus Herbrand
Torsten Herbst
Katja Hessel
Dr. Gero Hocker
Dr. Christoph Hoffmann
Reinhard Houben
Dieter Janecek
Gyde Jensen
Carlos Kasper
Rainer Keller
Anette Kramme
Michael Kruse
Dr. Lukas Köhler
Simona Koß
Wolfgang Kubicki
Konstantin Kuhle
Dr. Karl Lauterbach
Caren Lay
Ulrich Lechte
Sven Lehmann
Sylvia Lehmann
Jürgen Lenders
Ralph Lenkert
Thorsten Lieb
Christian Lindner
Dr. Gesine Löttsch
Kristin Lütke
Franziska Mascheck

Erik von Malottki
Anikó Merten
Alexander Müller
Frank Müller-Rosentritt
Sören Pellmann
Sabine Poschmann
Thomas Sattelberger
Axel Schäfer
Ria Schröder
Anja Schulz
Dr. Marie-Agnes Strack-
Zimmermann
Jens Teutrine
Stephan Thomae
Manfred Todtenhausen
Gerald Ullrich
Johannes Vogel
Nicole Westig
Bernd Westphal

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Im Mittelpunkt dieses Gesetzentwurfes stehen die Menschen, die sterben möchten, ihre Angehörigen und Freunde sowie Menschen, die helfen möchten.

Menschen mit Suizidwunsch werden derzeit weitgehend alleine gelassen, sei es am Anfang eines Willensbildungsprozesses, also wenn der Wille, das eigene Leben zu beenden, noch nicht fest ausgebildet ist, aber auch wenn bereits ein explizierter Sterbewunsch besteht oder sogar schon die Entscheidung abschließend gefasst ist. Egal in welcher Lebenssituation sich Menschen dem Thema Sterben und Suizidhilfe widmen, sollen sie aber nicht allein gelassen werden. Sie sollen sich des Schutzes und der Fürsorge der Gesellschaft sicher sein, die eine solche elementare Entscheidung als Ausübung des individuellen Selbstbestimmungsrechts respektiert. Aber obwohl sich das Bundesverfassungsgericht und auch drei Jahre zuvor das Bundesverwaltungsgericht zweifelsfrei hinter das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen gestellt haben (Urteil v. 2.3.2017 – BVerwG 3 C 19.15), bestehen praktische Rechtsunsicherheiten und faktische Hürden, die mit dem Gesetzentwurf beseitigt werden sollen. Einerseits soll legislativ klargestellt werden, dass die Hilfe zur Selbsttötung regelmäßig straffrei ist, andererseits soll für alle Betroffenen die reale Möglichkeit geschaffen werden, ein Medikament zur Selbsttötung zu erhalten.

Menschen, die sich für einen Suizid entscheiden, befinden sich in einer besonders vulnerablen Lage. Der Suizidwunsch entsteht oft während oder in der Endphase einer schweren Erkrankung. Im Falle einer schweren und terminalen Erkrankung steht es selbstverständlich jedem frei, eine konventionelle oder palliativmedizinische Therapie in Anspruch zu nehmen. Es steht aber auch jedem frei, medizinische Möglichkeiten nicht ausschöpfen zu wollen. Egal welche Entscheidung jemand trifft und welche Vorstellung sich jemand macht, einig sind sich die Menschen in dem Wunsch, in Würde zu sterben.

Und an diesem Punkt gibt es nur ein beachtenswertes Kriterium: Das Selbstbestimmungsrecht jedes Einzelnen, also der autonom gebildete, freie Wille des Menschen, der sterben möchte. Das Bundesverfassungsgericht hat unmissverständlich klargestellt, dass es einen gegen die Autonomie gerichteten Lebensschutz nicht geben kann und darf (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 277).

Dem ernstlichen und dauerhaften Wunsch von Menschen, ihrem Leben selbstbestimmt ein Ende zu setzen, mit Respekt und ohne staatliche Bevormundung zu begegnen einerseits und andererseits die Achtung der Selbstbestimmung mit dem Schutz dieser schwerkranken Menschen vor einer Beeinflussung durch Dritte in Einklang zu bringen, ist gesetzgeberische Aufgabe.

Hilfe zur Selbsttötung sollte nicht mit Repression, Vergeltung oder Sühne geahndet werden, sondern bedarf tiefen Respekts gegenüber der Entscheidung der suizidwilligen Person und der Bereitschaft der hilfeleistenden Person. Das muss selbstverständlich unabhängig von der beruflichen Tätigkeit, der zur Hilfeleistung bereiten Person gelten. Selbstverständlich ist die freie Entscheidung eines Arztes, aus Gewissensgründen keine Suizidhilfe zu leisten, zu respektieren. Gleicher Respekt ist aber auch den Ärzten zu zeigen, die bereit sind, Menschen in ihrem selbstbestimmten Sterbewunsch zu begleiten. Dies gilt es vor dem Hintergrund immer noch bestehender Verbotsnormen in ärztlichen Berufsordnungen gesetzgeberisch klarzustellen.

Grund und Grenze des gesetzgeberischen Tätigwerdens muss es sein, sicherzustellen, dass die Suizidentscheidung tatsächlich auf einem autonom gebildeten, freien Willen fußt.

Das Bundesverfassungsgericht führte dazu aus, dass der Wille frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung oder äußerem Druck gebildet sein muss und der betroffenen Person alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte und Informationen tatsächlich bekannt sein müssen, sodass sie aufgrund dessen das Für und Wider

abwägen kann, die Folgen bewertet und in Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen eine Entscheidung trifft (Vgl. BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 240 ff.) und der Wille schließlich von einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit getragen sein muss (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 244). Die Menschen, die sterben möchten und oft allein mit ihren Gedanken und Überlegungen sind, müssen die Möglichkeit erhalten, über ihre Gedanken und Gefühle zu sprechen und Auswege zu diskutieren. Sie müssen echte Unterstützung auf ihrem selbstbestimmten Weg erfahren.

Mit dem Gesetzentwurf soll deshalb eine organisierte Beratungsinfrastruktur aufgebaut werden. Dadurch sollen Betroffene die Möglichkeit erhalten, sich qualifiziert mit dem Thema Suizid und Suizidhilfe auseinanderzusetzen, ohne in eine bestimmte Entscheidungsrichtung gedrängt zu werden. Weiterhin kann so sichergestellt werden, dass die Betroffenen über umfassende Informationen verfügen, die sie als mündige Individuen befähigen, eine informierte Entscheidung zu treffen. Ebenso soll der Gesetzentwurf sicherstellen, dass Menschen, die sterben möchten, nicht auf ein Angebot rein auf Gewinnstreben orientierter Einrichtungen angewiesen sind. Ganz im Gegenteil, soll es einen solchen Bedarf künftig nicht mehr geben.

Es ist sodann nicht hinnehmbar, dass es für freiverantwortlich handelnde Betroffene trotz des grundgesetzlich verankerten Rechts auf einen selbstbestimmten Tod keine Möglichkeit gibt, in einem geordneten Verfahren Zugang zu Medikamenten zur Selbsttötung zu erlangen. Menschen, die sterben möchten, dürfen nicht auf risikoreiche, unsichere oder schmerzhaftige Möglichkeiten der Selbsttötung verwiesen werden, wenn es Medikamente gibt, die nach dem Stand der Wissenschaft regelmäßig einen sanfteren und sichereren Tod ermöglichen und auch im Ausland genutzt werden dürfen. Es ist erforderlich, eine ärztliche Verschreibung entsprechender Medikamente zu ermöglichen. Zwischen Ärzten und Patienten besteht nicht nur häufig ein besonderes, teilweise lange gewachsenes Vertrauensverhältnis, sondern Ärzte verfügen außerdem regelmäßig über Kompetenzen, die sie zur Beurteilung des Vorliegens eines autonom gebildeten, freien Willens und eine Verschreibung von Medikamenten zur Selbsttötung besonders befähigen. Suizidhilfe braucht Menschlichkeit.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Der vorliegende Gesetzentwurf beantwortet die Frage, unter welchen Voraussetzungen Hilfe zur Selbsttötung in Anspruch genommen beziehungsweise von Dritten geleistet werden darf, in einem konkreten Rechtsrahmen. Der Entwurf adressiert Menschen, die sterben möchten und Menschen, die – unabhängig von der Berufszugehörigkeit – zur Hilfeleistung bereit sind, gleichermaßen. Im Mittelpunkt steht dabei die Autonomie und die Freiverantwortlichkeit der sterbewilligen Person und der Respekt vor jedweder autonomen Entscheidung, ohne dass externe Moralvorstellungen angelegt werden dürfen. Der Gesetzentwurf soll selbstbestimmte Entscheidungen gewährleisten, aber auch sichern. Deshalb sieht der Gesetzentwurf auch einen Schutz vor übereilten und nicht autonom gebildeten Suizidentscheidungen vor. Die vorgesehene Beratung soll die suizidwillige Person bei ihrer mündigen informierten Meinungsbildung unterstützen. Der Gesetzentwurf eröffnet die Möglichkeit der ärztlichen Verschreibung von Medikamenten zur Selbsttötung. Der Gesetzentwurf schafft vor allem Nachvollziehbarkeit, Transparenz und Rechtssicherheit, zeigt jedoch auch mögliche Alternativen zur Selbsttötung auf, ohne die suizid willige Person zu bevormunden.

III. Alternativen

[Eine neuerliche Regelung im Strafrecht, wie sie eine andere Parlamentariergruppe vorschlägt, ist weder erforderlich noch zielführend. Fehlt es an einer Freiverantwortlichkeit des Suizidenten oder lässt sich diese im Nachhinein nicht mehr feststellen, besteht ohnehin Strafbarkeit nach bestehenden Tötungsdelikten. Menschen, die bereit sind, jemandem zu helfen, der selbstbestimmt sterben möchte, gilt es überdies mit Respekt zu begegnen, statt ihnen erneut mit dem Strafrecht zu drohen. Aber auch über diese Grundsatzfrage hinaus weist der Gesetzentwurf eine Vielzahl weiterer Problematiken auf. So bedient man sich in der Formulierung des neuen § 217 StGB-E erneut der Formulierung „geschäftsmäßig“. Dieser Begriff war schon in der verfassungswidrigen vormaligen Regelung in § 217 StGB enthalten und ist bereits dann verwirklicht, wenn die zur Hilfe bereite Person die Absicht hat, in weiteren Fällen eventuell erneut zu helfen. Auch die Implementierung eines neuen Werbeverbots nach dem Vorbild des § 219a StGB erscheint vor der vieldiskutierten Problematik rund um § 219a StGB nicht geboten.

Der Entwurf der Parlamentariergruppe, die in einem isolierten Gesetz die Neuregelung der Suizidhilfe regeln, aber den Zugangsweg zu Medikamenten zur Selbsttötung je nach medizinischer Situation des Betroffenen differenzieren möchte, begegnet Bedenken hinsichtlich seiner Verfassungsmäßigkeit. Schließlich hat das Bundesverfassungsgericht ausgeführt, dass materielle Kriterien gerade nicht angelegt werden dürfen. Im Übrigen erscheint es auch nicht wünschenswert, die Frage des Zugangs zu Medikamenten zur Selbsttötung zur Behördenentscheidung nach Aktenlage werden zu lassen.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 1 und 19 Grundgesetz.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Es sind keine Kollisionen mit dem Recht der Europäischen Union oder völkerrechtlichen Verträgen ersichtlich.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Keine.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Keine.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

4. Erfüllungsaufwand

Keiner.

5. Weitere Kosten

Für die Länder entsteht Erfüllungsaufwand nur im Zusammenhang mit der Anerkennung und einer angemessenen öffentlichen Förderung der Beratungsstellen. In welcher Höhe Kosten entstehen, hängt vor allem von der Zahl der anerkannten Beratungsstellen ab.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung des Gesetzes ist nicht vorgesehen. Hingegen soll eine regelmäßige Evaluierung vorgenommen werden.

B. Besonderer Teil

Artikel 1

Zu § 1

Drucksache 20/2332

– 12 –

Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist ein Grundrecht und steht unbestritten jedem zu (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Leitsatz 1a). Spätestens das Bundesverfassungsgericht hat in der vorgenannten Entscheidung eindeutig klargestellt, dass dieses Recht auch die Inanspruchnahme von Hilfeleistung von Dritten inkludiert, sofern diese angeboten wird (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Leitsatz 1c). § 1 soll deutlich machen, dass das grundgesetzlich verankerte Recht auf selbstbestimmtes Sterben der Ausgangspunkt für den Gesetzentwurf ist. Menschen, die sterben möchten, sollen Sicherheit bekommen, dass sie mit ihrer Entscheidung nicht alleingelassen werden, sondern angebotene Hilfe in Anspruch nehmen dürfen.

Zu § 2

§ 2 beinhaltet Regelungen zur Hilfe zur Selbsttötung durch Dritte, also jene Personen, die bereit sind, Suizidwilligen zu helfen und ihnen beizustehen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 formuliert den Umkehrschluss zu § 1 und bildet den Leitsatz 1c des Bundesverfassungsgerichtsurteils gesetzlich ab (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Leitsatz 1c). Jeder darf Hilfe zur Selbsttötung leisten, sofern der Suizident sein Leben selbst freiverantwortlich beenden möchte. Absatz 1 soll zudem den Kontrast des Gesetzentwurfs zur vormaligen Normierung in § 217 StGB verdeutlichen. Das durch den einstigen § 217 StGB normierte Verbot, das eine Ausnahme vom Grundsatz der Straffreiheit einer Hilfeleistungshandlung zu einer straflosen Handlung vorsah, ist vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig erklärt worden.

Zeitgleich soll Absatz 1 den Menschen, die bereit sind, Suizidwilligen zu helfen und ihnen beizustehen, Rechtssicherheit bieten und hervorheben, dass sie nichts Verbotenes tun. Das soll explizit – klarstellend mit Blick auf die Entscheidung des Großen Strafsenats des Bundesgerichtshofs vom 10.4.1954 (BGHSt 6, 147,153) zur Rettungspflicht nach Eintritt der Bewusstlosigkeit des Suizidenten – auch nach der Hilfeleistung bis zum Zeitpunkt des Todeseintritts fortgelten. Denn niemand soll aus Sorge vor Strafverfolgung den Raum verlassen, statt einem Menschen am Lebensende beizustehen.

Zu Absatz 2

Spiegelbildlich zu Absatz 1 gilt, dass auch niemand zu einer Hilfeleistung zur Selbsttötung verpflichtet werden darf. Das grundgesetzlich verankerte Recht auf selbstbestimmtes Sterben sichert zwar jedem zu, angebotene Hilfe in Anspruch zu nehmen, es beinhaltet jedoch keinen positivrechtlichen Anspruch auf eine konkrete Hilfeleistung durch einen Dritten. Denn nicht nur die Entscheidung, selbstbestimmt zu sterben, verlangt Respekt und Akzeptanz, sondern ebenso die bewusste Entscheidung einer Person an einer Hilfeleistung nicht teilhaben zu wollen.

Zu Absatz 3

§ 2 Absatz 3 soll die vorhergehenden Absätze insoweit konkretisieren, als dass auch niemand aufgrund seiner Berufszugehörigkeit zur Suizidhilfe verpflichtet werden oder sie ihm aufgrund dieser verboten werden darf. Die Norm zielt insbesondere auf Ärzte, die qua Berufsstand vermehrt mit Sterbewünschen konfrontiert werden und auch durch diesen Gesetzentwurf mit einer Sonderstellung in der Suizidhilfe betraut werden. In der Ärzteschaft gibt es hinsichtlich der Bereitschaft zur Leistung von Suizidhilfe kein einheitliches Bild. Die Norm soll klarstellen, dass es genauso zu respektieren ist, wenn Ärzte bereit sind, Menschen in ihrem selbstbestimmten Sterbewunsch zu begleiten, wie wenn sie aus Gewissensgründen keine Suizidhilfe leisten möchten.

Die Regelung soll darüber hinaus verdeutlichen, dass das noch immer in einigen Berufsordnungen der Landesärztekammern enthaltene berufsrechtliche Verbot, Suizidhilfe zu leisten, nicht mit den Erwägungen des Bundesverfassungsgerichts in Kongruenz zu bringen und daher abzulehnen ist.

Zu § 3

Grundlage einer selbstbestimmten Entscheidung ist der autonom gebildete und freie Wille eines jeden Einzelnen. Suizidhilfe nach diesem Gesetz kann deshalb nur dann in Anspruch genommen werden, wenn die Entscheidung auch auf einem solchen Willen beruht. Die nachfolgenden Regelungen zeigen, welche Anforderungen insoweit zu stellen sind.

Zu Absatz 1

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Eine freie Suizidentscheidung setzt nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts die tatsächliche Möglichkeit voraus, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und auch entsprechend handeln zu können (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 241). Unter Bezugnahme auf die ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Einwilligung in medizinische Behandlung ist von der Fähigkeit zur freien Willensbildung nur auszugehen, wenn die betreffende Person in der Lage ist, Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der Entscheidung zu erfassen (BGH NJW 1972, 335). Sie ist mithin nicht an das Vorliegen formaler Geschäftsfähigkeit gebunden. Ob psychische Erkrankungen oder eine Demenzerkrankung entgegenstehen, ist im konkreten Einzelfall zu betrachten. Es ist davon auszugehen, dass Minderjährige in der Regel Bedeutung und Tragweite einer Suizidentscheidung noch nicht ausreichend erfassen können.

Zu Absatz 2

Weitere Voraussetzung für die Bildung eines autonomen und freien Willens ist, dass der Suizidwillige alle entscheidungserheblichen Tatsachen kennt und das Für und Wider des Suizidentschlusses ordnungsgemäß gegeneinander abwägen kann. Welche Informationen erforderlich sind, um den Suizidenten zu befähigen, die Entscheidung zu treffen, wird individuell sehr unterschiedlich sein. Medizinisch werden im Falle einer Erkrankung Kenntnisse über etwaige alternative Behandlungsmöglichkeiten und Optionen der Palliativmedizin zu fordern sein. In jedem Fall muss die Person über Kenntnisse über den Vorgang der Selbsttötung selbst und entsprechende Risiken verfügen. Je nach konkretem Fall können nötige Informationen über Handlungsalternativen auch solche über mögliche soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote sein.

Zu Absatz 3

Ein autonom gebildeter und freier Wille kann nur gebildet werden, wenn keine unzulässige Einflussnahme und Druck von Seiten Dritter ausgeübt wird (vgl. BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 243). Die Entscheidung über den eigenen Tod ist die ureigenste und persönlichste Entscheidung einer Person. Der Suizidwillige darf sich zwar mit Dritten beraten und ihre Meinung ebenso wie die Folgen seiner Entscheidung auf Dritte berücksichtigen, jede Fremdbestimmung in der Entscheidung selbst aber gilt es zu verhindern. Selbstverständlich ist, dass von einer unzulässigen Ausübung von Druck auszugehen ist, wenn dem Betroffenen in Aussicht gestellt wird, dass er für den Fall des Weiterlebens Nachteile erleiden würde (vgl. BVerfG, Beschluss vom 23.3.2011 – 2 BvR 882/09 –, Rn. 41).

Zu Absatz 4

Zuletzt soll von einem autonomen und freien Willen nur dann ausgegangen werden, wenn der Suizidentschluss auf einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit beruht. Diese Erwägung entspringt ebenfalls aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts, folgt aber auch aus früheren Erwägungen des Bundesgerichtshofes (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 244; BGH, Urteil vom 03.7.2019 – 5 StR 132/18, Rn. 21 – juris). Der Suizidentschluss muss sich also in einem gewissen Maße im Willen manifestiert haben, sodass ein beiläufiger und gegebenenfalls nur einmalig geäußelter Suizidwille nicht ausreichen sollte (vgl.: Schneider, in: MüKo StGB, 3. Auflage, § 216, Rn. 19). Durch Absatz 4 werden Entscheidungen, die als Kurzschlusshandlungen auf rein affektiven Impulsen beruhen oder im Rahmen vorübergehender Lebenskrisen gebildet werden, adressiert und ausgeschlossen.

Zu § 4

Aus Artikel 1 Absatz 1 Satz 2 GG in Verbindung mit Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG folgt auch die Pflicht des Staates, die individuelle Selbstbestimmung bei einer Suizidentscheidung und hierdurch mittelbar das Leben selbst zu schützen (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 232). Es gilt daher, Sterbewillige nicht alleine zu lassen, sondern ihnen ein konkretes Informations-, aber auch ein praktisches Unterstützungsangebot zu machen. Ein umfassendes Beratungsangebot ermöglicht es Personen, die es in Anspruch nehmen, Informationen zu erhalten, die sie zur autonomen Bildung eines freien Willens befähigen. Da die individuelle Autonomie erst als grundgesetzlicher Mittler des Lebensschutzes fungiert, darf es folgerichtig einen gegen die Autonomie gerichteten Lebensschutz nicht geben. Dies muss die angebotene Beratung auch spiegeln. Das Beratungsangebot soll überdies nicht nur Personen, die eine Selbsttötung in Betracht ziehen, sondern auch allen weiteren Personen mit Beratungsbedarf – Angehörigen, zur Hilfe Bereiten, aber auch Ärzten – offen stehen.

Zu Absatz 1

Drucksache 20/2332

– 14 –

Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode

Erklärtes Ziel des Gesetzentwurfs ist es, das Recht auf selbstbestimmtes Sterben zu gewährleisten und das individuelle Selbstbestimmungsrecht zu sichern.

Es ist hingegen nicht gewollt, dass sich Deutschland zum Land des internationalen Sterbehilfetourismus entwickelt. Entsprechend dieser Vorüberlegung soll die Möglichkeit der Suizidhilfeberatung jedem zukommen, der seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat.

Der Gesetzgeber darf sich sodann nicht mit eigenen Moralvorstellungen über die Autonomie der handelnden Individuen erheben. Dementsprechend versteht es sich von selbst, dass auch eine Beratung nicht bevormunden oder lenken darf, sondern wertungsfrei zu erfolgen hat.

Zu Absatz 2

Absatz 2 folgt vor allem den Erwägungen des § 3 Absatz 2 und soll die suizidwillige Person befähigen, jede Tatsache und Information zu generieren, die für eine autonome Bildung eines freien Willens über eine Suizidentscheidung von Belang ist. Der Katalog der Beratungsgegenstände ist dabei gewiss nicht abschließend. Vielmehr bedarf es stets der individuellen Betrachtung und einer individuellen Anpassung der Beratungsinhalte an den konkreten Einzelfall. Die Vermittlung einiger wesentlicher Inhaltselemente der Beratung setzt voraus, dass sich die suizidwillige Person, der sie beratenden Person öffnet, mitwirkt und seine Beweggründe, derentwegen er einen Suizid in Betracht zieht, mitteilt. Der Beratungscharakter schließt es aber selbstverständlich aus, eine solche Bereitschaft der suizidwilligen Person einzufordern oder gar zu erzwingen.

Zu Absatz 3

Die Gesellschaft darf suizidwillige Menschen nicht ignorieren, sondern muss ihre Sorgen, Ängste und einen geäußerten Suizidwunsch ernst nehmen. Es ist nicht nur ein Gebot der Menschlichkeit und Solidarität, diese Menschen nicht alleine zu lassen. Dies bedingt auch, dass Menschen, die einen Suizidwunsch geäußert haben, unverzüglich zu beraten sind und Unterstützung erfahren müssen. Sie brauchen ganz akute Unterstützung. Empirisch belegt ist, dass die meisten suizidwilligen Personen (ca. 80 bis 90 %), deren Suizid misslingt, diesen im Nachhinein als Fehlentscheidung werten. Daraus lässt sich schließen, dass viele Suizidwünsche nicht anhaltend sind (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 244). Suizidwilligen brauchen deshalb möglichst umgehende Informationen – auch und vor allem über Handlungsalternativen – zum Schutz ihrer wohlüberlegten, selbst bestimmten Entscheidung.

Zu Absatz 4

Niemand soll aus Sorge davor, durch Inanspruchnahme der Beratung unter eigenem Namen Nachteile zu erleiden, von der Nutzung des Beratungsangebotes abgehalten werden. Egal ob der Betroffene gesellschaftliche Missbilligung oder etwa eine Information der Angehörigen befürchtet, solche Ängste sind fehl am Platz. Die beratene Person kann deshalb, wenn sie dies wünscht, gegenüber der beratenden Person anonym bleiben. Dies ist auch deshalb unproblematisch, weil eine Identifikation der Person zur Durchführung der Beratung nicht erforderlich ist.

Zu Absatz 5

Durch Absatz 5 soll ein Vier-Augen-Prinzip als prozeduraler Sicherungsmechanismus implementiert werden. Ferner wäre eine Verquickung von einerseits neutraler Beratung und sodann eigener Hilfeleistung ethisch nicht vertretbar.

Zu Absatz 6

Diese Regelung trägt, wie auch Absatz 2, vor allem dem § 3 Absatz 2 Rechnung. Durch die Hinzuziehung ärztlicher, fachärztlicher, psychologischer, sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer oder juristischer Expertise soll die Vielgestaltigkeit einer individuellen Beratungsnotwendigkeit berücksichtigt werden können. Die suizidwillige Person soll ein möglichst diverses Informationsportfolio erhalten, das sodann zu einer autonomen und freien Suizidentscheidung beiträgt. Weil die Entscheidung über Leben und Tod einerseits von der Einbettung in das soziale Umfeld abhängen kann und andererseits ein Suizid auch immer Wirkung auf Angehörige und andere nahestehende Personen hat, sollen solche Personen, wenn beratene und beratende Person dies einvernehmlich für geboten halten, in die Beratung eingebunden werden können.

Zu Absatz 7

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die erfolgte Beratung einer suizidwilligen Person muss von der Beratungsstelle auf ihren Wunsch hin bescheinigt werden. Dies ist selbstverständlich nur möglich, wenn die Person nicht nach Abs. 4 anonym bleiben möchte. Aufgabe der Beratungsstelle soll es nicht sein, Betroffene zu begutachten. Sie soll vielmehr auf Augenhöhe beraten und tatsächlich unterstützen. Sofern sich für die beratende Person aber dennoch der Eindruck aufdrängt, dass der suizidwilligen Person die Fähigkeit zur freien Willensbildung fehlt oder aber extern unzulässig auf sie Einfluss genommen oder Druck ausgeübt wird, hat sie dies auf der Beratungsbescheinigung in geeigneter Form zu vermerken. Möchte der Betroffene später die Verschreibung eines tödlichen Medikaments nach § 6 erwirken, ist es der Arzt, der sich von der Entscheidung zum Suizid als autonom gebildetem, freien Willen zu überzeugen hat. Es erschiene jedoch unbillig, wenn die Beratungsstelle offensichtliche Hinweise nicht weitergeben dürfte. Dem Arzt obliegt sodann eine besonders sorgfältige Prüfung.

Zu Absatz 8

Die Möglichkeit, eine Beratung in Anspruch zu nehmen, darf nicht von der finanziellen Situation des Suizidwilligen abhängig sein. Die Beratung muss daher unentgeltlich erfolgen.

Zu § 5

§ 5 widmet sich vor allem der Errichtung einer Infrastruktur, die für eine bundesweite flächendeckende Suizidberatung notwendig ist, und den notwendigen Anforderungen an diese Beratungsstellen. Bei der Errichtung der Beratungsstellen soll nach Auffassung der Entwurfverfasser den Ländern die Hauptverantwortung zukommen. Beim Ausbau der Infrastruktur ist darauf zu achten, dass die Beratungsstellen barrierefrei erreichbar sind. Um eine ausreichende Qualität der Beratung sicherzustellen und auch der Gefahr einer bevormundenden Beratung vorzubeugen, ist eine staatliche Anerkennung erforderlich. Dies schließt keineswegs aus, dass Beratungsstellen nicht in freier Trägerschaft unterhalten werden dürfen. Ein entsprechendes Angebot wäre sogar wünschenswert.

Die staatliche Anerkennung darf nur erteilt werden, wenn die Beratungsstelle ausreichend persönliches und fachlich qualifiziertes Personal vorweisen kann. Ebenso muss sie nachweisen, dass sie kurzfristig auf zusätzliche Expertise gemäß § 4 Absatz 6 zurückgreifen kann und mit weiteren Stellen, die anderweitige Hilfe für Suizidwillige anbieten, zusammenarbeitet. Zusätzlich ist eine staatliche Anerkennung dann ausgeschlossen, wenn eine Beratungsstelle mit einer Einrichtung derart zusammenarbeitet oder anderweitig organisatorisch (z.B. personell) verbunden ist, dass ein materielles Interesse an der Durchführung von Suizidhilfe besteht.

Die Beratungsstellen haben einen Anspruch auf eine angemessene Förderung der Personal- und Sachkosten. Ebenso sind sie verpflichtet, einen jährlichen Bericht über ihre Beratungstätigkeit zu verfassen. Dieser Bericht ist auf Grundlage der Aufzeichnungen, die über die Beratungsgespräche zu erfolgen sind, zu verfassen, wobei der Bericht keinerlei Rückschlüsse auf die Identität der beratenen Personen zulassen darf. Die Anerkennung einer Beratungsstelle muss alle drei Jahre überprüft werden. Bewertungsmaßstab sind die Voraussetzungen des § 5 Absatz 2 sowie die Berichte des § 5 Absatz 4 dieses Gesetzes.

Die Länder haben im Rahmen ihrer Vollzugsverpflichtung die sachgerechte Erledigung des sich aus dem Gesetz ergebenden Aufgabenbestandes sicherzustellen.

Zu § 6

Mit dieser Norm wird die Möglichkeit, ein Arzneimittel zum Zwecke der Selbsttötung zu erhalten, eröffnet (vgl. auch BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 341). Der Gesetzentwurf wählt den Zugang zu einem solchen Arzneimittel über eine ärztliche Verschreibung. Ärzte sind im Hinblick auf die notwendigen Kompetenzen zur Verschreibung von Arzneimitteln zur Selbsttötung exponiert. Darüber hinaus sind sie besser, als andere Berufsgruppen in der Lage zu erkennen, ob der Betroffene aus autonom gebildetem, freiem Willen heraus handelt, und können im Zweifel eine der Tragweite der Entscheidung angemessene medizinische Aufklärung leisten. Schließlich besteht zwischen Arzt und Patient häufig ein besonderes, teilweise lange gewachsenes Vertrauensverhältnis. Die Erwägungen des § 2 im Gesamten, insbesondere aber des § 2 Absatz 3, sind in diesem Kontext von elementarer Bedeutung. Aus dem Grundsatz, dass niemand zur Suizidhilfe verpflichtet werden darf, resultiert unmittelbar, dass auch kein Arzt zur Verschreibung eines tödlich wirkenden Arzneimittels verpflichtet werden darf. Sofern ein Arzt zu einer solchen Verschreibung jedoch bereit ist, eröffnet § 6 diese Möglichkeit.

Drucksache 20/2332

– 16 –

Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode

Zu Absatz 1

Absatz 1 bildet die Rechtsgrundlage für die ärztliche Verschreibung eines Arzneimittels zum Zwecke der Selbsttötung, sofern der Entschluss zur Selbsttötung auf einem autonom gebildeten, freien Willen fußt.

Zu Absatz 2

Dem verschreibenden Arzt obliegt es, die suizidwillige Person medizinisch aufzuklären. Die medizinische Aufklärung ergänzt die durch die Beratungsstellen vorgenommene umfassende Beratung nach § 4. Inhalt der ärztlichen Aufklärung müssen insbesondere die Darstellung der Reaktionen des Körpers, die auf die Einnahme eines Arzneimittels zum Zwecke der Selbsttötung folgen, sowie der voraussichtliche Ablauf einer Selbsttötung durch Einnahme des Arzneimittels sein. Ferner ist auf mögliche Risiken, mithin das Fehlschlagen der Selbsttötung und das Eintreten schwerster physischer Schäden einzugehen. Falls die suizidwillige Person unter einer Erkrankung leidet, hat der Arzt auf alternative Behandlungsmöglichkeiten und palliativmedizinische Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen und diese mit der suizidwilligen Person zu erörtern. Durch ärztliche Aufklärung soll sichergestellt werden, dass die suizidwillige Person sich der Bedeutung und Tragweite der Einnahme des Arzneimittels und der möglichen Risiken bewusst ist.

Zu Absatz 3

Die Verschreibung eines Arzneimittels zum Zwecke der Selbsttötung ist nur zulässig, sofern sich der verschreibende Arzt die Beratungsbescheinigung gemäß § 4 Absatz 7 hat vorlegen lassen. Dabei hat der Arzt darauf zu achten, dass die Beratung nicht länger als acht Wochen zurückliegt. Diese Frist gewährleistet einerseits, dass die Beratungssituation regelmäßig noch mit der aktuellen Lebenssituation des Sterbewilligen vor deren Hintergrund beraten worden ist, übereinstimmt und andererseits, dass dem Beratenen die Erwägungen aus dem Gespräch noch präsent sind. Ist die Beratung nicht erfolgt oder inzwischen ein zu langer Zeitraum verstrichen, darf der Arzt das Arzneimittel zum Zwecke der Selbsttötung nicht verschreiben. Im Rahmen einer Verschreibung eines tödlichen Arzneimittels nach § 6 des Entwurfs ist mithin – anders als bei anderen Suizidhilfehandlungen – eine Beratung nach § 4 des Regelwerks obligatorisch. Denn wenngleich es aus Gründen der Humanität geboten ist, Menschen, die selbstbestimmt sterben möchten, Zugang zu möglichst schonenden und risikoarmen Methoden beziehungsweise Arzneimitteln zu ermöglichen, hat der Staat dann – und nur dann –, wenn er Suizidhilfe wie mit der Verschreibung eines Arzneimittels in ein staatlich geregeltes Verfahren einbettet, besondere prozedurale Sicherungsmaßnahmen zu treffen.

Zu Absatz 4

Die Verschreibung eines Arzneimittels zum Zwecke der Selbsttötung darf nur erfolgen, wenn der verschreibende Arzt von der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit des Sterbewunsches ausgeht. Dies ist in der Regel erst dann der Fall, wenn seit der Beratung gemäß § 4 mindestens zehn Tage vergangen sind. Die Regelung stellt einen weiteren Sicherungsmechanismus dar, um Menschen vor einer übereilten Suizidentscheidung zu schützen. In begründeten Einzelfällen, wenn dem Suizidwilligen ein Zuwarten aufgrund des Ausnahmecharakters seiner individuellen Situation nicht zuzumuten ist, kann jedoch von der Frist abgewichen werden.

Zu Absatz 5

Wie auch die Beratungsstelle muss auch der Arzt seine Feststellungen über den autonomen und freien Willen und den Inhalt der vorgenommenen Aufklärung dokumentieren. Die Beratungsbescheinigung, die die suizidwillige Person zum Arzttermin mitführen muss, ist ebenfalls im Original in die Dokumentation aufzunehmen.

Zu Absatz 6

Durch Absatz 6 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates per Rechtsverordnung nähere Regelungen zur Verschreibung eines Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung zu treffen. Per Rechtsverordnung können beispielsweise weitere Voraussetzungen an die fachliche Qualifikation von Ärzten gestellt werden, die ein Betäubungsmittel zum Zwecke der Selbsttötung verschreiben dürfen. Ebenso können per Rechtsverordnung gewisse Meldepflichten beispielsweise mit Blick auf vorgenommene Verschreibungen, ausgegebene Medikamente und in der Folge vorgenommene Selbsttötungen errichtet werden. In einem weiteren Schritt müssen dann die notwendigen Regelungen für den Meldeschein im Todesfall an die neue gesetz-

liche Realität angepasst werden. Weiterhin müssen im Rahmen der Suizidhilfe tätige Ärzte, wenn sie suizidwillige Personen aufklären und Medikamente verschreiben, nicht unentgeltlich tätig sein. Es dürfte aber im Ergebnis sinnvoll sein, die mögliche Vergütung der Höhe nach zu begrenzen.

Zu § 7

Das Thema der Suizidhilfe ist von solch hoher Relevanz, dass es über den einmaligen Gesetzgebungsakt hinaus ständiger parlamentarischer Begleitung bedarf. Die Bundesregierung wird deshalb verpflichtet, jährlich erstmals ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes einen Bericht über die vorgenommenen Beratungen gemäß § 4 und über die Verschreibungen gemäß § 6 zu erstellen. Ebenso soll dieser Bericht allgemeine Entwicklungen im Bereich der Suizidhilfe aufzeigen, auch damit der Gesetzgeber die kurzfristigen und langfristigen Auswirkungen der gesetzlichen Regelung fortlaufend betrachten kann. Sodann hat die Bundesregierung erstmals nach drei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes und sodann alle drei Jahre die Wirksamkeit dieses Gesetzes umfassend zu evaluieren. Sofern sich Entwicklungen hin zu der Entstehung und Etablierung rein auf Gewinnstreben orientierter Angebote erkennen lassen, ist staatlicherseits im Einklang mit den Erwägungen des Bundesverfassungsgerichts umgehend nachzusteuern.

Artikel 2

Angesichts der unmissverständlichen Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts ist nicht nur eine Implementierung eines prozeduralen Sicherungskonzeptes möglich, sondern vielmehr bedarf es einer zwingend konsistenten Anpassung des Betäubungsmittelrechts (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 341). Das Betäubungsmittelgesetz wird entsprechend den Erwägungen dieses Gesetzes angepasst, sodass eine Verschreibung eines Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung auch in Kongruenz mit den betäubungsmittelrechtlichen Regelungen steht, sofern die Voraussetzungen dieses Gesetzes vorliegen.

Artikel 3

Die gemäß § 4 beratene Person kann je nach konkreter Ausgestaltung der Beratung einer suizidwilligen Person Einblicke in die Intim- und Privatsphäre, den Gesundheitszustand und die soziale Vernetzung der beratenden Person erhalten. Es ist davon auszugehen, dass sich die beratenden Menschen, die sterben möchten, ihrem gegenüber öffnen. Dies kann jedoch nur gewährleistet werden, wenn die beratene Person weiß, dass der Inhalt der Beratung nicht an unberechtigte Dritte oder die Öffentlichkeit gelangt. Eine Verschwiegenheitsverpflichtung der beratenen Person über die in der Beratung gewonnenen Informationen ist deshalb unerlässlich.

Artikel 4

Artikel 4 regelt das Inkrafttreten des Gesetzes zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende (Suizidhilfegesetz).

Deutscher Bundestag

Drucksache 20/904

20. Wahlperiode

07.03.2022

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Konstantin von Notz, Petra Pau, Stephan Pilsinger, Benjamin Strasser, Kathrin Vogler, Stephanie Aeffner, Renata Alt, Lisa Badum, Heike Baehrens, Jens Beeck, Dr. André Berghegger, Marc Biadacz, Steffen Bilger, Friedhelm Boginski, Heike Brehmer, Dr. Carsten Brodesser, Carl-Julius Cronenberg, Dr. Janosch Dahmen, Ekin Deligöz, Enak Ferlemann, Sebastian Fiedler, Thorsten Frei, Maximilian Funke-Kaiser, Katrin Göring-Eckardt, Fabian Gramling, Dr. Armin Grau, Kerstin Griese, Sabine Grützmacher, Hermann Gröhe, Uli Grötsch, Serap Güler, Rita Hagl-Kehl, Christian Haase, Matthias Hauer, Hubertus Heil (Peine), Mechthild Heil, Anke Hennig, Christian Hirte, Dr. Hendrik Hoppenstedt, Franziska Hoppermann, Hubert Hüppe, Ingmar Jung, Josip Juratovic, Anja Karliczek, Volkmar Klein, Maria Klein-Schmeink, Julia Klöckner, Tim Klüssendorf, Pascal Kober, Dr. Günter Krings, Carina Konrad, Paul Lehrieder, Lars Lindemann, Andrea Lindholz, Michael Georg Link (Heilbronn), Bettina Lugk, Max Lucks, Yvonne Magwas, Stephan Mayer (Altötting), Takis Mehmet Ali, Dr. Michael Meister, Christoph Meyer, Claudia Moll, Dietrich Monstadt, Stefan Müller (Erlangen), Bettina Müller, Beate Müller-Gemmeke, Michelle Müntefering, Dr. Rolf Mützenich, Dr. Ophelia Nick, Dietmar Nietan, Cem Özdemir, Thomas Rachel, Dr. Volker Redder, Henning Rehbaum, Andreas Rimkus, Thomas Röwekamp, Lars Rohwer, Dr. Martin Rosemann, Claudia Roth (Augsburg), Corinna Rüffer, Bernd Rützel, Ingo Schäfer, Dr. Wolfgang Schäuble, Peggy Schierenbeck, Dagmar Schmidt (Wetzlar), Patrick Schnieder, Felix Schreiner, Rita Schwarzelühr-Sutter, Matthias Seestern-Pauly, Detlef Seif, Dr. Stephan Seiter, Rainer Semet, Jens Spahn, Bettina Stark-Watzinger, Konrad Stockmeier, Diana Stöcker, Dr. Hermann-Josef Tebroke, Michael Theurer, Antje Tillmann, Nico Tippelt, Derya Türk-Nachbaur, Kerstin Vieregge, Dr. Johann David Wadephul, Marco Wanderwitz, Annette Widmann-Mauz, Dr. Klaus Wiener, Elisabeth Winkelmeier-Becker

Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung

A. Problem

Mit Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 u. a. – (BVerfGE 153, 182 ff.) wurde der durch das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2177) eingefügte § 217 des Strafgesetzbuches (StGB) für mit dem Grundgesetz unvereinbar und nichtig erklärt. Danach ist die „geschäftsmäßige“ Suizidhilfe, also eine auf wiederholte Hilfe zur Selbsttötung angelegte Tätigkeit von Organisationen, Vereinen und Einzelpersonen, grundsätzlich wieder straffrei und ohne Regelungen zum Schutz der Freiverantwortlichkeit möglich.

Die Schutzpflicht des Staates beinhaltet, dafür Sorge zu tragen, dass der Entschluss zur Selbsttötung nicht nur auf einer vorübergehenden Lebenskrise oder auf einer psychosozialen Einflussnahme beruht und keine psychische Erkrankung oder eine mangelnde Aufklärung und Beratung dem Selbsttötungsentschluss zugrunde liegt. Diese staatliche Schutzpflicht bedarf der Ausgestaltung und Konkretisierung. Es ist daher Aufgabe des Gesetzgebers, ein konsistentes Regelungskonzept zu entwickeln, welches das Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmung und Schutz des Lebens auflöst (vgl. BVerfGE 153, 182 [268 Rn. 224]). Dies beinhaltet auch den Schutz der Autonomie der Betroffenen, damit die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung über eine Beendigung des eigenen Lebens gewährleistet ist.

Im Übrigen soll einer gesellschaftlichen Normalisierung der Selbsttötung entgegen gewirkt werden.

B. Lösung

Der vorliegende Gesetzentwurf beinhaltet vor diesem Hintergrund ein abgestuftes und ausgewogenes Schutzkonzept, das der Wahrung der betroffenen Rechtsgüter dient. Er regelt den für die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung besonders sensiblen Bereich der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung.

Angebote geschäftsmäßiger Suizidhilfe berühren nicht ausschließlich das Verhältnis zwischen der aus freiem Entschluss handelnden suizidwilligen Person und der Suizidhelferin oder dem Suizidhelfer. Von ihnen gehen Vor- und Folgewirkungen aus, die erhebliche Missbrauchsgefahren und Gefährdungen für die autonome Selbstbestimmung Dritter umfassen (vgl. BVerfGE 153, 182 [267 Rn. 222]). Diesen Missbrauchsgefahren und Gefährdungen soll mit diesem Gesetzentwurf durch eine neugefasste strafgesetzliche Normierung begegnet werden.

Denn es ist die Pflicht des Staates, die Autonomie Suizidwilliger und darüber auch das hohe Rechtsgut Leben zu schützen. Diese sind von Einwirkungen und Pressionen freizuhalten, welche sie gegenüber Suizidhilfeangeboten in eine Rechtfertigungslage bringen könnten (vgl. BVerfGE 153, 182 [262 Rn. 223]). Der Gesetzgeber darf und muss daher gesellschaftlichen Einwirkungen wirksam entgegen treten, die als Pressionen wirken können und das Ausschlagen von Suizidangeboten rechtfertigungsbedürftig von Seiten Dritter erscheinen lassen. Entsprechend kann er Vorkehrungen treffen, dass Personen nicht in schweren Lebenslagen in die Situation gebracht werden, sich mit solchen Angeboten auch nur näher befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen (vgl. BVerfGE 153, 182 [272 Rn. 235]).

In Erfüllung dieser Verpflichtung darf der Gesetzgeber daher einer Entwicklung entgegensteuern, welche die Entstehung sozialer Pressionen befördert, sich unter bestimmten Bedingungen, etwa aus Nützlichkeitsabwägungen, das Leben zu nehmen. Der oder die Einzelne darf – auch jenseits konkreter Einflussnahmen durch Dritte – nicht der Gefahr gesellschaftlicher Erwartungshaltungen ausgesetzt sein (vgl. BVerfGE 153, 182 [271 Rn. 235]).

Für den wirksamen generalpräventiven Schutz der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zu Selbsttötung wird die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung grundsätzlich unter Strafe gestellt. § 217 Absatz 2 StGB sieht von diesem Grundsatz in den klaren Grenzen eines konkreten Schutzkonzeptes eine Ausnahmeregelung vor. Dazu bedarf es der Feststellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zu Selbsttötung nach einer in der Regel zweimaligen Untersuchung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im Abstand von drei Monaten und eine umfassende ergebnisoffene Beratung in einem auf die Situation des/der Betroffenen angepassten interdisziplinären Ansatz. Aufgrund der besonderen Situation eines/einer Betroffenen, insbesondere bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, kann die Feststellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung über die Selbsttötung im Ausnahmefall auch nach einem einzigen Untersuchungstermin getroffen werden.

Um der gesellschaftlichen Normalisierung der Hilfe zur Selbsttötung wirksam entgegenzuwirken, ist flankierend ein strafbewehrtes Verbot für bestimmte Formen der Werbung der Hilfe zu Selbsttötung vorgesehen.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger, die in Erwägung ziehen, geschäftsmäßige Hilfe zur Selbsttötung in Anspruch zu nehmen, entsteht ein zeitlicher Erfüllungsaufwand für die Inanspruchnahme von Beratungsgesprächen. Dieser Aufwand ist nicht näher bezifferbar, da er von den Umständen des Einzelfalles abhängig ist.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Keiner.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Durch die Einführung der vorgesehenen Straftatbestände kann für die Länder ein derzeit nicht näher bezifferbarer Mehraufwand bei den Strafverfolgungs- und Vollstreckungsbehörden im Hinblick auf etwaige Ermittlungs-, Straf- und Vollstreckungsverfahren entstehen. Dieser Mehraufwand dürfte sich auf Grund der zu erwartenden generalpräventiven Wirkung des Verbots in einer zu vernachlässigenden Größenordnung bewegen und wäre im Übrigen angesichts der zu schützenden Rechtsgüter gerechtfertigt.

F. Weitere Kosten

Der Mehraufwand bei den bestehenden Beratungsstrukturen sowie die Aufwendungen der Krankenkassen für ärztliche Beratungsleistungen und die Prüfung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung der Selbsttötung sind derzeit nicht absehbar. Sie wären im Hinblick auf die zu schützenden Rechtsgüter im Übrigen gerechtfertigt.

Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Strafgesetzbuches

Das Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 217 die folgende Angabe eingefügt:
„§ 217a Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung“.
2. § 217 wird wie folgt gefasst:

„§ 217

Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Die Förderungshandlung im Sinne des Absatzes 1 ist nicht rechtswidrig, wenn

1. die suizidwillige Person volljährig und einsichtsfähig ist,
2. die Untersuchung durch einen nicht an der Selbsttötung beteiligten Facharzt oder durch eine nicht an der Selbsttötung beteiligte Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt, dass keine die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigende psychische Erkrankung vorliegt und nach fachlicher Überzeugung das Sterbeverlangen freiwilliger, ernsthafter und dauerhafter Natur ist; dies setzt in der Regel mindestens zwei Termine mit einem Mindestabstand von drei Monaten voraus,
3. mindestens ein individuell angepasstes, umfassendes und ergebnisoffenes Beratungsgespräch nach Maßgabe des untersuchenden Facharztes oder der untersuchenden Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie gemäß Nummer 2 mit einem multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz bei einem weiteren Arzt oder einer weiteren Ärztin, einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin, einer psychosozialen Beratungsstelle, einer Suchtberatung oder einer Schuldenberatung stattgefunden hat, welches mindestens die folgenden Punkte umfasst:
 - a) Aufklärung über den mentalen und physischen Zustand,
 - b) Möglichkeiten der medizinischen Behandlung und Alternativen zur Selbsttötung,
 - c) Hinweis auf weitere Beratungsmöglichkeiten und

- d) mögliche psychologische und physische Auswirkungen eines fehlgeschlagenen Selbsttötungsversuchs sowie soziale Folgen einer durchgeführten Selbsttötung,
4. zwischen der letzten Untersuchung gemäß Nummer 2, die auf das letzte Beratungsgespräch gemäß Nummer 3 folgt, und der Selbsttötung eine Wartefrist von mindestens zwei Wochen liegt und die Selbsttötung höchstens zwei Monate nach der letzten psychiatrischen Untersuchung nach Nummer 2 erfolgt.

In begründeten Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn die Durchführung von zwei Untersuchungsterminen für die zur Selbsttötung entschlossene Person nicht zumutbar ist, etwa bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, und nach der fachlichen Überzeugung des untersuchenden Facharztes oder der untersuchenden Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie gemäß Satz 1 Nummer 2 von einer weiteren Untersuchung offensichtlich keine weitere Erkenntnis zur Freiwilligkeit, Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Sterbeverlangens zu erwarten ist, kann die Feststellung nach Satz 1 Nummer 2 bereits nach einem Untersuchungstermin erfolgen. Alle benannten Punkte sind zu dokumentieren.

(3) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“

3. Nach § 217 wird folgender § 217a eingefügt:

„§ 217a

Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung

(1) Wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften (§ 11 Absatz 3) seines Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise

1. eigene oder fremde Hilfe zur Selbsttötung oder
2. Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zur Selbsttötung geeignet sind, unter Hinweis auf diese Eignung

anbietet, ankündigt, anpreist oder Erklärungen solchen Inhalts bekannt gibt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Absatz 1 Nummer 1 gilt nicht, wenn Ärzte oder Ärztinnen oder beratende Stellen nach § 217 Absatz 2 Nummer 3 darüber unterrichtet werden und darüber unterrichten, welche Personen oder Einrichtungen bereit sind, Hilfe zur Selbsttötung unter den Voraussetzungen des § 217 Absatz 2 zu leisten.

(3) Absatz 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn die Tat gegenüber Ärzten oder Personen, die zum Handeln mit den in Absatz 1 Nummer 2 erwähnten Mitteln oder Gegenständen befugt sind, oder durch eine Veröffentlichung in ärztlichen oder pharmazeutischen Fachblättern begangen wird.

(4) Absatz 1 gilt nicht, wenn Ärzte, Krankenhäuser oder Einrichtungen auf die Tatsache hinweisen, dass sie Hilfe zur Selbsttötung unter den Voraussetzungen des § 217 Absatz 2 leisten.“

Artikel 2

Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

Nach § 13 Absatz 1 Satz 2 des Betäubungsmittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 8. November 2021 (BGBl. I S. 4791) geändert worden ist, werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Anwendung ist begründet, wenn die Voraussetzungen des § 217 Absatz 2 des Strafgesetzbuches erfüllt sind. Satz 3 gilt nur für Ärzte.“

Artikel 3**Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 3. März 2022

Dr. Lars Castellucci

Ansgar Heveling

Dr. Kirsten Kappert-Gonther

Dr. Konstantin von Notz

Petra Pau

Stephan Pilsinger

Benjamin Strasser

Kathrin Vogler

Stephanie Aeffner

Renata Alt

Lisa Badum

Heike Baehrens

Jens Beek

Dr. André Berghegger

Marc Biadacz

Steffen Bilger

Friedhelm Boginski

Heike Brehmer

Dr. Carsten Brodesser

Carl-Julius Cronenberg

Dr. Janosch Dahmen

Ekin Deligöz

Enak Ferlemann

Sebastian Fiedler

Thorsten Frei

Maximilian Funke-Kaiser

Katrin Göring-Eckardt

Fabian Gramling

Dr. Armin Grau

Kerstin Griese

Sabine Grützmacher

Hermann Gröhe

Uli Grötsch

Serap Güler

Rita Hagl-Kehl

Christian Haase

Matthias Hauer

Hubertus Heil (Peine)

Mechthild Heil

Anke Hennig

Christian Hirte

Dr. Hendrik Hoppenstedt

Franziska Hoppermann

Hubert Hüppe

Ingmar Jung

Josip Juratovic

Anja Karliczek

Volkmar Klein

Maria Klein-Schmeink

Julia Klöckner

Tim Klüssendorf

Pascal Kober

Dr. Günter Krings

Carina Konrad

Paul Lehrieder

Lars Lindemann

Andrea Lindholz

Michael Georg Link (Heilbronn)

Bettina Lugk

Max Lucks

Yvonne Magwas

Stephan Mayer (Altötting)

Takis Mehmet Ali

Dr. Michael Meister

Christoph Meyer

Claudia Moll

Dietrich Monstadt

Stean Müller (Erlangen)

Bettina Müller

Beate Müller-Gemmeke

Michelle Müntefering

Dr. Rolf Mützenich

Dr. Ophelia Nick

Dietmar Nietan

Cem Özdemir

Thomas Rachel

Dr. Volker Redder

Henning Rehbaum

Andrea Rimkus

Thomas Röwekamp

Lars Rohwer

Dr. Marin Rosemann

Claudia Roth (Augsburg)

Corinna Rütter

Bernd Rützel

Ingo Schäfer

Dr. Wolfgang Schäuble

Peggy Schierenbeck

Dagmar Schmidt (Wetzlar)

Patrick Schnieder

Felix Schreiner

Rita Schwarzelühr-Sutter

Matthias Seestern-Pauly

Detlef Seif

Dr. Stephan Seiter

Rainer Semet

Jens Spahn

Bettina Stark-Watzinger

Konrad Stockmeier

Diana Stöcker

Dr. Hermann-Josef Tebroke

Michael Theurer

Antje Tillmann

Nico Tippelt

Derya Türk-Nachbaur

Kerstin Vieregge

Dr. Johann David Wadehul

Marco Wanderwitz

Annette Widmann-Mauz

Dr. Klaus Wiener

Elisabeth Winkelmeier-Becker

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Strafrechtsordnung stellt die Selbsttötung nicht unter Strafe. Deshalb ist auch die Suizidhilfe als nicht tatherrschaftliche Beteiligung an einer eigenverantwortlichen Selbsttötung (grundsätzlich) straffrei (vgl. BVerfGE 153, 182, [199 Rn. 33] unter Hinweis auf BGHSt 2, 150 [152]; 6, 147 [154]; 32, 262 [264]; 32, 367 [371]; 53, 288 [290]).

Mit Wirkung zum 10. Dezember 2015 wurde durch das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2177) § 217 in das StGB eingefügt. Diese Fassung des § 217 StGB geht auf den Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (Bundestagsdrucksache 18/5373) zurück, der nach einer intensiven parlamentarischen Debatte in der 134. Sitzung des Deutschen Bundestags vom 6. November 2015 durch eine fraktionsübergreifende Mehrheit angenommen wurde (Plenarprotokoll 18/134, Seite 13101). Damit wurde erstmals seit der Einführung einer einheitlichen Strafrechtsordnung in Deutschland im Jahre 1871 die Teilnahme an der Selbsttötung einer eigenverantwortlich handelnden Person in einem Teilbereich unter Strafe gestellt.

Nachdem das Bundesverfassungsgericht die Ausnahme von diesem Grundsatz durch das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in § 217 Abs. 1 des Strafgesetzbuches mit Urteil vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 u. a. – (BVerfGE 153, 182 ff. [308 Rn. 337]) für mit dem Grundgesetz unvereinbar und nichtig erklärt hat, ist die Suizidhilfe in der Bundesrepublik Deutschland im Grundsatz uneingeschränkt straffrei und damit grundsätzlich erlaubt. Das bislang in § 16 Satz 3 der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer enthaltene ausdrückliche Verbot ärztlicher Suizidhilfe (vgl. dazu BVerfGE 153, 182 [293 Rn. 291 f.]) wurde mit Beschluss des Deutschen Ärztetages vom 5. Mai 2021 aufgehoben.

Die Hilfe bei einem nicht freiverantwortlichen Suizid kann aber unabhängig von § 217 StGB weiterhin strafbar sein (dazu Brunhöber, in: Münchener Kommentar zum StGB, 4. Auflage 2021, § 217 Rn. 7): Wenn die mitwirkende Person das Geschehen aufgrund überlegenen Willens oder Wissens beherrscht, also etwa den Suizidenten zwingt oder täuscht, kann sie sich des Totschlags in mittelbarer Täterschaft nach §§ 212, 25 Abs. 1 Satz 2 StGB strafbar machen; wird die Unzurechnungsfähigkeit des Suizidenten pflichtwidrig verkannt, kommt außerdem eine fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB in Betracht. Ferner kann sich jemand, der einen Suizidenten nicht rettet, wegen unterlassener Hilfeleistung gemäß § 323c StGB oder als Garant wegen Tötung durch Unterlassen gemäß §§ 212, 13 StGB strafbar machen.

Andererseits bestehen von Verfassungs wegen Schutzpflichten des Staates für die Autonomie bei der Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens, daraus resultiert ein Handlungsauftrag an den Gesetzgeber. Die konkrete Regulierung ist verfassungsrechtlich dem Gesetzgeber überlassen (vgl. BVerfGE 153, 182 [308 Rn. 338]). Zum Schutz der Selbstbestimmung über das eigene Leben steht dem Gesetzgeber in Bezug auf das Phänomen organisierter Suizidhilfe ein breites Spektrum an Möglichkeiten offen. Sie reichen von der positiven Regulierung prozeduraler Sicherungsmechanismen, etwa gesetzlich festgeschriebener Aufklärungs- und Wartepflichten, über Erlaubnisvorbehalte, die die Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten sichern, bis zu strafrechtlichen Verboten besonders gefahrträchtiger Erscheinungsformen der Suizidhilfe durch ein abstraktes Gefährdungsdelikt entsprechend dem Regelungsgedanken des § 217 StGB. Sie können mit Blick auf die Bedeutung der zu schützenden Rechtsgüter auch im Strafrecht verankert oder jedenfalls durch strafrechtliche Sanktionierung von Verstößen abgesichert werden (vgl. BVerfGE 153, 182 [309 Rn. 339]).

Ein legislatives Schutzkonzept hat sich nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts aber an der der Verfassungsordnung des Grundgesetzes zugrundeliegenden Vorstellung vom Menschen als einem geistig-sittlichen Wesen auszurichten, das darauf angelegt ist, sich in Freiheit selbst zu bestimmen und zu entfalten (vgl. BVerfGE 32, 98 [107f.]; 108, 282 [300]; 128, 326 [376]; 138, 296 [339 Rn. 109]). Die verfassungsrechtliche

Anerkennung des Einzelnen als zur Selbstbestimmung befähigten Menschen verlangt eine strikte Beschränkung staatlicher Intervention auf den Schutz der Selbstbestimmung, der durch Elemente der medizinischen und pharmakologischen Qualitätssicherung und des Missbrauchsschutzes ergänzt werden kann (so BVerfGE 153, 182 [308 Rn. 338]).

Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass das von Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG geschützte Recht, sich selbst zu töten, auch die Freiheit umfasst, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen (vgl. BVerfGE 153, 182 [264 f. Rn. 212 f.]); daraus leitet sich aber kein Anspruch gegen den Staat oder sonstige Dritte darauf ab, bei einem Selbsttötungsvorhaben unterstützt zu werden (vgl. BVerfGE 153, 182 [292 Rn. 289]). Ein Verbot darf nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts aber die Freiheit der Selbsttötung und die Hilfe Dritter hierzu nicht faktisch nahezu ausschließen (vgl. BVerfGE 153, 182 [309 Rn. 341]).

Ziel dieses Gesetzentwurfs ist es, zur Ausfüllung der staatlichen Schutzpflicht, die Selbstbestimmung und das Leben zu schützen und sicherzustellen, dass die zur Selbsttötung entschlossene Person, ihren Entschluss aufgrund einer und selbstbestimmten Entscheidung getroffen hat. Diese Schutzpflicht des Staates beinhaltet, dafür Sorge zu tragen, dass der Entschluss zur Selbsttötung nicht nur auf einer vorübergehenden Lebenskrise oder auf einer psychosozialen Einflussnahme beruht und keine psychische Erkrankung oder eine mangelnde Aufklärung und Beratung dem Selbsttötungsentschluss zugrunde liegt. Im Übrigen soll einer problematischen gesellschaftlichen Normalisierung der Hilfe zur Selbsttötung entgegengewirkt werden.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Der vorliegende Gesetzentwurf dient dem Ausgleich der betroffenen Rechtsgüter, indem er durch zwei neue Straftatbestände im Strafgesetzbuch (§§ 217, 217a StGB) den Handlungsauftrag an den Gesetzgeber zum Schutz der Autonomie bei der Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens aufgreift und dabei zum anderen Freiheit der Selbsttötung und die Hilfe Dritter hierzu nicht faktisch nahezu ausschließt.

Die grundsätzliche Straffreiheit der Hilfe beim Suizid wird beibehalten. Die davon zu unterscheidende täterschaftliche aktive Sterbehilfe gemäß § 216 StGB bleibt unverändert strafbar. Um die Autonomie der Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens vor inneren und äußeren Einflüssen auf die Freiheit ihrer Willensentscheidung, insbesondere für besonders gefährdete Gruppen, wirksam zu schützen, ist die geschäftsmäßige, also auf eine Wiederholung angelegte, Suizidhilfe grundsätzlich strafbar (§ 217 Absatz 1 StGB). Damit aber die Umsetzung einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung und die Inanspruchnahme der Hilfe Dritter nicht faktisch unmöglich wird, ist auch die geschäftsmäßige Suizidhilfe unter sehr bestimmten Voraussetzungen nicht unrechtmäßig (§ 217 Absatz 2 StGB).

Nach den Erkenntnissen der Suizidforschung liegt nur bei einem geringen Anteil der Menschen mit Suizidgedanken ein freiverantwortlicher Entschluss zur Selbsttötung vor. Diesem Personenkreis ist die Inanspruchnahme der Hilfe auch geschäftsmäßig handelnder Personen oder Vereinigungen ermöglichen. Der Schwerpunkt der gesetzlichen Regelung liegt daher auf der Feststellung der Freiverantwortlichkeit der Willensentscheidung. Zur Feststellung der Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses bedarf es grundsätzlich mindestens zwei Untersuchungen in einem hinreichenden Abstand von mindestens drei Monaten durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; dies sichert die Ernsthaftigkeit und die Dauerhaftigkeit der Entscheidung (§ 217 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 StGB). Für Härtefälle, etwa Sterbewillige in der Terminalphase, kann hiervon abgewichen werden (§ 217 Absatz 2 Satz 2 StGB). Für eine informierte Entscheidung bedarf es einer individuell angepassten, umfassenden und ergebnisoffenen sowie multiprofessionellen und interdisziplinären Beratung (§ 217 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 StGB). Diese Beratung soll den Zugang zu den individuell benötigten Hilfeangeboten eröffnen, beispielsweise zu psychotherapeutischen Behandlungen, Schulden- oder Suchtberatung. Zwischen der Beratung und der Suizidhilfe muss in jedem Fall eine angemessene Wartezeit von zwei Wochen bestehen (§ 217 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 StGB). Zwischen der Feststellung der Freiverantwortlichkeit und der Selbsttötung darf kein längerer Zeitraum als zwei Monate liegen, um sicherzustellen, dass die Voraussetzungen der Freiverantwortlichkeit nach § 217 Abs. 2 StGB zum Zeitpunkt der Selbsttötung noch vorliegen (§ 217 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 StGB).

Drucksache 20/904

– 10 –

Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode

Angehörige oder andere der Suizidentin oder dem Suizidenten nahestehende Personen, die sich lediglich als Teilnehmer an der Tat nach § 217 Absatz 1 StGB beteiligen werden von der Strafdrohung ausgenommen (§ 217 Absatz 3 StGB).

Mit diesem Gesetzentwurf wird zudem flankierend die neue Strafvorschrift des § 217a in das Strafgesetzbuch eingeführt, um der gesellschaftlichen Normalisierung der Hilfe zur Selbsttötung wirksam entgegenzuwirken. Danach wird in § 217a Absatz 1 StGB ein grundsätzliches Verbot besonderer Formen der Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung etabliert. Die Absätze 2 bis 4 regeln Ausnahmen von diesem Verbot.

Die generalpräventive Wirkung durch die strafrechtliche Sanktion wird in ihrer Wirksamkeit ergänzt als zweite Säule durch ein verbindliches Konzept staatlicher und gesellschaftlicher Suizidprävention und einen Anspruch darauf.

Mit einer klarstellenden Änderung im Betäubungsmittelgesetz wird die Möglichkeit geschaffen, die Anwendung eines Betäubungsmittels zum Zwecke der Lebensbeendigung, im Falle einer nachgewiesenen freiverantwortlichen Selbsttötungsentscheidung, als betäubungsmittelrechtlich „begründet“ anzuerkennen. Dazu wird die Begründetheit an die Erfüllung der Voraussetzungen des § 217 Absatz 2 StGB geknüpft. Damit wird der Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts Rechnung getragen, auch durch eine Anpassung des Betäubungsmittelrechts sicherzustellen, dass dem verfassungsrechtlich geschützten Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch hinreichenden Raum zur Entfaltung und Umsetzung belassen wird (vgl. BVerfGE 153, 182 [309 Rn. 341]).

Der Gesetzentwurf trägt zudem dem Umstand Rechnung, dass kein Anspruch auf Hilfe bei der Selbsttötung oder zu deren Unterstützung besteht gegenüber staatlichen Stellen oder Dritten, insbesondere Ärztinnen und Ärzten; eine Verpflichtung zur Sterbehilfe darf es nicht geben (vgl. BVerfGE 153, 182 [310 Rn. 342]). Das bedeutet auch, dass Sterbehilfe nicht überall zur Verfügung stehen und angeboten werden muss. Deshalb ist es gerade, aber nicht nur konfessionell gebundenen Einrichtungen möglich, solche Unterstützungshandlungen vertraglich oder in ihren Hausordnungen – unter Beachtung der Rechte des Einzelnen im Hinblick auf die ihm zur (ausschließlichen) Nutzung überlassenen Räumlichkeiten – und in Arbeitsverträgen auszuschließen.

III. Alternativen

Eine Beibehaltung der nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 u. a. – (BVerfGE 153, 182 ff.) unregelmäßigten Rechtslage schränkt zwar das Recht, sich selbst zu töten und hierfür auch die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen, nicht ein; wird aber der staatlichen Schutzpflicht für die Autonomie der Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens nicht gerecht.

Keine Alternative ist auch eine Beschränkung auf eine Regelung der Feststellung der Freiverantwortlichkeit des Sterbewunsches und der Einrichtung einer Beratungsinfrastruktur, weil diese allein dem verfassungsrechtlichen Schutzauftrag nicht gerecht würde. Für einen wirksamen Schutz der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens auch vor der Beeinflussung durch Dritte bedarf es vielmehr der generalpräventiven Wirkung einer strafrechtlichen Regelung. Die Einrichtung einer Beratungsinfrastruktur würde zudem weitere konkrete Pflichten des Staates auslösen und ihn letztlich für die Ermöglichung des Sterbeverlangens in die Pflicht nehmen.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt für die strafrechtlichen Vorschriften aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 1 GG (Strafrecht) und für die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 Variante 3 GG (Betäubungsmittelrecht).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen vereinbar. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte, der das Recht der und des Einzelnen, darüber zu entscheiden, wann

und wie sie oder er sein Leben beenden möchte, als Ausprägung des Rechts auf Achtung des Privatlebens nach Artikel 8 Absatz 1 EMRK anerkennt, nimmt in seiner bisherigen Rechtsprechung an, dass dieses Recht aus Gründen des Lebensschutzes Dritter und deren Autonomie zwar eingeschränkt, nicht aber vollständig außer Kraft gesetzt werden darf. Unter Wahrung dieser Rechtsprechung ist vorliegend ein Schutzkonzept vorgesehen, das zum Schutz der Autonomie und des Lebens zu notwendigen Einschränkungen führt, gleichwohl die Ausübung des Rechts der oder des Einzelnen, darüber zu entscheiden, wann und wie sie oder er sein Leben beenden möchte, sicherstellt (vgl. dazu BVerfGE 153, 182 [296 ff. Rn. 302 ff.]).

VI. Gesetzesfolgen

Der Gesetzentwurf dient der Anpassung der Rechtslage an das Urteil des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 (BVerfGE 153, 182).

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf dient der Herstellung von Rechtssicherheit infolge des Urteils des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 (BVerfGE 153, 182).

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Entfällt.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

4. Erfüllungsaufwand

Für Bürgerinnen und Bürger, die in Erwägung ziehen, geschäftsmäßige Hilfe zur Selbsttötung in Anspruch zu nehmen, entsteht ein zeitlicher Erfüllungsaufwand für die Inanspruchnahme von Beratungsgesprächen. Dieser Aufwand ist nicht näher bezifferbar, da er von den Umständen des Einzelfalles abhängig ist.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluation

Entfällt.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Strafgesetzbuches)

Zu Nummer 1

Folgeänderung zu Nummer 3.

Zu den Nummern 2 und 3

Die vorgeschlagenen Regelungen werden als neue §§ 217, 217a in den Sechzehnten Abschnitt des Besonderen Teils des Strafgesetzbuchs eingefügt. Die Regelung in diesem Abschnitt erfolgt aufgrund der engen inhaltlichen Verknüpfung mit der bestehenden Vorschrift über die Tötung auf Verlangen in § 216 StGB. Dogmatisch handelt es sich bei den §§ 217, 217a StGB um abstrakte Gefährungsdelikte.

Zu § 217 Hilfe zur Selbsttötung

Die in § 217 in der Fassung des Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2177) enthaltene Vorschrift wird übernommen (§ 217 Abs. 1 StGB) und im Lichte des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 – (BVerfGE 153, 182 ff.) durch eine Ausnahmeregelung für den Fall einer freiverantwortlichen Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens ergänzt (§ 217 Abs. 2 StGB). Zum Schutz der Selbstbestimmung und des Lebens und zur Realisierung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben werden die kollidierenden verfassungsrechtlichen Rechtsgüter im Rahmen eines abgestuften Schutzkonzeptes in einen angemessenen Ausgleich gebracht.

Zu Absatz 1

Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in Absatz 1 umfasst jede Art der Suizidförderung, die nicht in einer außergewöhnlichen, einmaligen Konfliktsituation erfolgt; die Suizidhilfe ist danach bereits dann strafbar, sie mit Wiederholungsabsicht angeboten wird (vgl. Brunhöber, in: Münchener Kommentar zum StGB, 4. Auflage 2021, § 217 Rn. 11).

Der Gesetzgeber darf einer Entwicklung entgegensteuern, welche die Entstehung sozialer Pressionen befördert, sich unter bestimmten Bedingungen, etwa aus Nützlichkeitsabwägungen, das Leben zu nehmen. Der und die Einzelne darf – auch jenseits konkreter Einflussnahmen durch Dritte – nicht der Gefahr gesellschaftlicher Erwartungshaltungen ausgesetzt sein. Zwar kann Willensfreiheit nicht damit gleichgesetzt werden, dass der oder die Einzelne bei der Entscheidung in vollkommener Weise frei von äußeren Einflüssen ist. Menschliche Entscheidungen sind regelmäßig von gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren beeinflusst; Selbstbestimmung ist immer relational verfasst. Da der Schutz des Lebens dem und der Einzelnen von der Verfassung als nicht rechtfertigungsbedürftiger Selbstzweck zugesagt ist und er auf der unbedingten Anerkennung der Person in ihrer bloßen Existenz beruht, darf und muss der Gesetzgeber aber gesellschaftlichen Einwirkungen wirksam entgegentreten, die als Pressionen wirken können und das Ausschlagen von Suizidangeboten rechtfertigungsbedürftig von Seiten Dritter erscheinen lassen. Entsprechend kann er Vorkehrungen treffen, dass Personen nicht in schweren Lebenslagen in die Situation gebracht werden, sich mit solchen Angeboten auch nur näher befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen (so BVerfGE 153, 182 [271 f. Rn. 235]).

Dabei beruht die dieser Regelung zugrundeliegende Annahme, das Angebot geschäftsmäßiger Suizidhilfe berge Gefahren für die Selbstbestimmung bei der Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens, denen es zur Erfüllung einer staatlichen Schutzverpflichtung entgegenzuwirken gelte, auf einer von Verfassungs wegen nicht zu beanstandenden Grundlage (vgl. BVerfGE 153, 182 [272 Rn. 236]). Die Schutzpflicht des Staates, deren Wahrnehmung das Verbot des § 217 Absatz 1 StGB dient, bezieht sich indes auf gewichtige verfassungsrechtliche Güter (vgl. BVerfGE 153, 182 [272 f. Rn. 238]). Die Annahme, die Autonomie und damit das Leben seien durch eine gesetzlich uneingeschränkte geschäftsmäßige Suizidhilfe gefährdet, beruht auf einer hinreichend tragfähigen Grundlage (BVerfGE 153, 182 [276 Rn. 248]). Dass bei einer Einbeziehung geschäftsmäßig handelnder Suizidhelfer Leistungen im Vordergrund stehen, die der Durchführung des Suizids dienen, und deshalb die freie Willensbildung und die Entscheidungsfindung nicht hinreichend sichergestellt sind, wird vom Bundesverfassungsgericht als plausibel bewertet (BVerfGE 153, 182 [276 Rn. 249]). Auch den in der Strafrechtswissenschaft erhobenen Vorwurf eines Verstoßes gegen das Bestimmtheitsgebot (Art. 103 Abs. 2 GG), weil das Tatbestandsmerkmal „geschäftsmäßig“ zu vage sei (etwa Taupitz, medstra 2016, 323 [330]), krit. auch Roxin, NStZ 2016, 185 [189]), hat das Bundesverfassungsgericht nicht festgestellt (vgl. Brunhöber, in: Münchener Kommentar zum StGB, 4. Auflage 2021, § 217 Rn. 18).

Auch die Einschätzung, dass sich die geschäftsmäßige Suizidhilfe als normale Form der Lebensbeendigung insbesondere für alte und kranke Menschen etablieren könne, die geeignet sei, autonomiegefährdende soziale Pressionen zu entfalten, wird vom Bundesverfassungsgericht nicht beanstandet: Nicht zuletzt angesichts steigenden Kostendrucks in den Pflege- und Gesundheitssystemen ist es nicht unplausibel, dass einer unregulierten Zulassung der geschäftsmäßigen Sterbe- und Suizidhilfe diese Wirkung zukommen kann. Ebenso darf es der Gesetzgeber als Gefahr einer Normalisierung der Suizidhilfe ansehen, dass Personen durch ihr gesellschaftliches und familiäres Umfeld in die Situation gebracht werden können, sich gegen ihren Willen mit der Frage der Selbsttötung auseinandersetzen zu müssen, und mit Verweis auf Nützlichkeiten unter Erwartungsdruck zu geraten (BVerfGE 153, 182 [276 f. Rn. 250, in diesem Sinne auch 280 Rn. 257]).

Die Regelung des § 217 Absatz 1 StGB stellt als Strafnorm grundsätzlich ein geeignetes Instrument des Rechtsgüterschutzes dar, weil das strafbewehrte Verbot gefährträchtiger Handlungsweisen den erstrebten Rechtsgüterschutz zumindest fördern kann (vgl. BVerfGE 153, 182 [281 Rn. 260]). Das Bundesverfassungsgericht lässt zwar offen, ob die Strafvorschrift auch erforderlich ist (krit. insoweit etwa Roxin, NStZ 2016, 185 [188], hält aber die gleiche Wirksamkeit alternativer, weniger eingriffsintensiver Maßnahmen mangels empirischer Nachweise für jedenfalls zweifelhaft (vgl. BVerfGE 153, 182 [282 Rn. 263]; Brunhöber, in: Münchener Kommentar zum StGB, 4. Auflage 2021, § 217 Rn. 41). Zur Verwirklichung des Rechtsgüterschutzes nicht ausreichend wäre es, lediglich die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe zu stellen, denn dies würde einen Großteil der bestehenden Angebote zur Suizidhilfe nicht umfassen und weitreichende Umgehungsmöglichkeiten eröffnen.

Der hohe verfassungsrechtliche Rang der Rechtsgüter Autonomie und Leben, die § 217 Absatz 1 StGB schützen will, vermag den Einsatz des Strafrechts grundsätzlich zu legitimieren (vgl. BVerfGE 153, 182 [284 Rn. 268]). Mit dem Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung greift das Konzept eines bereichsspezifischen Rechtsgüterschutzes. § 217 Absatz 1 StGB verbietet das geschäftsmäßige Gewähren, Verschaffen oder Vermitteln einer Gelegenheit zur Selbsttötung als das Leben abstrakt gefährdende Handlung. Das abstrakte Gefährdungsdelikt ist ein idealtypisches Instrument für einen vorbeugenden Rechtsgüterschutz. Es wirkt Gefahrenquellen in Form typisierter Risiken entgegen, ohne dass ein konkretes Schutzgut in seiner Existenz oder Sicherheit effektiv betroffen zu sein braucht (vgl. BVerfGE 153, 182 [284 f. Rn. 270]). Der hohe Rang, den die Verfassung dem Leben und der Autonomie beimisst, ist danach grundsätzlich geeignet, deren effektiven präventiven Schutz zu legitimieren, zumal ihnen im Bereich der Suizidhilfe besondere Gefahren drohen. Die empirisch gestützte Fragilität eines Selbsttötungsentschlusses wiegt gerade deshalb besonders schwer, weil sich Entscheidungen über das eigene Leben naturgemäß dadurch auszeichnen, dass ihre Umsetzung unumkehrbar ist (so BVerfGE 153, 182 [285 f. Rn. 272]).

Zu Absatz 2

Der legitime Einsatz des Strafrechts zum Schutz der autonomen Entscheidung des Einzelnen über die Beendigung seines Lebens findet seine Grenze aber dort, wo die freie Entscheidung nicht mehr geschützt, sondern unmöglich gemacht wird (so BVerfGE 153, 182 [286 Rn. 273]).

Daher regelt Absatz 2, unter welchen Voraussetzungen die geschäftsmäßige Hilfe zur Selbsttötung nicht von der Strafbewehrung des Absatzes 1 erfasst ist.

Zu Satz 1

Hierzu werden prozedurale (Rechtfertigungs-)Voraussetzungen aufgelistet. Sie sind kumulativ und iterativ zu erfüllen, bauen also aufeinander auf. Dieses Verfahren schützt die Einzelne und den Einzelnen insbesondere davor, dass der Entschluss zur Selbsttötung, der auf einem unfreien oder durch eine akute psychische Störung beeinflussten Willen beruht, durch die Hilfe geschäftsmäßig handelnde Dritte umgesetzt werden kann. Dieses Schutzkonzept schließt darüber hinaus unzulässige Einflussnahme oder Druck durch Dritte sowie in ihrer Dauer begrenzte Entschlüsse zur Selbsttötung aus. Das Schutzkonzept stellt durch klare Voraussetzungen, nach denen die Hilfe zur Selbsttötung straflos bleibt, die Ausübung der aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben abgeleiteten Freiheit sicher, sich das Leben zu nehmen. Die ärztlichen Tätigkeiten, die im Rahmen des Schutzkonzeptes vorgesehen sind, beschränken sich auf Tätigkeiten, die zum Kernbereich ärztlicher Tätigkeit gehören, namentlich die Aufklärung, die Beratung und die Feststellung von Erkrankungen sowie die Dokumentation derselben. Die vorgesehene ärztliche Tätigkeit dient dem Schutz der Selbstbestimmung und des Lebens insbesondere jener Personen, deren Entschluss zur Selbsttötung nicht auf einen autonom gebildeten, freien Willen zurückgeht, da die Willensbildung etwa aufgrund einer psychischen Erkrankung beeinträchtigt ist. Die ärztliche Tätigkeit im Rahmen des Schutzkonzeptes steht demgemäß im Einklang mit den ärztlichen Grundsätzen der Berufsausübung. Diese ärztliche Tätigkeit, ebenso wie die Beratung, werden regelmäßig nicht mit Förderungsabsicht im Sinne des Absatz 1 erfolgen, da diese Handlungen in der Gesamtschau darauf abzielen Selbsttötungen zu verhindern, die nicht auf einem selbstbestimmten Entschluss beruhen.

Zu Nummer 1

Die Wahrnehmung grundrechtlicher Freiheiten setzt eine bereichsspezifisch zu bestimmende Einsichts-, Steuerungs- und Kommunikationsfähigkeit voraus. Deshalb ist eine gerechtfertigte Suizidhilfe bei Minderjährigen und kognitiv beeinträchtigten Personen ausgeschlossen.

Minderjährige unterliegen auch in anderen Bereichen entsprechenden besonderen Schutzvorschriften oder Autonomiebegrenzungen. Sie dürfen etwa gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a) des Transplantationsgesetzes (TPG) keine Lebendorganspender sein. Selbst im rechtsgeschäftlichen Verkehr sind sie gemäß §§ 106 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) nur beschränkt geschäftsfähig. Im Interesse der „Einheit der Rechtsordnung“ muss daher eine entsprechende Begrenzung auch oder vielmehr erst recht für die Selbsttötung und die Suizidassistenz verlangt werden. Jede Einbeziehung Minderjähriger nach dem Grad ihrer individuellen Einsichts- und Urteilsfähigkeit würde nicht nur zu praktischen Problemen im Zusammenhang mit der Feststellbarkeit führen, sondern auch eine entsprechende Genehmigung des Familiengerichts erfordern. Eine solche staatliche Beteiligung an einer Hilfe zur Selbsttötung ist jedoch abzulehnen. Denn Bundesverfassungsgerichts sieht im Recht auf selbstbestimmtes Sterben ein individuelles Abwehrrecht gegen staatliche Maßnahmen; es begründet keinen Anspruch auf staatliche oder staatlich finanzierte Suizidbegleitung (vgl. Brunhöber, in: Münchener Kommentar zum StGB, 4. Auflage 2021, § 217 Rn. 33).

Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist eine zwingende Voraussetzung für einen selbstbestimmten Entschluss zur Selbsttötung. Eine freie Suizidentscheidung setzt hiernach zunächst die Fähigkeit voraus, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können (vgl. BVerfGE 153, 182 [243 Rn. 241]). Die Prüfung, ob eine so gravierende Beeinträchtigung subjektiv-kognitiver Funktionen vorliegt, dass im Rechtssinne nicht mehr von einer freien, vollverantwortlichen Entscheidungsfindung auszugehen ist, knüpft an außerhalb des Rechts liegende Parameter und Untersuchungsmethoden an. Hierzu bedarf es einer auf die Gesamtsituation der zu untersuchenden Person bezogenen, kontext- und bereichssensiblen Prüfung.

Dabei wäre eine aktuelle Präferenzäußerung vollständig derogierende Vergangenheitsorientierung hochproblematisch. Eine Vorrangstellung des früheren („informierten“) Willens gegenüber dem aktuell geäußerten, nur „natürlichen“ Willen lässt sich nicht begründen. Das steht der Verwendung von Patientenverfügungen im Rahmen der Suizidhilfe entgegen.

Zu Nummer 2

Der hier geforderte psychiatrische Sachverstand wird benötigt, um der autonomen Entscheidungsfindung entgegenstehende Umstände (insbesondere das Vorliegen entsprechender psychischer Erkrankungen) auszuschließen. Die Qualifikation Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ist zu verlangen, um die hinreichende fachliche Expertise zu gewährleisten, die für die Feststellung erforderlich ist, ob die zur Selbsttötung entschlossene Person ihren Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung gebildet hat und nach dieser Einsicht handeln kann.

Im Rahmen des Verfahrens beim Bundesverfassungsgericht wurde durch Sachverständige festgestellt, dass nach weltweit durchgeführten empirischen Untersuchungen in rund 90 % der tödlichen Suizidhandlungen psychische Störungen, insbesondere in Form einer Depression (in etwa 40 bis 60 % der Fälle), vorliegen. Depressionen, die häufig – selbst für Ärztinnen und Ärzte – schwer zu erkennen sind, führen bei etwa 20 bis 25 % der Suizidentinnen und Suizidenten zu einer eingeschränkten Einwilligungsfähigkeit (vgl. BVerfGE 153, 182 [274 f. Rn. 245]).

Es erscheint verfahrensökonomisch und expertisebezogen sinnvoll, dies mit einer Überprüfung der Kriterien der Freiwilligkeit, Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit zu verbinden. Für die Feststellung der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Entschlusses, das eigene Leben zu beenden, im Regelfall vorgesehene zeitliche Streckung über drei Monate entspricht der in der Suizidforschung herausgearbeiteten Einsicht, dass Sterbewünsche durch ein hohes Maß an Volatilität und Ambivalenz gekennzeichnet sind. Von einem freien Willen nur dann ausgegangen werden, wenn der Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, von einer gewissen „Dauerhaftigkeit“ und „inneren Festigkeit“ getragen ist (vgl. BGH, Urteil vom 3. Juli 2019 – 5 StR 132/18 –, NJW 2019, S. 3092 [3093f.] m. w. N.). Nach Darlegung der sachkundigen Dritten in der in der mündlichen Verhandlung vor dem Bundesverfassungsgericht beruhen Suizidwünsche regelmäßig auf einem komplexen Motivbündel. Das Verlangen zu sterben ist häufig ambivalent und wechselhaft. Empirische Daten belegen insoweit, dass ein kurzfristig gefasster Suizidentschluss – wenn die Selbsttötung misslingt – im Nachhinein von den Betroffenen selbst in etwa 80 bis 90 % der Fälle als Fehlentscheidung gewertet und revidiert wird. Suizidgedanken sind danach – selbst wenn sie sich von außen als plausible bilanzierende Entscheidung darstellen – ganz überwiegend von begrenzter Dauer und nicht anhaltend. Das Kriterium der Dauerhaftigkeit ist auch nach Ansicht der sachkundigen Dritten geeignet, die

Ernsthaftigkeit eines Suizidwillens nachzuvollziehen und sicherzustellen, dass er nicht etwa auf einer vorübergehenden Lebenskrise beruht (vgl. BVerfGE 153, 182 [274 Rn. 244]).

Zu Nummer 3

Ein weiterer wesentlicher Risikofaktor für eine freie Suizidentscheidung besteht in einer unzureichenden Aufklärung. Die sachkundigen Dritten haben im Verfahren vor dem Bundesverfassungsgericht insoweit ausgeführt, dass der Wunsch zu sterben sehr häufig von Fehlvorstellungen sowie unrealistischen Annahmen und Ängsten getragen werde. Demgegenüber würden Suizidgedanken regelmäßig überdacht und zurückgenommen, wenn die suizidwillige Person über ihre Lage und bestehende Handlungsalternativen aufgeklärt werde. Eine freie Entscheidung setzt daher zwingend eine umfassende Beratung und Aufklärung hinsichtlich möglicher Entscheidungsalternativen voraus, um sicherzustellen, dass die Person mit Suizidgedanken nicht von Fehleinschätzungen geleitet, sondern tatsächlich in die Lage versetzt wird, eine realitätsbezogene, rationale Einschätzung der eigenen Situation vorzunehmen. Nur auf diese Weise wird sichergestellt, dass sich der oder die Betroffene – in Kenntnis aller relevanten Umstände – für den Suizid entscheiden kann (vgl. BVerfGE 153, 182 [275 Rn. 246]). Dazu müssen dem oder der Betroffenen alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte tatsächlich bekannt sein. Erforderlich ist, dass er oder sie über sämtliche Informationen verfügt, er oder sie also in der Lage ist, auf einer hinreichenden Beurteilungsgrundlage realitätsgerecht das Für und Wider abzuwägen. Eine freie Willensbildung setzt hierbei insbesondere voraus, dass der Entscheidungsträger oder die Entscheidungsträgerin Handlungsalternativen zum Suizid erkennt, ihre jeweiligen Folgen bewertet und die Entscheidung in Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen trifft. Insoweit gelten dieselben Grundsätze wie bei einer Einwilligung in eine Heilbehandlung. Auch hier müssen dem oder der Betroffenen – um eine eigenverantwortliche und selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können – die für die Einwilligung wesentlichen Umstände, einschließlich bestehender Alternativen, bekannt sein (vgl. BVerfGE 153, 182 [273 f. Rn. 242] unter Berufung auf BVerfGE 128, 282 [301]; BGHZ 102, 17 [22]; 106, 391 [394]; 168, 103 [108 Rn. 13]).

Da ein Suizidgedanke auf verschiedensten Ursachen oder auf einem Motivbündel beruhen kann, bedarf es einer individuell angepassten, umfassenden und ergebnisoffenen sowie multiprofessionellen und interdisziplinären Beratung. Diese Beratung soll den Zugang zu den individuell benötigten Hilfeangeboten eröffnen, beispielsweise zu psychotherapeutischen Behandlungen, Schulden- oder Suchtberatung.

Hierzu soll keine gesonderte Beratungsinfrastruktur unter einer staatlichen Verantwortung aufgebaut, sondern auf die bestehenden vielseitigen Beratungsangebote zurückgegriffen werden. Bei der Feststellung der individuell angepassten Beratungsangebote kommt dem oder untersuchenden Facharzt oder der untersuchenden Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie eine entscheidende Bedeutung zu.

Die Unabhängigkeit der Beratung wird dadurch sichergestellt, dass diese nicht durch den untersuchenden Facharzt oder die untersuchende Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.

Zu Nummer 4

Die Wartefrist von zwei Wochen nach der Beratung stellt ein zusätzliches Sicherungsinstrument dar.

Die Höchstfrist von zwei Monaten nach der Feststellung gemäß Nummer 2 trägt der Einsicht der Suizidforschung Rechnung, dass Sterbewünsche häufig durch eine besondere Volatilität gekennzeichnet und stark kontextabhängig sind. Auch bei strikter Einhaltung der genannten Verfahrensanforderungen kann deshalb nicht sichergestellt werden, dass ein Sterbewunsch über einen längeren Zeitraum hinweg stabil bleibt. Dadurch soll zudem verhindert werden, dass die vorgesehenen verfahrensrechtlichen Stufen „auf Vorrat“ durchlaufen werden und zu einem deutlich späteren Zeitpunkt eine aktuell autonome Willensbildung nicht mehr gewährleistet ist.

Im Ergebnis belassen aber beide Fristen dem verfassungsrechtlich geschützten Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch noch hinreichenden Raum zur Entfaltung und Umsetzung (vgl. BVerfGE 153, 182 [309 Rn. 341]).

Zu Satz 2

Die hier vorgesehene Abweichung vom Regelfall gilt für Härtefälle, insbesondere Sterbewillige in der Terminalphase, denen eine zweimalige Untersuchung im Zeitraum von mindestens zwei Monaten nicht zumutbar ist. Denn der Gesetzgeber kann im Rahmen eines prozeduralen Schutzkonzeptes je nach Lebenssituation unterschiedliche

Drucksache 20/904

– 16 –

Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode

Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens stellen (vgl. BVerfGE 153, 182 [309 Rn. 340]).

Die Beratung nach Satz 1 Nummer 3 und die Wartepflicht von zwei Wochen nach Satz 1 Nummer 4 bleiben hiervon unberührt.

Zu Satz 3

Die Dokumentation hat die Funktion, zur Rechtssicherheit der Person beizutragen, die Hilfe zur Selbsttötung leistet.

Zu Absatz 3

Nach § 217 Absatz 3 bleibt als Teilnehmer oder Teilnehmerin straffrei, wer entweder Angehöriger oder Angehörige des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht. Bereits nach § 217 Absatz 2 in der Fassung des Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2177) waren Angehörige oder andere dem Suizidwilligen nahestehende Personen, die sich lediglich als Teilnehmer oder Teilnehmerin an der Tat beteiligen, von der Strafdrohung ausgenommen. Daran wird vorliegend festgehalten. Absatz 3 enthält daher einen persönlichen Strafausschließungsgrund für Angehörige und andere, der zur Selbsttötung entschlossenen Person, nahestehende Personen.

Zu § 217a Werbung für die Förderung der Selbsttötung

Der neue § 217a regelt das flankierende Verbot der Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung. Damit wird die durch öffentliche Werbung entstehende Außenwirkung erfasst, welche die Gefahr für die Selbstbestimmung in Form von sozialen Pressionen erhöht. Einer möglichen, insoweit problematischen Entwicklung zur Normalisierung der Hilfe zur Selbsttötung durch die öffentliche Wahrnehmung wird dadurch entgegengewirkt (vgl. BVerfGE 153, 182 [271 f. Rn. 235]). Aufgrund der Neuausrichtung des § 217 ist eine Erfassung dieser spezifischen Gefahr durch die vorgeschlagene Regelung des § 217a erforderlich und eine bloße Erfassung etwa durch gewerberechtliche Vorschriften nicht ausreichend (vgl. Bundestagsdrucksache 18/5373, Seite 19).

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht ein strafbewehrtes Werbeverbot für bestimmte Formen der Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung vor. Bestraft wird, wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften (§ 11 Absatz 3) eigene oder fremde Hilfe zur Selbsttötung (Nummer 1) oder Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zur Selbsttötung geeignet sind, unter Hinweis auf diese Eignung anbietet, ankündigt, anpreist oder Erklärungen solchen Inhalts bekannt gibt. Die Strafvorschrift greift dann ein, wenn die Werbung seines Vermögensvorteils wegen, und damit für kommerzielle Zwecke, oder „in grob anstößiger Weise“ erfolgt.

Zu Absatz 2

Das Verbot nach Absatz 1 Nummer 1 gilt gemäß Absatz 2 nicht im Fall einer Unterrichtung von Ärztinnen, Ärzten oder Beratungsstellen darüber, welche Ärztinnen oder Ärzte, Krankenhäuser oder Einrichtungen bereit sind, Hilfe zur Selbsttötung unter den Voraussetzungen des § 217 Absatz 2 vorzunehmen. Diese Unterrichtung wird zwar in der Regel keine grob anstößige Werbung darstellen. Der Ausschluss ist jedoch erforderlich, da ein etwaiger kommerzieller Hintergrund der Unterrichtung andernfalls zur Strafbarkeit führen könnte.

Zu Absatz 3

Eine Ausnahme vom Werbeverbot für Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zur Selbsttötung geeignet sind, ist in Absatz 3 geregelt, wenn die Tat gegenüber Ärztinnen, Ärzten oder Personen, die zum Handeln mit den in Absatz 1 Nummer 2 erwähnten Mitteln oder Gegenständen befugt sind, oder durch eine Veröffentlichung in ärztlichen oder pharmazeutischen Fachblättern begangen wird.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen über die Tatsache, dass sie Hilfe zur Selbsttötung unter den Voraussetzungen des § 217 Absatz 2 leisten, auch öffentlich unterrichten und auf Informationen der in der Vorschrift ausdrücklich genannten Stellen hinweisen können. Diese Handlungen fallen nicht unter § 217a Absatz 1. Werbende Handlungen sind demgegenüber verboten. Von der Ausnahmevor-

schrift umfasst ist damit die öffentliche Information über die Tatsache, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen Hilfe zur Selbsttötung vornehmen. Die Ausnahmegvorschrift ermöglicht darüber hinaus Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern und Einrichtungen, die Hilfe zur Selbsttötung nach § 217 Absatz 2 vornehmen, den öffentlichen Hinweis auf Informationen bestimmter Stellen. So ist der Hinweis auf Informationen einer fachlich zuständigen Bundes- oder Landesbehörde zulässig. Hier kommen zum Beispiel fachliche Webseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Betracht. Weiter kann auf Informationen von Beratungsstellen nach dem Gesetzentwurf zur Regelung der Hilfe zur Selbsttötung hingewiesen werden. Auf diese Weise kann einer Person, die eine Selbsttötung in Erwägung zieht, der Zugang zu sachlichen und verlässlichen Informationen erleichtert werden.

Zu Artikel 2

Nach den Grundsätzen des § 13 Absatz 1 Satz 1 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) dürfen die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel nur von Ärzten und Ärztinnen, Zahnärzten und -ärztinnen sowie Tierärzten und -ärztinnen und nur dann verschrieben oder im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung einschließlich der ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch oder nach Absatz 1a Satz 1 überlassen werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper begründet ist. Nach Satz 2 ist die Anwendung insbesondere dann nicht begründet, wenn der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann.

In seiner geltenden Fassung sieht § 13 BtMG nicht vor, dass die Anwendung eines Betäubungsmittels mit dem Zweck „Beendigung menschlichen Lebens“, auch dann nicht, wenn die Beendigung von eigener Hand sowie selbstbestimmt erfolgt, begründet werden kann.

Nach Maßgabe des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 (vgl. BVerfGE BVerfGE 153, 182 [309 Rn. 341]) ist es Aufgabe des Staates regulatorisch sicherzustellen, dass dem Recht des und der Einzelnen, das Leben selbstbestimmt, gegebenenfalls auch mit Unterstützung Dritter zu beenden, hinreichend Raum zur Entfaltung und Umsetzung verbleibt. Die dazu erforderliche Ausgestaltung einer konsistenten Rechtsordnung ermöglicht und rechtfertigt nach den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts auch Anpassungen des Betäubungsmittelrechts. In diesem Kontext hat es darauf hingewiesen, dass entsprechende Änderungen im Bereich des Betäubungsmittelrechts unter Aufrechterhaltung der dort verankerten Elemente des Verbraucher- und des Missbrauchsschutzes erfolgen können (vgl. BVerfGE 153, 182 [309 f. Rn. 342]).

Die an das Urteil des Bundesverfassungsgerichts anknüpfende Aufgabe des Gesetzgebers zur Ausgestaltung einer konsistenten Rechtsordnung (vgl. BVerfGE 153, 182 [309 Rn. 341]) lässt sich im Bereich des Betäubungsmittelrechts durch eine Fortentwicklung des normativen Verständnisses des Begriffes „begründet“ in § 13 Absatz bewirken. Mit Satz 3 (neu) wird die Möglichkeit geschaffen, die Anwendung eines in Satz 1 bezeichneten Betäubungsmittels zum Zwecke der Lebensbeendigung, im Falle einer nachgewiesenen freiverantwortlichen Selbsttötungsentscheidung, als betäubungsmittelrechtlich „begründet“ anzuerkennen. Dazu wird die Begründetheit an die Erfüllung der Voraussetzungen des § 217 Absatz 2 StGB geknüpft. Satz 4 (neu) beschränkt diese Möglichkeit auf Ärztinnen und Ärzte. Tierärzte und -ärztinnen sind aufgrund ihrer fehlenden Berechtigung zur Erbringung ärztlicher Behandlungsleistungen an Menschen aus dem Anwendungsbereich von Satz 3 (neu) auszunehmen. Zudem sind auch Zahnärzte und -ärztinnen aus dem Anwendungsbereich des neuen Satz 3 ausgenommen.

Vor dem Hintergrund dieser Änderungen ist es Ärztinnen und Ärzten – unter den Voraussetzungen des Satzes 3 (neu) – zukünftig betäubungsmittelrechtlich erlaubt, eine tödlich wirksame Dosis eines in Anlage III des BtMG bezeichneten Betäubungsmittels zu verschreiben. Menschen mit freiverantwortlicher Selbsttötungsentscheidung erhalten damit im Rahmen des durch dieses Gesetz geschaffenen Schutzkonzeptes und unter Aufrechterhaltung der sonstigen Anforderungen des BtMG an die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs, eine regulierte Möglichkeit des Zugangs zu Betäubungsmitteln zur Beendigung ihres Lebens.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Übersicht weitere Gesetzentwürfe

Borasio GD, Jox RJ, Taupitz J, Wiesing U. Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids. Stuttgart: Kohlhammer, 2. Auflage; 2020.

Bundesgesundheitsministerium (Diskussionsentwurf). Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung der Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der freiverantwortlichen Selbsttötungsentscheidung; 2021. Verfügbar unter <https://bit.ly/3uaSDL4>. Abgerufen am 5. Juni 2022.

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben. DGHS-Entwurf eines Gesetzes zum Umgang mit Suizid und Sterbehilfe (SSG); DGHS-Schriftenreihe Nr. 16; 2019.

Dorneck C, Gassner UM, Kersten J, et al. Gesetz zur Gewährleistung selbstbestimmten Sterbens und zur Suizidprävention. Augsburg-Münchner-Hallescher-Entwurf (AMHESterbehilfeG). Tübingen: Mohr Siebeck; 2021.

ISBN 978-3-9821204-4-7