

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Peter Hintze, Dr. Carola Reimann, Dr. Karl Lauterbach, Burkhard Lischka, Lisa Paus, Dr. Ursula von der Leyen, Dagmar G. Wöhrl, Katherina Reiche (Potsdam), Dr. Kristina Schröder (Wiesbaden), Arnold Vaatz, Ingrid Arndt-Brauer, Rainer Arnold, Heinz-Joachim Barchmann, Dr. Katarina Barley, Doris Barnett, Dirk Becker, Uwe Beckmeyer, Manfred Behrens (Börde), Lothar Binding (Heidelberg), Norbert Brackmann, Dr. Karl-Heinz Brunner, Edelgard Bulmahn, Cajus Caesar, Bernhard Daldrup, Dr. Daniela De Ridder, Dr. Karamba Diaby, Martin Dörmann, Elvira Drobinski-Weiß, Iris Eberl, Michaela Engelmeier, Karin Evers-Meyer, Uwe Feiler, Enak Ferlemann, Gabriele Fograscher, Ulrich Freese, Ulrike Gottschalck, Klaus-Dieter Gröhler, Wolfgang Gunkel, Olav Gutting, Bettina Hagedorn, Anja Hajduk, Ulrich Hampel, Jürgen Hardt, Dirk Heidenblut, Uda Heller, Jörg Hellmuth, Heidtrud Henn, Matthias Ilgen, Frank Junge, Ralf Kapschack, Gabriele Katzmarek, Ulrich Kelber, Marina Kermer, Jens Koeppen, Carsten Körber, Dr. Bärbel Kofler, Daniela Kolbe, Anette Kramme, Michael Kretschmer, Dr. Jan-Marco Luczak, Thomas Mahlberg, Caren Marks, Katja Mast, Dr. Matthias Miersch, Susanne Mittag, Carsten Müller (Braunschweig), Dr. Philipp Murmann, Ulli Nissen, Helmut Nowak, Mahmut Özdemir (Duisburg), Dr. Martin Pätzold, Ingrid Pahlmann, Markus Paschke, Ulrich Petzold, Dr. Joachim Pfeiffer, Jeannine Pflugradt, Eckhard Pols, Sabine Poschmann, Dr. Wilhelm Priesmeier, Dr. Simone Raatz, Johann Saathoff, Axel Schäfer (Bochum), Dr. Nina Scheer, Matthias Schmidt (Berlin), Carsten Schneider (Erfurt), Dr. Ole Schröder, Swen Schulz (Spandau), Christina Schwarzer, Dr. Carsten Sieling, Tino Sorge, Svenja Stadler, Christoph Strässer, Matthäus Strebl, Thomas Stritzl, Michael Stübgen, Kerstin Tack, Michael Thews, Carsten Träger, Volkmar Vogel (Kleinsaara), Ute Vogt, Christel Voßbeck-Kayser, Kees de Vries, Kai Wegner, Karl-Georg Wellmann, Bernd Westphal, Andrea Wicklein, Heinz Wiese (Ehingen), Stefan Zierke

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz)

A. Problem

Der medizinische Fortschritt ermöglicht eine Verlängerung des menschlichen Lebens und eine Verbesserung der Lebensqualität. Zugleich führt die medizinisch

ermöglichte Lebensverlängerung zu immer neuen Herausforderungen in der Behandlung eines krankheitsbedingten Leidens in der Sterbephase. In den Fällen, in denen die Möglichkeiten einer kurativen Behandlung von Krankheiten ausgeschöpft sind, kann eine Schmerzbelastung von Menschen in der letzten Lebensphase durch eine Vielzahl von palliativmedizinischen Maßnahmen sowie durch die Betreuung in Hospizeinrichtungen in aller Regel erheblich reduziert oder ganz verhindert werden. Da es in vielen Regionen derzeit noch an genügend Palliativangeboten fehlt, besteht auch angesichts der demografischen Veränderung die Aufgabe, flächendeckend in ausreichendem Maße eine stationäre wie ambulante Palliativversorgung sicherzustellen und hierfür die erforderlichen Finanzmittel zur Verfügung zu stellen.

Obleich die Palliativmedizin in der Regel eine ausreichende Schmerzlinderung ermöglicht, stößt sie in der Praxis in sehr wenigen Fällen an Grenzen. Dies ist dann der Fall, wenn eine ausreichende Schmerzbehandlung nach Maßgabe der für die Durchführung palliativmedizinischer Maßnahmen geltenden fachlichen Richtlinien ausnahmsweise nicht ermöglicht werden kann oder das Leiden daher rührt, dass der Patient – etwa aus einem Ekel vor sich selbst – seine Situation nicht mehr anzunehmen vermag. Das körperliche und psychische Leiden seiner Patienten stellt auch für das medizinische Personal eine äußerst belastende Situation dar.

Demoskopische Erhebungen belegen einen ausgeprägten Wunsch nach Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase. Die klare Mehrheit der Bevölkerung spricht sich für die Möglichkeit aus, im Fall einer unheilbaren, irreversibel zum Tode führenden Erkrankung zur Abwendung eines starken Leidensdruckes eine ärztliche Hilfe bei der selbstvollzogenen Lebensbeendigung in Anspruch nehmen zu können. Diese Überzeugung ist getragen von dem unserer Rechtsordnung zugrunde liegenden Grundsatz, dass die Statuierung einer Rechtspflicht zum Leben illegitim ist.

Abgesehen vom strafrechtlichen Verbot der Tötung auf Verlangen sowie von bestimmten, im Fall einer Selbstgefährdung geltenden ordnungsbehördlichen Eingriffsbefugnissen genießt im Geltungsbereich des Grundgesetzes jeder Mensch grundsätzlich eine umfassende Dispositionsfreiheit im Hinblick auf das eigene Leben. Insbesondere sind der Suizid und infolgedessen auch die Beihilfe zum Suizid nach den Vorschriften des Strafgesetzbuches erlaubt.

Ungeachtet dessen untersagt das ärztliche Standesrecht in 10 von 17 Ärztekammerbezirken in Deutschland jede Form der Hilfestellung zur selbstvollzogenen Lebensbeendigung der Patienten. Dies sowie eine in Bezug auf Grenzfälle komplizierte Rechtslage führen zu Rechtsunsicherheit bei Ärzten und Patienten. Schwerkranke Menschen in auswegloser Lage werden hierdurch zusätzlich belastet.

In einer pluralistischen Gesellschaft unterliegt die Hilfe zum Suizid einer unterschiedlichen normativen Bewertung je nachdem, welche religiösen, weltanschaulichen oder moralischen Einstellungen hierbei den Ausschlag geben. Während die katholische Kirche die Suizidbeihilfe grundsätzlich ablehnt, konzidiert die Evangelische Kirche in Deutschland bei ebenfalls grundsätzlicher Ablehnung jedenfalls die Möglichkeit einer individuelle ethisch begründeten, vom individuellen Gewissen und vom Gedanken der christlichen Nächstenliebe getragenen Suizidhilfe (vgl. „Wenn Menschen sterben wollen – Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung“, 2008). Da die fortschreitende Ausdifferenzierung der Gesellschaft mit einem zunehmenden Wertepluralismus einhergeht, haben moralische Einstellungen tendenziell eine immer geringere Chance, eine gesamtgesellschaftliche Prägekraft zu entfalten. Aus diesem Grund sind moralische Bewertungen auch innerhalb der Glaubensgemeinschaften zunehmend

eine Angelegenheit des individuellen Dafürhaltens. Dem weltanschaulich neutralen Staat des Grundgesetzes obliegt es, im Fall einer gesetzlichen Regelung des ärztlich assistierten Suizids ausreichend Raum für vom individuellen Gewissen und von individueller religiöser Überzeugung geleitete Entscheidungen zu lassen.

B. Lösung

Um Rechtssicherheit für Ärzte und Patienten herzustellen und die Selbstbestimmung von unheilbar erkrankten Patienten zu stärken, ist das Bürgerliche Gesetzbuch um eine Regelung zu ergänzen, die es Ärzten ausdrücklich ermöglicht, dem Wunsch des Patienten nach Hilfe bei der selbstvollzogenen Lebensbeendigung entsprechen zu können. Eine solche Regelung soll zivilrechtlich ausgestaltet werden, da sie eine von einer Vielzahl physischer und psychischer Faktoren abhängende Entscheidung betrifft, die den Kern der personalen Autonomie berührt. In den Fällen von irreversibel zum Tode führenden Erkrankungen können Entscheidungen im Hinblick auf das Lebensende nur im Rahmen eines zwischen Arzt und Patient bestehenden Vertrauensverhältnisses und in Ausübung der nach Artikel 12 Absatz 1 Satz 2 des Grundgesetzes gewährleisteten Berufsausübungsfreiheit der Ärzte sowie der ärztlichen Gewissensfreiheit gemäß Artikel 4 Absatz 1 des Grundgesetzes in angemessener Weise getroffen werden. Die behandelnden Ärzte können aufgrund ihrer zum Teil sehr langen und intensiven Begleitung der jeweiligen Patienten am ehesten beurteilen, was im konkreten Einzelfall medizinisch angezeigt und in Würdigung der Gesamtsituation des Patienten zu verantworten ist.

Bereits mit der Einführung der Patientenverfügung wurde dem Bedürfnis nach mehr Patientenautonomie Rechnung getragen. Obgleich die Regeln zur Patientenverfügung die Durchführung medizinischer Maßnahmen zu einem Zeitpunkt betreffen, in denen es an der Einwilligungsfähigkeit des Patienten fehlt, eine eigenverantwortliche Entscheidung über eine Hilfestellung bei der selbstvollzogenen Lebensbeendigung demgegenüber nur dann getroffen werden kann, wenn der Patient aktuell einwilligungsfähig ist, dienen diese Regelungen in vergleichbarer Weise der Stärkung der Patientenautonomie. Daher soll die Regelung der ärztlichen Suizidassistenz wie die Patientenverfügung im Buch 4 des Bürgerlichen Gesetzbuches erfolgen.

Angesichts der Entscheidungstiefe, zur Vermeidung von Missbräuchen und zur Wahrung der Berufsausübungs- und Gewissensfreiheit des Arztes wird die ausdrückliche gesetzliche Gestattung einer ärztlichen Suizidassistenz an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Ungeachtet der grundsätzlichen Straffreiheit jeder Suizidbeihilfe soll eine ärztliche Suizidassistenz nur dann gesetzlich ausdrücklich erlaubt und deshalb vor möglichen berufsrechtlichen Sanktionen geschützt werden, wenn der Patient volljährig und einwilligungsfähig ist, die ärztliche Hilfestellung freiwillig erfolgt, eine umfassende Beratung des Patienten stattgefunden hat und das Vorliegen einer unheilbaren, unumkehrbar zum Tod führenden Erkrankung nach dem Vier-Augen-Prinzip durch einen anderen Arzt bestätigt wurde.

C. Alternativen

Keine.

D. Kosten

Keine.

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz)

Vom ...

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

Artikel 1

Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuches

Das Bürgerliche Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. April 2015 (BGBl. I S. 610) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu Buch 4 Abschnitt 3 Titel 3 folgende Angabe eingefügt:

„Abschnitt 4

Selbstbestimmung des Patienten“.

2. Nach § 1921 wird folgender Abschnitt 4 eingefügt:

„Abschnitt 4

Selbstbestimmung des Patienten

§ 1921a

Ärztlich begleitete Lebensbeendigung

(1) Ein volljähriger und einwilligungsfähiger Patient, dessen unheilbare Erkrankung unumkehrbar zum Tod führt, kann zur Abwendung eines krankheitsbedingten Leidens die Hilfestellung eines Arztes bei der selbst vollzogenen Beendigung seines Lebens in Anspruch nehmen.

(2) Eine Hilfestellung des Arztes nach Absatz 1 darf nur erfolgen, wenn der Patient dies ernsthaft und endgültig wünscht, eine ärztliche Beratung des Patienten über andere Behandlungsmöglichkeiten und über die Durchführung der Suizidassistenz stattgefunden hat, die Unumkehrbarkeit des Krankheitsverlaufs sowie die Wahrscheinlichkeit des Todes medizinisch festgestellt und ebenso wie der Patientenwunsch und die Einwilligungsfähigkeit des Patienten durch einen zweiten Arzt bestätigt wurde.

(3) Die Hilfestellung des Arztes ist freiwillig.

(4) Die Entscheidung über den Zeitpunkt, die Art und den Vollzug seiner Lebensbeendigung trifft der Patient. Der Vollzug der Lebensbeendigung durch den Patienten erfolgt unter medizinischer Begleitung.“

Artikel 2

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 30. Juni 2015

Peter Hintze	Heidtrud Henn
Dr. Carola Reimann	Matthias Ilgen
Dr. Karl Lauterbach	Frank Junge
Burkhard Lischka	Ralf Kapschack
Lisa Paus	Gabriele Katzmarek
Dr. Ursula von der Leyen	Ulrich Kelber
Dagmar G. Wöhrl	Marina Kermer
Katherina Reiche (Potsdam)	Jens Koeppen
Dr. Kristina Schröder (Wiesbaden)	Carsten Körber
Arnold Vaatz	Dr. Bärbel Kofler
Ingrid Arndt-Brauer	Daniela Kolbe
Rainer Arnold	Anette Kramme
Heinz-Joachim Barchmann	Michael Kretschmer
Dr. Katarina Barley	Dr. Jan-Marco Luczak
Doris Barnett	Thomas Mahlberg
Dirk Becker	Caren Marks
Uwe Beckmeyer	Katja Mast
Manfred Behrens (Börde)	Dr. Matthias Miersch
Lothar Binding (Heidelberg)	Susanne Mittag
Norbert Brackmann	Carsten Müller (Braunschweig)
Dr. Karl-Heinz Brunner	Dr. Philipp Murmann
Edelgard Bulmahn	Ulli Nissen
Cajus Caesar	Helmut Nowak
Bernhard Daldrup	Mahmut Özdemir (Duisburg)
Dr. Daniela De Ridder	Dr. Martin Pätzold
Dr. Karamba Diaby	Ingrid Pahlmann
Martin Dörmann	Markus Paschke
Elvira Drobinski-Weiß	Ulrich Petzold
Iris Eberl	Dr. Joachim Pfeiffer
Michaela Engelmeier	Jeannine Pflugradt
Karin Evers-Meyer	Eckhard Pols
Uwe Feiler	Sabine Poschmann
Enak Ferlemann	Dr. Wilhelm Priesmeier
Gabriele Fograscher	Dr. Simone Raatz
Ulrich Freese	Johann Saathoff
Ulrike Gottschalck	Axel Schäfer (Bochum)
Klaus-Dieter Gröhler	Dr. Nina Scheer
Wolfgang Gunkel	Matthias Schmidt (Berlin)
Olav Gutting	Carsten Schneider (Erfurt)
Bettina Hagedorn	Dr. Ole Schröder
Anja Hajduk	Swen Schulz (Spandau)
Ulrich Hampel	Christina Schwarzer
Jürgen Hardt	Dr. Carsten Sieling
Dirk Heidenblut	Tino Sorge
Uda Heller	Svenja Stadler
Jörg Hellmuth	Christoph Strässer

Matthäus Strebl
Thomas Stritzl
Michael Stübgen
Kerstin Tack
Michael Thews
Carsten Träger
Volkmar Vogel (Kleinsaara)
Ute Vogt

Christel Voßbeck-Kayser
Kees de Vries
Kai Wegner
Karl-Georg Wellmann
Bernd Westphal
Andrea Wicklein
Heinz Wiese (Ehingen)
Stefan Zierke

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I.

Die ärztliche Suizidbeihilfe ist im europäischen Rechtsraum unterschiedlich geregelt. Während etwa in Österreich und Spanien die Hilfestellung beim Suizid strafrechtlich verboten ist, ist sie in Belgien, den Niederlanden und in der Schweiz unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. In einer Reihe europäischer Länder ist eine anhaltende Diskussion über Fragen der Sterbehilfe zu beobachten, die im Bemühen um eine angemessene rechtliche wie moralische Würdigung schwieriger Grenzfälle geführt wird. In der deutschen Öffentlichkeit findet die Rechtslage in den US-amerikanischen Staaten Montana, Oregon, Vermont und Washington Beachtung, in denen der assistierte Suizid legal ist.

Das Grundgesetz geht von der Autonomie und Freiheit des Einzelnen als einer zu freier Willensbildung und selbstverantwortlichem Handeln und Entscheiden befähigten Person aus. In der deutschen Rechtsordnung sind sowohl der Suizid als auch die Beihilfe zum Suizid straflos. Zugleich genießt jede Person das uneingeschränkte Recht, eine Einwilligung in die Durchführung medizinischer Eingriffe selbst dann zu versagen, wenn ein solcher zur Erhaltung des Lebens medizinisch unerlässlich ist. Demgemäß würde eine allgemeine zwingende rechtliche Verpflichtung zum Leben gegen die Grundprinzipien des freiheitlichen Verfassungsstaates verstoßen. Rechtliche Regelungen in Bezug auf die Sterbehilfe berühren auch die Menschenwürde. Der Schutz der Menschenwürde gemäß Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes verleiht als zentraler, den Grundrechten zugrunde liegender Wert dem einzelnen Menschen den Anspruch auf Achtung seiner Autonomie. Diesem Gebot kann nur ausreichend Rechnung getragen werden, wenn die staatliche Rechtsordnung gewährleistet, dass Ärzte in Ausübung ihrer Gewissensfreiheit sich dafür entscheiden können, unheilbar kranken Menschen auf deren Wunsch bei der selbstvollzogenen Lebensbeendigung Hilfe zu leisten.

Bestimmte Formen der Sterbehilfe können als Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB, als unterlassene Hilfeleistung gemäß § 323c oder als Tötung durch Unterlassen gemäß den §§ 212, 12 StGB strafbar sein. Für die ärztliche Tätigkeit von besonderer Bedeutung sind Fallkonstellationen, in denen es unterlassen wird, in den Sterbeprozess einzugreifen, da dem Arzt eine besondere Einstandspflicht für das Leben des Patienten zukommt. Dies gilt auch für die Fälle, in denen der Sterbeprozess vom Patienten selbst in Gang gesetzt wurde. Der Bundesgerichtshof hat in seinem Grundsatzurteil zur Sterbehilfe vom 25. Juni 2010 im Hinblick auf die Regeln zur Patientenverfügung festgestellt, dass eine Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) gerechtfertigt sei, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspreche und dazu diene, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen, wobei ein Behandlungsabbruch sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun erfolgen könne.

Die auch nach diesem Urteil für den Arzt im Einzelfall durchaus schwierig zu beantwortenden Abgrenzungsfragen können bei den Ärzten zu erheblicher Rechtsunsicherheit führen. Zur Rechtsunsicherheit trägt auch bei, dass die Suizidassistenz im Berufsrecht der Ärzte in Deutschland unterschiedlich geregelt wird. In zehn von 17 Ärztekammerbezirken sieht das Kammerrecht ein ausnahmsloses Verbot der Suizidbeihilfe vor mit der Folge, dass Verstöße gegen dieses Verbot grundsätzlich mit rechtlichen Sanktionen gegen den Arzt belegt werden können. Zwar hat das Verwaltungsgericht Berlin mit Urteil vom 30. März 2012 entschieden, dass ein aus der Satzung der Ärztekammer Berlin abgeleitetes generelles Verbot einer Suizidhilfe unvereinbar wäre mit der Freiheit der Berufsausübung und der Gewissensfreiheit des Arztes. Gleichwohl bleiben die bundesweit unterschiedliche Rechtslage sowie Rechtsunsicherheiten angesichts verbleibender Abgrenzungsfragen und einer weiterhin grundsätzlich bestehenden Möglichkeit, dass ein Verstoß gegen ein Verbot der Suizidassistenz Sanktionen nach sich zieht, bestehen.

Eine Reihe von Umfragen belegt, dass eine Mehrheit in der deutschen Bevölkerung gegenüber einer ärztlichen Suizidassistenz positiv eingestellt ist. Diese Haltung ist getragen von dem verbreiteten Wunsch nach einem möglichst selbstbestimmten Leben, das auch das eigene Lebensende mit umfasst, sowie dem Wunsch, in Würde ster-

ben zu können. Hierbei sind entsprechend der individuellen religiösen und weltanschaulichen Orientierung durchaus unterschiedliche Gründe ausschlaggebend. Dazu gehören die Furcht vor dem Erleiden schwerer krankheitsbedingter Schmerzen ebenso wie die Sorge, insbesondere im Fall einer unheilbaren Erkrankung nicht nur großen körperlichen und seelischen Belastungen ausgesetzt, sondern auch auf eine intensive medizinische Betreuung dauerhaft angewiesen zu sein. Damit korrespondiert eine in Umfragen belegte differenzierte Haltung innerhalb der Ärzteschaft zu Fragen der Sterbehilfe. Eine deutschlandweite Untersuchung der Ruhr-Universität Bochum unter Ärzten (Schildmann et al.: Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. Ergebnisse einer Querschnittsumfrage unter Ärzten in Deutschland, DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift, Online-Publikation vom 30.11.2014) sowie eine Umfrage unter den Mitgliedern des nordrhein-westfälischen Landesverbands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Thöns et al.: Wie ist die Meinung von Palliativexperten?, der niedergelassene Arzt 2/2015, S. 2-5) zeigen, dass eine relative Mehrheit der Befragten die Möglichkeit einer ärztlichen Suizidassistenz unabhängig davon, ob die Befragten bereit wären, sie selbst durchzuführen, im Grundsatz befürwortet bzw. eine Mehrheit ein berufsrechtliches Verbot ablehnt. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie lehnt jedes Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid ab.

Bereits im Jahr 2006 hat sich der 66. Deutsche Juristentag gegen eine ausnahmslose standesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids und zugunsten einer differenzierteren Beurteilung ausgesprochen, welche die Mitwirkung des Arztes an dem Suizid eines Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden als eine nicht nur standesrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung toleriert.

Über 140 deutsche Strafrechtslehrerinnen und Strafrechtslehrer haben sich in einer Stellungnahme vom 15.4.2015 gegen eine Strafbarkeit der Suizidbeihilfe als einen unverhältnismäßigen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht und dafür ausgesprochen, das ärztliche Berufsrecht so zu vereinheitlichen, dass die Hilfe beim Suizid als ärztliche Gewissensentscheidung zulässig bleibt.

Auch der Deutsche Ethikrat hat sich in seiner Ad-hoc-Empfehlung zur Regelung der Suizidbeihilfe vom 18.12.2014 dafür ausgesprochen, dass eine im vertraulichen Arzt-Patienten-Verhältnis getroffene ärztliche Gewissensentscheidung zugunsten einer ärztlichen Suizidhilfe respektiert werden sollte.

Darüber, wie viele in Deutschland lebende Personen vom Suizidhilfeangebot von im Ausland tätigen Sterbehilfeorganisationen bzw. von Personen Gebrauch machen, die ein solches Angebot regelmäßig aktiv unterbreiten, bestehen keine verlässlichen Daten. Schätzungen gehen von jährlichen Fallzahlen im unteren dreistelligen Bereich aus, die im Verhältnis zu den etwa 10.000 jährlichen Suizidfällen in Deutschland als gering zu betrachten sind. Untersuchungen zeigen, dass die Fälle der ärztlichen Suizidassistenz in Belgien, der Schweiz, den Niederlanden und dem Staat Oregon (USA) sich relativ konstant auf niedrigem Niveau bewegen, während die Fälle der aktiven Sterbehilfe in Belgien und den Niederlanden signifikant gestiegen sind (Gamondi, Borasio et al., Legalisation of assisted suicide: a safeguard to euthanasia?, The Lancet, Vol. 384, No. 9938, p 127, 12 July 2014). Die geringen Fallzahlen im Bereich der ärztlichen Suizidassistenz belegen, dass die Notwendigkeit, das eigene Leben nur selbst beenden zu können, eine besondere Entscheidungsqualität und Entscheidungstiefe erfordert und daher eine wirksame Schwelle vor übereilten Entscheidungen bildet. Erfahrungen aus der ärztlichen, psychologischen und seelsorgerischen Begleitung zeigen zudem, dass bereits ein sicheres Wissen des Erkrankten um die Möglichkeit, im Fall eines als unerträglich empfundenen Leidens sein Leben beenden zu können, häufig dazu führt, dass von dieser Möglichkeit auch bei einem starken Leidensdruck letztlich Abstand genommen wird. Demnach kann eine ausdrückliche gesetzliche Gestattung der ärztlichen Suizidassistenz suizidpräventiv wirken. Besteht für todkranke Menschen in einer aussichtslosen Situation die Möglichkeit, den behandelnden Arzt des Vertrauens um Hilfe bei der selbst vollzogenen Lebensbeendigung zu bitten, wird dem Wirken von Sterbehilfevereinen in Deutschland die Grundlage entzogen.

Sowohl von Seiten der Ärzteschaft als auch der Patienten wird berichtet, dass vor allem in den Fällen einer terminalen Erkrankung Fragen im Zusammenhang mit dem Sterben im Verhältnis zur Erörterung und Durchführung weiterer kurativer Maßnahmen noch sehr häufig eine nur untergeordnete Rolle spielen, obgleich diese für den Patienten von hoher Bedeutung sein können und deren Erörterung angesichts verschiedener palliativmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten die Voraussetzung für eine ausreichend informierte Entscheidung des Patienten ist. Eine ausdrückliche gesetzliche Gestattung der ärztlichen Suizidassistenz, die die Durchführung einer Suizidassistenz an eine umfassende Beratung über andere, insbesondere palliativmedizinische Maßnahmen knüpft, kann dazu beitragen, dass dem Thema Sterben in der medizinischen Praxis ein höherer Stellenwert beigemessen und

einem verbreiteten Wunsch der Patienten nach einem selbstbestimmten Sterben in Würde besser Rechnung getragen wird.

II.

Dem Gesetzentwurf liegt die Wertung zugrunde, dass der Staat bei der Regelung einer ärztlichen Suizidassistenz ein besonders hohes Maß an Zurückhaltung walten lassen muss, da hier einerseits höchstpersönliche Gewissens- und solche Entscheidungen getroffen werden, die von einer Vielzahl individueller körperlicher und psychischer Faktoren abhängen, und andererseits Rechtsgüter Dritter und der Allgemeinheit nicht in relevanter Weise berührt werden. Da die Entscheidung, eine ärztliche Suizidassistenz in Anspruch zu nehmen oder eine solche durchzuführen, in Ausübung des Selbstbestimmungsrechts und in der Befolgung des eigenen Gewissens erfolgt, sieht der Gesetzentwurf von strafrechtlichen Einschränkungen zugunsten einer ausdrücklichen zivilrechtlichen Gestattung der ärztlichen Suizidhilfe unter bestimmten Voraussetzungen ab.

Der Gesetzentwurf hat zum Ziel, unterschiedlichen ethischen Orientierungen in der Gesellschaft und innerhalb der Ärzteschaft gleichermaßen Geltung zu verschaffen und zugleich ein hohes Maß an Schutz vor übereilten und medizinisch nicht ausreichend fundierten Entscheidungen zu gewährleisten. Zu diesem Zweck soll mit dem Gesetzentwurf eine freiwillige ärztliche Hilfestellung zum Suizid zwar ermöglicht, diese jedoch an klar definierte Voraussetzungen geknüpft werden.

Das zwischen einem unheilbar erkrankten Menschen und dem ihn in der Regel über einen langen Zeitraum hinweg behandelnden Arzt bestehende Vertrauensverhältnis bildet den geeigneten Rahmen zur Erörterung von das Sterben betreffenden Fragen. Ärzte, die ihre Patienten im Fall einer irreversibel zum Tode führenden Erkrankung bzw. in der letzten Lebensphase medizinisch begleitet haben, sind in besonderer Weise geeignet zu beurteilen, welche Schritte im konkreten Einzelfall medizinisch angezeigt und in Würdigung der Gesamtsituation des Patienten zu verantworten sind. Dies rechtfertigt es, gerade in den Fällen einer unheilbaren, mit hohem Leidensdruck verbundenen Erkrankung Entscheidungen im Hinblick auf das Lebensende ausschließlich in die Hände der Patienten und Ärzte zu legen und ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre Entscheidungen im Lichte der konkreten medizinischen und psychischen Situation des Patienten in Eigenverantwortung gemeinsam zu treffen. Die ausdrückliche gesetzliche Gestattung einer ärztlichen Suizidassistenz gibt schwer kranken Patienten die Möglichkeit, sich von vornherein gegen die Inanspruchnahme einer durch eine Sterbehilfeorganisation vermittelten oder von solchen Personen durchgeführten Suizidassistenz zu entscheiden, die eine solche von sich aus anbieten.

Die Konfrontation mit dem Wunsch nach einer Suizidhilfe stellt Ärzte vor eine große Herausforderung. Sowohl die verfassungsrechtlich garantierte Freiheit der Berufsausübung gemäß Artikel 12 Absatz 1 Satz 2 des Grundgesetzes als auch die durch Artikel 4 Absatz 1 des Grundgesetzes geschützte ärztliche Gewissensfreiheit erfordern nicht nur, dass einem solchen Wunsch nur nach Maßgabe individuellen moralischen Dafürhaltens entsprochen werden kann. Sie gebieten angesichts der nach ärztlichem Selbstverständnis seit jeher auf die Lebenserhaltung und -erleichterung gerichteten ärztlichen Tätigkeit darüber hinaus eine staatliche Zurückhaltung in Bezug auf eine gesetzliche Inverantwortungnahme für die Durchführung einer Suizidhilfe. Aus diesem Grund regelt der Gesetzentwurf ausschließlich die Fälle einer unheilbaren und unumkehrbar zum Tode führenden Erkrankung. Dies betrifft Erkrankungen, bei denen nicht mehr das Ob eines krankheitsbedingten Todes, sondern nur mehr der genaue Todeszeitpunkt offen ist. Diese letzte, von der Gewissheit des eigenen Todes bestimmte Lebensphase ist häufig geprägt durch erhebliche physische und psychische Belastungen des Patienten. Diese können sich aus dem Wissen um das nahende Lebensende, aus großen körperlichen Einschränkungen, wie sie insbesondere bei tödlich verlaufenden neurodegenerativen Erkrankungen wie der Amyotrophen Lateralsklerose der Fall sein können, aus einer als unerträglich empfundenen Schmerzbelastung sowie aus dem Gefühl ergeben, einer aufgrund des eingetretenen Versagens wesentlicher körperlicher Funktionen notwendigen Betreuung gleichsam ausgeliefert zu sein. Bei bestimmten Erkrankungen wie zum Beispiel Tumorerkrankungen, in deren Verlauf der Tumor aus dem Körper wächst, können die hiermit verbundenen Entstellungen und unangenehmen Gerüche beim Patienten zudem einen unerträglichen Ekel hervorrufen, der auch die Ablehnung der eigenen Person mit umfassen kann. Die Regelung hat zum Ziel, derart betroffenen Patienten die Möglichkeit zu geben, in einem vertraulichen Gespräch mit ihren Ärzten sämtliche zur Verfügung stehende Maßnahmen gezielt zu erörtern und – für den Fall, dass alternative Behandlungen für den Patienten nicht infrage kommen – den Arzt um Hilfe bei der selbst vollzogenen Lebensbeendigung zu bitten.

Mit dem Gesetzentwurf sollen für die Durchführung eines ärztlich assistierten Suizids aufgrund der überragenden Bedeutung des nach Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes garantierten Schutzes des menschlichen Lebens

ebenso wie zur Gewährleistung der ärztlichen Gewissensfreiheit gemäß Artikel 4 Absatz 1 des Grundgesetzes enge Voraussetzungen gelten. Zu diesem Zweck wird die ärztliche Suizidassistenz nur unter der Voraussetzung ermöglicht, dass eine unheilbare, unmittelbar zum Tode führende Erkrankung durch mindestens zwei Ärzte nach dem Vier-Augen-Prinzip festgestellt wurde, eine umfassende ärztliche Beratung über mögliche Behandlungsalternativen stattgefunden hat, der Patient volljährig und einwilligungsfähig ist und sowohl die Beratung des Patienten wie auch die Durchführung der Suizidhilfe ausschließlich durch einen Arzt und auf freiwilliger Grundlage erfolgt.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuches)

Zu Nummer 1 (Änderung der Inhaltsübersicht)

Da die ärztliche Suizidassistenz in ähnlicher Weise wie die Patientenverfügung Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Patienten ist und die eigenverantwortliche Regelung höchstpersönlicher Angelegenheiten betrifft, sieht der Gesetzentwurf eine Regelung im 4. Buch des Bürgerlichen Gesetzbuches vor. Eine Regelung, die die ärztliche Suizidassistenz zum Inhalt eines Behandlungsvertrages gemäß den §§ 630a ff. BGB macht, kommt demgegenüber nicht in Betracht. So sind Gegenstand eines Behandlungsvertrages typischerweise die fachgerechte Diagnose und die Vornahme von medizinischen Behandlungen, die auf den Erhalt bzw. die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtet sind. Zudem statuiert ein Behandlungsvertrag stets eine Vertragsverpflichtung des Arztes. Dagegen handelt es sich bei der ärztlichen Suizidassistenz weder um eine kurative noch um eine palliative Behandlung, die überdies nur auf der Grundlage einer Gewissensentscheidung des Arztes durchgeführt und deshalb auch dann nicht Gegenstand einer Vertragspflicht sein kann, wenn der Arzt hierzu sein Einverständnis erklärt.

Während es sich bei den in den Titeln 1 bis 3 des 3. Abschnitts geregelten Rechtsinstituten der Vormundschaft, der Rechtlichen Betreuung und der Pflegschaft um Fürsorge- und Beistandstätigkeiten handelt, die im Interesse Dritter für den Fall eines umfassenden oder partiellen Fürsorge- und Vertretungsbedürfnisses vorgenommen werden, fehlt es bei der ärztlichen Suizidassistenz an einer Vertretungshandlung, da die Lebensbeendigung als die relevante Handlung nur durch den Patienten selbst vorgenommen werden kann. Im Unterschied zu der in Titel 2 geregelten Patientenverfügung gemäß den §§ 1901a ff. BGB trifft der Patient im Hinblick auf die ärztliche Suizidassistenz keine Entscheidungen für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit. Vielmehr setzt die Vornahme einer ärztlichen Suizidassistenz gerade voraus, dass der Patient aktuell einwilligungsfähig ist. Zur Wahrung der dem Abschnitt 3 zugrunde liegenden Rechtssystematik soll die ärztliche Suizidassistenz deshalb in einem eigenen Abschnitt 4 geregelt werden.

Zu Nummer 2

(Abschnitt 4 – Selbstbestimmung des Patienten, § 1921a – Ärztlich begleitete Lebensbeendigung)

Die Vorschrift legt die Voraussetzungen fest, unter denen Ärzte in Ausübung ihrer Gewissens- und Berufsausübungsfreiheit eine Suizidassistenz durchführen können. Als staatliche Rechtsnorm hat sie Vorrang vor dem die Berufsausübung der Ärzte regelnden Kammerrecht. Um die rechtliche wie ethische Bedeutung der ärztlichen Suizidassistenz zum Ausdruck zu bringen, werden die Voraussetzungen, unter denen sie zur Abwendung eines hohen Leidensdrucks des Patienten durchgeführt werden kann, in einer Vorschrift zusammengefasst. Mit der Vorschrift wird das gesetzgeberische Ziel verfolgt, einerseits der ärztlichen Suizidassistenz so hohe Hürden zu errichten, dass der überragenden Bedeutung des Lebensschutzes ausreichend Rechnung getragen wird, und andererseits die Anforderungen an die Durchführung einer Suizidassistenz so gering zu halten, dass ein übermäßig bürokratisches Verfahren vermieden wird, das den bereits durch seine schwere Erkrankung erheblich belasteten Patienten auf unzumutbare Weise noch weiter belasten würde.

Zu Absatz 1

Absatz 1 trifft die gesetzgeberische Grundentscheidung, Ärzten im Rahmen ihrer Berufsausübungsfreiheit und in Ausübung ihrer Gewissensfreiheit die Durchführung einer Suizidassistenz in den Fällen zu ermöglichen, in denen ein Patient an einer unheilbaren und unumkehrbar zum Tode führenden Erkrankung leidet. Mit dem Begriff der „unheilbaren, unumkehrbar zum Tod führenden Erkrankung“ wird der Anwendungsbereich auf die Fälle von nicht

mehr therapierbaren organischen und zugleich irreversibel tödlich verlaufenden Erkrankungen eingeschränkt. Demgemäß findet die Bestimmung keine Anwendung auf psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel Depressionen, auf eine lediglich altersbedingte Demenz und auf unheilbare, aber nicht tödlich verlaufende Erkrankungen. Mit dieser Beschränkung wird die gesetzgeberische Wertentscheidung getroffen, dass Ärzte angesichts ihrer in erster Linie auf die Erhaltung des Lebens gerichteten Tätigkeit nach Möglichkeit nur dann mit der Notwendigkeit einer von ihnen zu treffenden Gewissensentscheidung über eine Suizidassistenz konfrontiert werden sollen, wenn der krankheitsbedingte Tod eines Patienten medizinisch sicher zu erwarten ist. Nur in solchen Fällen, in denen nicht mehr das Ob des krankheitsbedingten Todes, sondern nur noch dessen genauer Zeitpunkt offen ist, darf vom Arzt eine solche Gewissensentscheidung verlangt werden.

Zur Sicherstellung eines möglichst hohen medizinischen Schutzniveaus beschränkt die Vorschrift die Durchführung der Suizidassistenz und der ihr vorgelagerten Beratung ausdrücklich auf Ärzte. Eine Vertretung durch nicht-ärztliches Personal, etwa durch Pfleger, ist ausgeschlossen. Ärzte verfügen über das notwendige fachliche Wissen, um zu beurteilen, ob der Wunsch zu sterben bei suizidgeneigten Patienten auf einer Depression oder anderen psychischen Erkrankungen beruht, die anderweitig behandelt werden können. Damit können vom Patienten nicht wirklich gewollte Suizide vermieden werden.

Die Vorschrift legt fest, dass eine Suizidassistenz nur dann vorgenommen werden kann, wenn der Patient volljährig ist. Die Beschränkung auf Volljährige soll gewährleisten, dass nur solchen Patienten bei ihrer selbst vollzogenen Lebensbeendigung ärztlich assistiert werden darf, die unbeschränkt verantwortlich für ihr Handeln sind, da mit der Entscheidung über eine Hilfestellung beim Suizid eine so weitreichende Disposition über das eigene Leben getroffen wird, dass eine Vertretung durch Dritte nicht stattfinden kann.

Mit dem Erfordernis der Einwilligungsfähigkeit soll gewährleistet werden, dass der Patient die Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung vollständig beurteilen kann. Die Beurteilungsfähigkeit muss sowohl zum Zeitpunkt seiner gemäß Absatz 2 zu erfolgenden Beratung als auch zu dem Zeitpunkt, in dem die ärztliche Suizidassistenz vorgenommen und die suizidale Handlung durchgeführt werden, jeweils aktuell gegeben sein. An dieser Voraussetzung fehlt es, wenn die Beurteilungsfähigkeit des Patienten etwa infolge einer demenziellen Erkrankung eingeschränkt ist.

Die Formulierung „zur Abwendung eines krankheitsbedingten Leidens“ bringt zum einen zum Ausdruck, dass die Umstände, die zum Wunsch eines Patienten zur Beendigung seines Lebens führen, typischerweise von einem sehr hohen Leidensdruck auf Seiten des Patienten geprägt sind. Zum anderen stellt sie die Durchführung einer ärztlichen Suizidassistenz unter die Voraussetzung eines bereits aktuell vorhandenen, tatsächlich feststellbaren, krankheitsbedingten Leidensdrucks. Das Leiden kann durch körperliche Schmerzen oder eine hohe psychophysische Gesamtbelastung hervorgerufen werden. Da die Frage, welches Ausmaß ein vom Patienten individuell empfundenes Leiden annehmen muss, damit eine Hilfestellung bei der selbst vollzogenen Lebensbeendigung gerechtfertigt erscheint, allein von der subjektiven, einer Objektivierung unzugänglichen Wahrnehmung durch den Patienten abhängt, wird bewusst auf eine weitergehende Qualifizierung des erforderlichen Leidensdrucks verzichtet. Vorausgesetzt wird lediglich, dass der Arzt bei seinem Patienten unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes und der konkreten Umstände einen erheblichen krankheitsbedingten Leidensdruck feststellen kann und damit zu rechnen ist, dass ein solcher Leidensdruck auch künftig bestehen würde.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift bestimmt, dass die ärztliche Hilfestellung nur auf ausdrücklichen, zuvor bekundeten Wunsch des Patienten erfolgen kann. Dieser Wunsch muss erkennbar ernsthaft und endgültig sein; es darf sich also nicht um einen nur zeitweilig gehegten Wunsch oder um eine Bekundung handeln, die durch eine momentane psychische Stimmung verursacht wird. Auch muss es die Willensbekundung des Patienten sein, die den Ausschlag für das ärztliche Handeln gibt. Damit soll sichergestellt werden, dass der Wunsch, sein Leben zu beenden, vom Patienten eigenständig gebildet und nicht durch den Arzt oder anderes medizinisches Personal hervorgerufen wird.

Bevor auf Wunsch des Patienten eine Suizidassistenz gewährt wird, muss eine ärztliche Beratung des Patienten sowohl über infrage kommende alternative Behandlungen als auch über die Art und Weise der Suizidassistenz stattgefunden haben. Die Bestimmung soll für die für eine ausreichend informierte Entscheidung des Patienten erforderliche Transparenz sorgen und den Patienten vor übereilten Entscheidungen schützen. Die Erfahrungen aus der Suizidprävention und der palliativmedizinischen Behandlung zeigen, dass in den meisten Fällen, in denen Patienten zunächst einen Suizidwunsch geäußert haben, nach einer Beratung über Behandlungsalternativen von diesem Wunsch Abstand nehmen. Das Beratungsgespräch hat demnach eine wichtige suizidpräventive Funktion.

Im Rahmen eines ausführlichen Beratungsgesprächs soll dem Patienten aufgezeigt werden, wie sich die Krankheit im Fall eines vollständigen Verzichts weiterer kurativer oder palliativer Maßnahmen entwickeln würde, welche kurativen Maßnahmen mit welcher zu erwartenden Konsequenz durchgeführt werden können und welche palliativmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten infrage kommen.

Ein zentrales gesetzgeberisches Ziel ist es, dass den Möglichkeiten der palliativen Versorgung ein besonderes Gewicht verliehen wird. In diesem Sinne ist die Vorschrift von dem Gedanken getragen, dass eine ärztliche Suizidassistenz nach dem Ultima-Ratio-Prinzip stets nur dann erfolgen soll, wenn alternative palliative Behandlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten nicht mehr infrage kommen. Dies kann etwa dann der Fall sein, wenn im Ausnahmefall eine ausreichende Schmerzlinderung auch durch palliative Maßnahmen nicht sichergestellt werden kann, eine sogenannte palliative Sedierung nach Maßgabe der hierfür geltenden ärztlichen Richtlinien ausscheidet oder der Leidensdruck des Patienten in erster Linie von psychischen Faktoren, wie dem Ekel vor den Folgen der Erkrankung, bestimmt wird und die Erkrankung von ihm ungeachtet einer möglichen Schmerzbehandlung als so unerträglich erachtet wird, dass sich ihm eine Fortsetzung seines Lebens als menschenunwürdig darstellt. Entsprechend dem Grundsatz einer größtmöglichen Patientenautonomie muss dem betroffenen Patienten im Rahmen dessen, zu dem der Arzt bereit ist zu helfen, die Letztentscheidung obliegen. Angesichts der Irreversibilität der suizidalen Handlung ist der Patient zudem darüber aufzuklären, wie die ärztliche Suizidassistenz im konkreten Fall durchgeführt wird, welche Schritte der Patient selbst vollziehen muss und welche Wirkungen seine Handlungen entfalten.

Sowohl das Vorliegen einer unheilbaren Erkrankung als auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Erkrankung tödlich verläuft, müssen durch mindestens zwei Ärzte nach dem Vier-Augen-Prinzip medizinisch festgestellt werden. Das Vier-Augen-Prinzip erstreckt sich überdies auf die Feststellung, dass der Patient einwilligungsfähig ist und eine ärztliche Suizidhilfe ernsthaft und endgültig wünscht. Das Erfordernis des Vier-Augen-Prinzips dient einerseits dem Schutz des Patienten vor missbräuchlichem Verhalten und andererseits dem Schutz des Arztes vor möglichen Fehldiagnosen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 legt fest, dass der Arzt eine Suizidhilfe nur freiwillig gewähren kann, da die ihr zugrunde liegende Entscheidung eine verfassungsrechtlich geschützte Gewissensentscheidung des Arztes ist. Damit wird klargestellt, dass der Patient auch dann keinen Anspruch gegen den Arzt auf Durchführung einer Suizidhilfe hat, wenn die in der Vorschrift genannten Voraussetzungen im Übrigen erfüllt sind.

Zu Absatz 4

Absatz 4 Satz 1 ist Ausdruck größtmöglicher Patientenautonomie und hat zum Ziel, dass der Patient nicht nur hinsichtlich des Ob, sondern auch bezüglich des Wie einer Suizidhilfe Herr des Verfahrens ist. Deshalb soll dem Patienten auch über den Zeitpunkt, die Art der gewährten Hilfeleistung sowie über den von ihm selbst in Gang gesetzten Vollzug der Lebensbeendigung die Letztentscheidung obliegen. Damit soll gewährleistet werden, dass er sich nach Erläuterung des Verfahrens durch den Arzt gegebenenfalls noch gegen einen Suizid entscheiden und im Fall seiner endgültigen Entscheidung zugunsten einer Suizidhilfe gemeinsam mit dem Arzt die einzelnen Schritte bestimmen kann.

