



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

anlässlich der Durchführung einer öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages am 28. November 2022 zu folgenden Vorlagen:

- Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (BT-Drucksache 20/904)
- Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe (BT-Drucksache 20/2332)
- Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze (BT-Drucksache 20/2293)
- Antrag Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen (BT-Drucksache 20/1121)

Berlin, 23.11.2022

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung der Gesetzentwürfe und des Antrages Suizidprävention stärken.....	4
2. Vorbemerkung.....	7
3. Stellungnahme im Einzelnen.....	7
3.1 BT-Drucksache 20/904 ( <i>Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung</i> ).....	7
3.1.1 Artikel 1 Nr. 2 (Änderung des Strafgesetzbuches; Geschäftsmäßigkeit der Förderung der Selbsttötung).....	7
3.1.2 Artikel 1 Nr. 2 (Änderung des Strafgesetzbuches; nicht rechtswidrige Förderhandlungen).....	8
3.1.3 Artikel 1 Nr. 2 (Änderung des Strafgesetzbuches; Dokumentation).....	10
3.1.4 Artikel 1 Nr. 2 (Änderung des Strafgesetzbuches, Minderjährige).....	11
3.1.5 Artikel 1 Nr. 3 (Änderung des Strafgesetzbuches; Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung).....	11
3.1.6 Artikel 2 (Änderung des Betäubungsmittelgesetzes; Arztvorbehalt).....	12
3.1.7 Artikel 2 (Änderung des Betäubungsmittelgesetzes; weiterer Regelungsbedarf).....	13
3.2 BT-Drucksache 20/2332 ( <i>Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe</i> ).....	14
3.2.1 Artikel 1 (Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende, § 2 Recht zur Hilfeleistung).....	15
3.2.2 Artikel 1 (Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende, § 3 Autonom gebildeter, freier Wille).....	16
3.2.3 Artikel 1 (Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende, § 4 Beratung).....	16
3.2.4 Artikel 1 (Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende, § 4 Abs. 7 Beratungsbescheinigung).....	17
3.2.5 Artikel 1 (Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende, § 5 Beratungsstellen).....	17
3.2.6 Artikel 1 und Artikel 2 (Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende, § 6 Verschreibung eines Arzneimittels zum Zwecke der Selbsttötung sowie Änderung des Betäubungsmittelgesetzes).....	18
3.3 BT-Drucksache 20/2293 ( <i>Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze</i> ).....	19
3.3.1 Artikel 1 (Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, § 1 Abs. 2 Grundsatz).....	20

3.3.2 Artikel 1 (Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, § 2 Begriffsbestimmungen).....	20
3.3.3 Artikel 1 (Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, § 3- gegenwärtige medizinische Notlage).....	21
3.3.4 Artikel 1 (Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, § 4 – Allgemeine Voraussetzungen für den Zugang zu Betäubungsmitteln für Sterbewillige).....	22
3.3.5 Artikel 1 (Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, § 5 – Umsetzung des Sterbewunsches und § 6 - Aufgabe des Sterbewunsches).....	22
3.3.6 Artikel 1 (Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, § 8 – Straftaten und Ordnungswidrigkeiten).....	23
3.4 BT-Drucksache 20/1121 (Antrag <i>Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen</i> ).....	23

## 1. Grundlegende Bewertung der Gesetzentwürfe und des Antrages Suizidprävention stärken

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 – ein aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG abzuleitendes **Recht auf selbstbestimmtes Sterben** entwickelt. Dieses umfasst einerseits das Recht, sein Leben eigenhändig bewusst und gewollt zu beenden und bei der Umsetzung der Selbsttötung auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen, soweit diese angeboten wird. Andererseits hat das Gericht die **Pflicht des Staates** betont, **die Autonomie Suizidwilliger** und darüber auch **das hohe Rechtsgut Leben zu schützen**. Die Autonomie und das Leben seien von Einwirkungen und Pressionen freizuhalten, welche Menschen gegenüber Suizidhilfeangeboten in eine Rechtfertigungslage bringen könnten. Der Gesetzgeber habe dem Konflikt zwischen der Freiheits- und der Schutzdimension des Grundrechts angemessen Rechnung zu tragen. Dabei seien auch künftige Entwicklungen wie die Auswirkungen einer Rechtsnorm zu berücksichtigen. Die Obliegenheit zur konsistenten Ausgestaltung der Rechtsordnung schließe es zudem nicht aus, die im Bereich des Arzneimittel- und des Betäubungsmittelrechts verankerten Elemente des Verbraucher- und des Missbrauchsschutzes aufrechtzuerhalten und in ein Schutzkonzept im Bereich der Suizidhilfe einzubinden.

Hierauf basierend sehen alle drei eingebrachten Gesetzentwürfe vor, Sterbewilligen zukünftig über eine ärztliche Verschreibung bzw. nach dem Entwurf mit der Drucksachen-Nummer 20/2293 im Regelfall über eine von der zuständigen Stelle ausgestellte Bescheinigung und nur bei Sterbewilligen in medizinischer Notlage ebenfalls über eine ärztliche Verschreibung **Zugang zu tödlich wirkenden Medikamenten** zu verschaffen. Dabei wird in zwei Entwürfen im Einklang mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts im vorgeschlagenen Normtext ausdrücklich klargestellt, dass **niemand verpflichtet ist, bei einer Selbsttötung zu helfen** und Suizidwilligen etwa im Wege des Verschreibens von Natrium-Pentobarbital Zugang zu geeigneten Betäubungsmitteln zu verschaffen, während der Gesetzentwurf mit der Drucksachen-Nummer 20/904 hierauf nur in der Begründung eingeht. Diese insbesondere aus ärztlicher Sicht grundlegende Klarstellung sollte im Gesetzestext ausdrücklich Niederschlag finden. Sie wird von uns zudem dahingehend verstanden, dass es sich dabei um keine generelle Entscheidung handeln muss, ob die Bereitschaft besteht, durch das Verschreiben von Betäubungsmitteln Suizidassistenz zu leisten, sondern dass diese Bereitschaft auch von den Umständen des Einzelfalls abhängig gemacht werden kann. Ärztinnen und Ärzte wären danach berechtigt, Suizidhilfe nur denen gegenüber zu leisten, die sich im Endstadium einer schweren Erkrankung befinden, oder Suizidhilfe für sich ganz auszuschließen.

Alle drei Regelungsvorschläge wollen durch eine der Verschreibung vorgeschaltete **verpflichtende Beratung** Selbsttötungen entgegenwirken, die nicht von freier Selbstbestimmung und Eigenverantwortung getragen sind. Damit wollen sie der staatlichen Schutzpflicht Rechnung tragen zu gewährleisten, dass der Entschluss, begleiteten Suizid zu begehen, tatsächlich auf einem freien Willen beruht. Dabei senkt einer der Gesetzentwürfe (Drucksachen-Nummer 20/2293) die Zugangsschwelle zu entsprechenden Betäubungsmitteln – innerhalb einer ärztlichen Behandlung – für diejenigen Sterbewilligen ab, die sich in einer „gegenwärtigen medizinischen Notlage“ befinden. Auf diese Weise hinsichtlich des Schutzkonzeptes zwischen verschiedenen Gruppen von Suizidwilligen zu unterscheiden, hält die Bundesärztekammer für einen sachgerechten Ansatz. Denn damit wird die Feststellung des Bundesverfassungsgerichts aufgegriffen, dass es sich zwar verbietet, die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung materiellen Kriterien zu unterwerfen, sie etwa vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu

machen. Dies hindere den Gesetzgeber aber nicht, so führt das Gericht aus, dass je nach Lebenssituation **unterschiedliche Anforderungen** an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens gestellt werden können. Es leuchtet aus Sicht der Bundesärztekammer unmittelbar ein, zwischen Sterbewilligen zu differenzieren, die sich etwa im Endstadium einer nicht mehr kurativ behandelbaren Krebserkrankung befinden, und denjenigen, bei denen Anhaltspunkte für eine behandelbare Depression vorliegen.

Während zwei Gesetzentwürfe die Ermöglichung von Suizidassistenz mit Hilfe von **Spezialgesetzen**, nämlich einerseits einem „Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende (Suizidhilfegesetz)“ (Drucksachen-Nummer 20/2332) bzw. andererseits einem „Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben“ (Drucksachen-Nummer 20/2293) umsetzen wollen, will ein Entwurf (Drucksachen-Nummer 20/904) erneut die „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ in einem § 217 StGB unter Strafe stellen. Letzterer benennt in der Strafrechtsnorm auch die Rahmenbedingungen, unter denen es an der Rechtswidrigkeit der Förderungshandlung fehlen soll. Im Übrigen stellt der mit der Drucksachen-Nummer 20/904 vorgelegte Gesetzentwurf in seinem Allgemeinen Teil zutreffend dar, dass die Hilfeleistung bei einem nicht frei verantwortlichen Suizid **unabhängig von einem wieder eingeführten § 217 StGB** und damit auch nach aktueller Rechtslage strafbar sein kann. Wer die Unzurechnungsfähigkeit des Suizidenten verkennt, kann sich wegen fahrlässiger Tötung, § 222 StGB, strafbar machen.

Darüber hinaus lassen alle drei Gesetzentwürfe das **Verbot der Tötung auf Verlangen**, § 216 StGB, **unangetastet**. Dies wird von der Bundesärztekammer nachdrücklich unterstützt. Auch § 16 S. 2 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte stellt klar, dass es Ärztinnen und Ärzten verboten ist, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Wegen heutzutage verfügbarer technischer Assistenzsysteme sind auch Menschen mit Beeinträchtigungen nahezu ausnahmslos in der Lage, ihren Suizidwunsch mit entsprechender Unterstützung eigenverantwortlich zu realisieren.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass bei aller Unterschiedlichkeit der Gesetzentwürfe mittels eines allen Gesetzentwürfen jeweils immanenten Schutzkonzeptes das Anliegen verfolgt wird, so weit als möglich sicherzustellen, dass die **Entscheidung** des Suizidwilligen, dafür Assistenz in Anspruch zu nehmen, **freiverantwortlich, ernsthaft und dauerhaft** getroffen wurde. Aus ärztlicher Perspektive stellt sich in einer suizidalen Krise insbesondere die Frage, ob mit fachkundiger Unterstützung, die dem Betroffenen teilweise selbst nicht bewussten Motive vergegenwärtigt und mit diesem erweiterten Verständnis für sich selbst neue Perspektiven für ein weiteres Leben eröffnet und so zur Fortsetzung des Lebens ermutigt werden können. Es ist auch sachgerecht, dass alle Gesetzentwürfe vorsehen, dass es dazu einer ärztlichen Beurteilung bedarf, unter anderem um eine dem Suizidwunsch zugrundeliegende, behandelbare Depression auszuschließen. Entsprechende Feststellungen zu treffen, gehört zu den beruflichen Aufgaben des Arztes und setzt entsprechende Fachkenntnisse voraus.

Die Bundesärztekammer weist vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen allerdings darauf hin, dass der Zugang zu tödlich wirkenden Substanzen trotz eines mit den Gesetzentwürfen entwickelten Schutzkonzeptes zu einer Steigerung der **Gesamtzahl der Suizide** in Deutschland führen dürfte. Daten aus den Niederlanden zeigen beispielsweise, dass die Anzahl der nicht assistierten Suizide dort auch nach der Einführung der Suizidhilfe anzahlmäßig in etwa gleichgeblieben und die Gesamtzahl der Suizide angestiegen ist.<sup>1</sup> Somit wird es mutmaßlich nicht zu der von Vielen erhofften und in der BT-Drucksache mit der

---

<sup>1</sup> <https://english.euthanasiecommissie.nl/> & Netherlands - Intentional self-harm 2020 | countryeconomy.com; Zugriff September 2022.

Nummer 20/2293 als Gesetzeszweck ausgewiesenen größeren Verlagerung auf „humanere Formen“ des Suizids, nämlich unter Anwendung eines zugänglich gemachten Betäubungsmittels, kommen. Um den zu befürchtenden Anstieg der Gesamtanzahl der Suizide zumindest zu begrenzen, bedarf es daher neben dem flächendeckenden Beratungsangebot für die um Suizidassistenten Nachsuchenden umfassender, weiterer **Maßnahmen zu einer effektiven Suizidprävention**. Deshalb unterstützt die Bundesärztekammer uneingeschränkt den mit Drucksachen-Nummer 20/1121 eingebrachten Antrag, die Bundesregierung aufzufordern, Suizidprävention zu stärken und ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Bereits der 124. Deutsche Ärztetag 2021 hatte dazu aufgefordert, die Suizidprävention in Deutschland in den Fokus zu nehmen, auszubauen und zu verstetigen. Ebenso hält es die Ärzteschaft für notwendig, die Auswirkungen des vom Bundestag verabschiedeten Gesetzes, unabhängig davon, welcher Gesetzentwurf eine parlamentarische Mehrheit findet, einer umfassenden und fortlaufenden **Evaluation** zu unterziehen, wie sie bisher nur in den Gesetzentwürfen mit den Drucksachen-Nummern 20/2293 und 20/2332 vorgesehen ist und dort zutreffend begründet wird.

Die Gesetzentwürfe unterscheiden sich in der Frage, über wen Suizidwilligen der Zugang zum dafür vorgesehenen Betäubungsmittel ermöglicht werden soll. Die Entwürfe mit den Drucksachen-Nummern 20/2332 und 20/904 stellen die Verschreibung eines Betäubungsmittels zum Zweck der Selbsttötung unter den im Betäubungsmittelrecht bereits aktuell geltenden **Arztvorbehalt**. Der dritte Entwurf (Drucksachen-Nummer 20/2293) trifft eine entsprechende Regelung nur in dem Fall, dass sich Sterbewillige in einer „gegenwärtigen medizinischen Notlage“ befinden und die Verschreibung innerhalb einer ärztlichen Behandlung erfolgt; dann *kann* der behandelnde Arzt ein geeignetes Betäubungsmittel verschreiben. In allen anderen Fällen wird kein Betäubungsmittelrezept ausgestellt, sondern der Sterbewillige erhält bei Vorliegen der Voraussetzungen eine **behördliche Bescheinigung über das Recht auf Zugang zu dem Betäubungsmittel**. Der Ärzteschaft wird in diesem Verfahren keine zentrale Rolle zugewiesen.

Mit dieser Unterscheidung berücksichtigt der Gesetzentwurf mit der Drucksachen-Nummer 20/2293 die mit großer Mehrheit gefassten Beschlüsse des 124. Deutschen Ärztetages vom 04. – 05.05.2021 in Berlin. Danach gehört zwar das vertrauensvolle und wertschätzende Gespräch über den Wunsch zu sterben oder das eigene Leben zu beenden zum Kern ärztlicher Tätigkeit. Der Deutsche Ärztetag bestätigte aber die von der Bundesärztekammer im Jahr 2011 verabschiedeten Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung.<sup>2</sup> Danach ist die **Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung** einschließlich der Verschreibung von Betäubungsmitteln zur Verwirklichung des Suizidwunsches **keine ärztliche Aufgabe**.

In den im Juni 2021 veröffentlichten **Hinweisen zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen** nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB hat die Bundesärztekammer ihre Position näher dargelegt.<sup>3</sup> Darin wird klargestellt, dass die Hilfe bei der Verwirklichung der Absicht, sich selbst zu töten, nicht zu den beruflichen Aufgaben eines Arztes gehört. Kein Arzt ist verpflichtet, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten. Es bleibt eine freie und individuelle Entscheidung, ob sich ein Arzt in einem konkreten Einzelfall dazu entschließt, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten und an einem Suizid mitzuwirken.

---

<sup>2</sup> DÄBl 2011, A 346: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/Sterbebegleitung\\_17022011.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf)

<sup>3</sup> DÄBl 2021, A 1428: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/220611>

## 2. Vorbemerkung

Basierend auf den drei Gesetzentwürfen und dem Antrag, die Bundesregierung aufzufordern, einen Gesetzentwurf zur Stärkung der Suizidprävention vorzulegen, ist die Stellungnahme in vier Abschnitte unterteilt. Die Reihenfolge der Stellungnahme entspricht dabei der Aufzählung in Tagesordnungspunkt 13 der 2. Änderungs-/Ergänzungsmitteilung zur Tagesordnung der 24. Sitzung des Rechtsausschusses am Mittwoch, dem 28. September 2022.<sup>4</sup>

## 3. Stellungnahme im Einzelnen

**3.1 BT-Drucksache 20/904** (*Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung*)

**3.1.1 Artikel 1 Nr. 2** (*Änderung des Strafgesetzbuches; Geschäftsmäßigkeit der Förderung der Selbsttötung*)

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf regelt den besonders sensiblen Bereich der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung. Sie wird grundsätzlich unter Strafe gestellt. Als Teilnehmer straffrei bleibt nach § 217 Abs. 3 StGB jedoch, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des Suizidwilligen ist oder diesem nahesteht. Ärzte können daher, obwohl der Arztberuf seiner Natur nach ein freier Beruf ist, bei der Suizidhilfe „geschäftsmäßig“ handeln.

### B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Gesetzentwurf wiederholt in § 217 Abs. 1 StGB n. F. den Normtext des für verfassungswidrig erklärten § 217 Abs. 1 StGB a. F. Unter der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung versteht er die „auf Wiederholung angelegte“ Suizidhilfe. Weitere Erläuterungen dazu enthält er nicht. Er geht somit auch nicht auf das Vorbringen der Beschwerdeführer in den Verfassungsbeschwerden gegen § 217 StGB a. F. ein. Darin war u. a. geltend gemacht worden, dass Personen einem Strafbarkeitsrisiko ausgesetzt seien, die, wie insbesondere Palliativmediziner, nach der Gesetzesbegründung von der Strafandrohung gar nicht erfasst werden sollten.

Die Frage, inwieweit Ärzte bisher als zulässig angesehene Maßnahmen, insbesondere auch im Bereich der Palliativmedizin, unter Geltung eines § 217 StGB weiterhin durchführen dürfen, ist in der Strafrechtswissenschaft intensiv diskutiert worden. Eine größere Zahl von Autoren teilt die in den Verfassungsbeschwerden vorgebrachten Bedenken und ist der Ansicht, dass auch palliativmedizinisch tätige Ärzte in den Bereich der Strafbarkeit geraten können (vgl. etwa Schönke/Schröder/Esser/Sternberg-Lieben StGB, 30. Auflage 2019, § 217 StGB Rn. 17 f. mit zahlreichen weiteren Nachweisen). Der (erneut vorgeschlagene) Tatbestand wird daher vielfach als zu weit gefasst angesehen; daher bedürfe er zumindest einer dem Willen des Gesetzgebers (s. BT-Drucksache 18/5573, S. 11, 17 f.) entsprechenden teleologische Reduktion. Enger als die nunmehr wiedergegebene Umschreibung ist daher etwa die Definition von Hoven/Weigend ZIS 2016, 681, 689, dass geschäftsmäßig (nur) handelt, wer

---

<sup>4</sup> [https://www.bundestag.de/resource/blob/912540/bfa9596a802432ed41a17ee98626a8a9/a06\\_to24\\_2ergaend-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/912540/bfa9596a802432ed41a17ee98626a8a9/a06_to24_2ergaend-data.pdf).

die Suizidförderung „zu einem wiederkehrenden Bestandteil seiner wirtschaftlichen oder beruflichen Tätigkeit“ macht.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte vor dem Hintergrund der rechtswissenschaftlichen Diskussion im Straftatbestand klargestellt werden, dass insbesondere bei Anwendung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechender palliativmedizinischer Verfahren<sup>5</sup> der Tatbestand des § 217 StGB nicht verwirklicht wird und damit nicht die Voraussetzungen des § 217 Abs. 2 StGB n. F. zu beachten sind.

### **C) Ergänzungsvorschlag der Bundesärztekammer**

§ 217 Abs. 3 StGB n.F. sollte daher zum Beispiel wie folgt ergänzt werden:

„Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht. *Straffrei bleibt, wer insbesondere im Rahmen einer palliativmedizinischen Behandlung Hilfe beim Sterben leistet.*“

#### **3.1.2 Artikel 1 Nr. 2 (Änderung des Strafgesetzbuches; nicht rechtswidrige Förderhandlungen)**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Dem verfassungsrechtlich anerkannten Recht auf selbstbestimmtes Sterben trägt der Gesetzentwurf dadurch Rechnung, dass er bei Beachtung des in § 217 Abs. 2 StGB n. F. verankerten Schutzkonzepts die Förderungshandlung als nicht rechtswidrig fingiert. Erforderlich sind in der Regel in mindestens zwei Terminen erfolgende Untersuchungen durch einen Facharzt oder eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und mindestens ein den beiden Terminen zwischengeschaltetes, individuell angepasstes, umfassendes Beratungsgespräch mit einem multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz. Dieses hat bei einem weiteren Arzt, einem Psychotherapeuten, einer psychosozialen Beratungsstelle, einer Suchtberatung oder einer Schuldnerberatung stattzufinden.

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Gesetzesbegründung verweist auf die im Rahmen des Verfassungsbeschwerdeverfahrens von Sachverständigen eingebrachten empirischen Untersuchungen, nach denen rund 90 Prozent der tödlichen Suizidhandlungen psychische Störungen, insbesondere Depressionen (in etwa 40 bis 60 Prozent der Fälle), zugrunde liegen. Depressionen sind selbst für Ärztinnen und Ärzte in manchen Fällen schwer zu erkennen. Daher ist es aus Sicht der Bundesärztekammer sachgerecht, die Untersuchungen dazu, ob keine die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigende psychische Erkrankung vorliegt und nach fachlicher Überzeugung das Sterbeverlangen freiwilliger, ernsthafter und dauerhafter Natur ist, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie vorzubehalten und zugleich vorzusehen, dass die Begutachtung nicht durch denjenigen erfolgt, der dem Suizidwilligen später durch das Verschreiben des Betäubungsmittels die Gelegenheit zur Suizidhilfe verschafft. Durch den spezifischen Facharztvorbehalt wird insbesondere sichergestellt, dass die begutachtenden Ärztinnen und Ärzte aufgrund der durchlaufenen Weiterbildung umfassende Kenntnisse und Erfahrungen in den zu begutachtenden Fragestellungen erworben haben und damit den

---

<sup>5</sup> Vgl. die erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2 – September 2020, AWMF-Registernummer: 128/0010L



gebotenen fachlichen Standard gewährleisten sowie die für die Begutachtung in ihrem Fachgebiet geltenden Leitlinien einhalten können.

Auch im Übrigen, d. h. wenn weitere Ärzte das Beratungsgespräch nach Abs. 2 S. 1 Nr. 3 durchführen, beschränken sich die im Rahmen des Schutzkonzeptes vorgesehenen ärztlichen Tätigkeiten – wie die Gesetzesbegründung zutreffend ausführt – auf solche, die zum Kernbereich ärztlicher Tätigkeit gehören (Aufklärung, Beratung und Feststellung von Erkrankungen). Sie dienen dem Schutz der Selbstbestimmung und des Lebens insbesondere jener Personen, deren Willensbildung, etwa aufgrund einer psychischen Erkrankung, beeinträchtigt ist. Die ärztliche Tätigkeit im Rahmen des Schutzkonzeptes steht daher im Einklang mit den Grundsätzen der ärztlichen Berufsausübung.

Der Gesetzentwurf sieht aber vor, dass der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie auf Grundlage der in seiner ersten Untersuchung nach Abs. 2 S. 1 Nr. 2 getroffenen Ergebnisse Festlegungen für das Beratungsgespräch nach Nummer 3 trifft. Denn das Beratungsgespräch soll „nach Maßgabe des untersuchenden Facharztes oder der untersuchenden Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie gemäß Nummer 2“ stattgefunden haben. Die Begründung führt dementsprechend aus, dass dem untersuchenden Facharzt oder der untersuchenden Fachärztin bei der Feststellung der individuell angepassten Beratungsangebote „eine entscheidende Bedeutung“ zukommt.

Der Psychiater soll also eine Art „Überweisung“ für die Inanspruchnahme des weiteren Beratungsangebots ausstellen. Dabei bleibt unklar, ob er solche Festlegungen stets treffen muss, oder ob er z. B. dann, wenn der Suizidwunsch bei einem suchtkranken und hoch verschuldeten Patienten besteht, mit Blick auf die Behandelbarkeit der dem Suizidwunsch zugrundeliegenden Diagnosen festlegen soll bzw. auch darf, dass sich dieser sowohl in einer Sucht-, als auch in einer Schuldenberatung vorstellen muss. Da die Beratung zudem mit einem multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz erfolgen muss, wäre es auch denkbar, dass die Beratung in diesem Fall durch zwei Berater dieser beiden Beratungsstellen gemeinsam oder jedenfalls untereinander koordiniert durchgeführt wird. Ohne dass dieses im Wortlaut des Gesetzentwurfs deutlich wird, prognostiziert daher, z. B. *Gaede ZRP 2022, 73, 74*, dass die Norm einzelfallabhängig auf mehrere Beratungen hinauslaufen wird.

Der Gesetzentwurf verzichtet darauf, eine gesonderte Beratungsinfrastruktur unter staatlicher Verantwortung aufzubauen, sondern verweist stattdessen darauf, dass dazu auf die bestehenden vielseitigen Beratungsangebote zurückgegriffen werden könne. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist aber jedenfalls bei der Schuldenberatung zurzeit kein multiprofessioneller, interdisziplinärer und ggf. mit weiteren Beratungsangeboten koordinierter Ansatz gewährleistet. Einrichtungen der Schuldenberatung sind im Regelfall jedenfalls zurzeit auch nicht in der Lage, über den mentalen und psychischen Zustand aufzuklären und Möglichkeiten der medizinischen Behandlung aufzuzeigen. Die Beratung muss diese Punkte nach den Buchstaben a) und b) allerdings umfassen.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sind die bestehenden Beratungsangebote auf die ihnen neu zugewiesene Aufgabe, die sie zudem unmittelbar nach Inkrafttreten des Gesetzes erfüllen sollen (vgl. Artikel 3), bisher überhaupt nicht oder nur unzureichend vorbereitet. Daher bleibt unklar, ob sich derjenige, der nach § 13 Abs. 1 S. 3 BtMG (neu) ein Betäubungsmittel als Maßnahme zum Zwecke der Verwirklichung des Suizidwunsches verschreibt, auf eine Beratungsbescheinigung verlassen kann oder sich vergewissern muss, dass die Beratung den nach Abs. 2 S. 1 Nr. 3 an sie gestellten Anforderungen entsprochen hat.

Aus Sicht der Bundesärztekammer müssten Beratungsstellen mit dem Fokus auf die Suizidprävention und daneben auch auf die „Suizidberatung“ neu eingerichtet bzw. bestehende entsprechend ausgebaut werden (ebenso *Gaede a. a. O.*). Der Gesetzentwurf stellt jedoch keine Finanzmittel für entsprechende Fortbildungsmaßnahmen der in den

bestehenden Beratungsstellen Mitarbeitenden bzw. zur Fortentwicklung der Beratungskonzepte in Richtung auf einen multiprofessionellen und interprofessionellen Ansatz in Aussicht.

Die Bundesärztekammer hält es zudem für notwendig, im weiteren Gesetzgebungsverfahren klarzustellen, welche Aufgabe der Facharzt oder die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie hat, d. h. welche „Maßgaben“ zu treffen sind, was unter einem „multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz“ z. B. im Kontext einer Schuldenberatung verstanden werden soll und in welchem Umfang dieser bestehen muss. Unklar ist insbesondere auch, ob der Psychiater oder die Psychiaterin eine „koordinierende Lotsenfunktion“ einnehmen soll.

Neben den bereits eingeforderten Finanzmitteln zur Errichtung neuer Beratungsstellen oder zumindest dem Ausbau der bestehenden Angebote bedarf es einer zeitnahen und im Übrigen fortlaufenden Evaluation, ob nach einer Anlaufphase eine hinreichende Anzahl von qualifizierten Personen und Einrichtungen für die Untersuchungen und Beratungen nach § 217 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 und 3 StGB n. F. zur Verfügung steht. Sollte dies nicht der Fall sein, würde der Gesetzgeber gehalten sein, zu prüfen, ob das Schutzkonzept modifiziert werden muss, um die Möglichkeiten zur Wahrnehmung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben zu verbessern.

### ***3.1.3 Artikel 1 Nr. 2 (Änderung des Strafgesetzbuches; Dokumentation)***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Nach § 217 Abs. 2 S. 3 StGB n. F. sind „alle benannten Punkte“ zu dokumentieren. Ausweislich der Begründung zum Gesetzentwurf hat die Dokumentation die Funktion, zur Rechtssicherheit der Person beizutragen, die Hilfe zur Selbsttötung leistet. Ohne dass dieses explizit geregelt wäre, wird in der Praxis so verfahren werden, dass sich der das Betäubungsmittel verschreibende Arzt eine Bescheinigung über die beim Psychiater stattgefundenen Gespräche und die Wahrnehmung des Beratungsgesprächs nach Abs. 2 S. 1 Nr. 3 vorlegen lässt.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Eine Dokumentation hat vorliegend die Funktion, ein Geschehen im Nachhinein rekonstruier- bzw. kontrollierbar zu machen und über das eigene Verhalten Rechenschaft abzulegen. Dabei kann eine Dokumentation einen höchst unterschiedlichen Dokumentierungsgrad aufweisen. Rechtssicherheit kann daher nur eintreten, wenn Näheres über Inhalt und Umfang der Dokumentation durch eine Stelle vorgegeben wird, welche die spezifischen Untersuchungsschritte nachvollziehen und fachlich einschätzen sowie in die maßgeblichen Rahmenbedingungen einordnen kann. Im sensiblen Bereich des Verschreibens von Substitutionsmitteln für opiodabhängige Patienten hat der Ordnungsgeber die Bundesärztekammer in § 5 Abs. 12 Satz 3 BtMVV beauftragt, den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft, auch hinsichtlich der Anforderungen an die Dokumentation, in einer seitens des Bundesministeriums für Gesundheit zu genehmigen Richtlinie festzustellen.

Im Interesse der Rechtssicherheit für die an den psychiatrischen Untersuchungen und den Beratungsgesprächen beteiligten Ärztinnen und Ärzte besteht seitens der Bundesärztekammer die Bereitschaft, die Anforderungen an die Dokumentation in einer Richtlinie festzulegen.

### **C) Ergänzungsvorschlag der Bundesärztekammer für § 13 Absatz 1 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, wären die folgenden Sätze einzufügen:

„Die Anwendung ist begründet, wenn die Voraussetzungen des § 217 Absatz 2 des Strafgesetzbuches erfüllt sind. **Die Bundesärztekammer kann die Anforderungen an die Dokumentation nach dem allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in einer Richtlinie feststellen; sie hat diese dem Bundesministerium für Justiz zur Genehmigung vorzulegen. Das Bundesministerium für Justiz macht die genehmigte Richtlinie und genehmigte Änderungen der Richtlinie im Bundesanzeiger bekannt.** Satz 3 gilt nur für Ärzte.

#### **3.1.4 Artikel 1 Nr. 2 (Änderung des Strafgesetzbuches, Minderjährige)**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Nach dem Gesetzentwurf ist eine gerechtfertigte Suizidhilfe bei Minderjährigen ausgeschlossen. Ihre Einbeziehung nach dem Grad ihrer individuellen Einsichts- und Urteilsfähigkeit würde zu praktischen Problemen bei der Feststellbarkeit führen und eine entsprechende Genehmigung des Familiengerichts erfordern.

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Der generelle Ausschluss von Minderjährigen ist aus Sicht der Bundesärztekammer nicht unproblematisch, auch wenn die dafür in diesem und den anderen Gesetzentwürfen geltend gemachten Gründe nachvollziehbar sind. Die Beschränkung führt aber dazu, dass Jugendliche auch in den in Abs. 2 S. 2 beschriebenen Ausnahmesituationen (Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung) von der Verwirklichung ihres Rechts auf selbstbestimmtes Sterben ausgeschlossen sind. Jedenfalls bei Jugendlichen mit intensiver Krankheitserfahrung kann in vielen Fällen kein Zweifel bestehen, dass sie auch geraume Zeit vor Erreichen der Volljährigkeit über eine entsprechende Einsichtsfähigkeit verfügen.

#### **3.1.5 Artikel 1 Nr. 3 (Änderung des Strafgesetzbuches; Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung)**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzentwurf will über seinen Kerninhalt, nämlich ein neuerliches Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, § 217 StGB, hinaus Werbung für Hilfe zur Selbsttötung strafbewehrt verbieten.

##### **A) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Regelung und die in den Absätzen 2 bis 4 beschriebenen Ausnahmen werden von der Bundesärztekammer begrüßt. Die Regelung lässt allerdings offen, ob Alten- und Pflegeheime sowie Einrichtungen des betreuten Wohnens auf die Tatsache hinweisen dürfen, dass sie Ärzten Zugang gewähren, wenn diese ihren Bewohnern Hilfe zur Selbsttötung leisten wollen. Dieser Sachverhalt lässt sich auch nicht unter den Begriff „Einrichtungen“ subsumieren, weil sich diese Regelung auf Einrichtungen bezieht, welche durch für sie tätige Ärzte Suizidhilfe leisten.

Durch eine entsprechende Ergänzung des Gesetzestextes ließe sich damit zugleich der Wille des Gesetzgebers klarstellen, dass Pflegeeinrichtungen nicht verpflichtet sind zuzulassen, dass Ärzte in ihren Einrichtungen Hilfe zur Selbsttötung leisten. Entsprechendes muss auch für Krankenhäuser, insbesondere solche in freigemeinnütziger Trägerschaft, gelten.

## **B) Ergänzungsvorschlag der Bundesärztekammer**

(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 *oder wenn Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen auf die Tatsache hinweisen, dass in ihren Einrichtungen unter den Voraussetzungen des § 217 Absatz 2 Hilfe zur Selbsttötung geleistet werden darf.*

### **3.1.6 Artikel 2 (Änderung des Betäubungsmittelgesetzes; Arztvorbehalt)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Das BVerfG hat in seinem Beschluss vom 20.05.2020 – 1 BvL 2/20 offengelassen, ob § 13 Abs. 1 BtMG aktueller Fassung verfassungskonform so auszulegen ist, dass er Suizidwilligen den Zugang zu Natrium-Pentobarbital durch ärztliche Verschreibung eröffnet (ebenso OVG NRW, Urt. v. 02.02.2022 – 9 A 148/21, und zwar auch bezüglich der Überlassung des Betäubungsmittels zum unmittelbaren Verbrauch). Der Gesetzentwurf will die Rechtslage dahingehend ändern, dass (nur) Ärzte (§ 13 Abs. 1 S. 4 BtMG n. F.) unter den Voraussetzungen des § 217 Abs. 2 StGB Betäubungsmittel zum Zweck der Selbsttötung verschreiben können. In diesem Fall ist die Anwendung, d. h. die Verschreibung des Betäubungsmittels, zukünftig „begründet“. Damit soll es Ärztinnen und Ärzten betäubungsmittelrechtlich erlaubt sein, eine tödlich wirksame Dosis eines in Anlage III des BtMG bezeichneten Betäubungsmittels zu verschreiben. Die Voraussetzungen des § 217 Abs. 2 StGB müssen dabei auch dann eingehalten werden, wenn die Verschaffung der damit verbundenen Gelegenheit zur Selbsttötung nicht geschäftsmäßig erfolgt.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Änderung bewirkt, dass Suizidwillige zur Verwirklichung ihres Rechts auf selbstbestimmtes Sterben Zugang zu Betäubungsmitteln nur über eine ärztliche Verschreibung erhalten. Wie in der grundlegenden Bewertung der Gesetzentwürfe ausgeführt, gehört das Verschreiben oder das Überlassen eines Medikamentes zur Durchführung des Suizids als Mitwirkungshandlung bei der Selbsttötung nach dem Selbstverständnis der Ärzteschaft jedoch nicht zu den ärztlichen Aufgaben. Die Bundesärztekammer sieht daher die ausschließliche Aufgabenzuweisung an die Ärzteschaft als äußerst problematisch an. Dies betrifft in besonderem Maße diejenigen Fälle, in denen der Suizidwunsch nicht mit dem Vorliegen einer nicht heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung in Verbindung steht, also kein Fall des § 217 Abs. 2 S. 2 StGB vorliegt. Das konfliktiert mit der Position der Ärzteschaft, dass die Hilfe bei der Verwirklichung der Absicht, sich selbst zu töten, nicht zu den beruflichen Aufgaben eines Arztes gehört und es eine freie und individuelle Entscheidung ist, ob sich ein Arzt in einem konkreten Einzelfall dazu entschließt, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten und an einem Suizid mitzuwirken. Demgegenüber geht der Gesetzentwurf davon aus, dass nach Durchlaufen des Verfahrens (in der Regel Untersuchung, ggf. mehrfache Beratung, erneute Untersuchung) ein Arzt das Verfahren durch Ausstellen eines entsprechenden Betäubungsmittelrezepts „beurkundet“.

Die Bundesärztekammer regt daher an, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, inwieweit die Überlegungen, die im Gesetzentwurf mit der Drucksachen-Nummer 20/2293 zu dem Regelungsvorschlag in § 4 Abs. 4 S. 2 des Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben geführt haben, auch in diesem Gesetzentwurf Berücksichtigung finden können. Dort tritt für Sterbewillige, die sich in einer gegenwärtigen medizinischen Notlage befinden, an die Stelle der ärztlichen Verschreibung eine behördliche Bescheinigung, die ggf. auch von einer seitens der Länder gemeinsam bestimmten Behörde ausgestellt werden könnte. Liegen sowohl bestätigende Dokumente über die psychiatrische Begutachtung als auch über ein ordnungsgemäßes Beratungsgespräch vor, erscheint es nicht notwendig, die Abgabe des Betäubungsmittels noch zusätzlich von einer ärztlichen Verschreibung abhängig zu machen.

So führt auch der letzte Leitsatz des vom 26.02.2020 datierenden Urteils des Bundesverfassungsgerichts aus: „Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.“ Zur Begründung wird ausgeführt, dass die mangelnde individuelle ärztliche Bereitschaft zur Suizidhilfe eine durch die Gewissensfreiheit geschützte Entscheidung ist und sich aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben kein Anspruch gegenüber Dritten darauf ableitet, bei einem Selbsttötungsvorhaben unterstützt zu werden.

Der Gesetzestext soll lauten, dass die Anwendung des Betäubungsmittels *begründet ist*, wenn die Voraussetzungen des § 217 Abs. 2 StGB vorliegen. Auch wenn diese Regelung „gesetzestechisch korrekt“ formuliert ist, erweckt sie für den juristischen Laien die Vorstellung, dass dann, wenn etwas „begründet ist“, darauf auch ein Anspruch besteht. Dies zeigen entsprechende Anfragen bei den Landesärztekammern nach Verkündung der Entscheidung des BVerfG. Auch vor diesem Hintergrund tritt die Bundesärztekammer nachdrücklich dafür ein, im Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich klarzustellen, dass Ärztinnen und Ärzte nicht verpflichtet sind, ein Betäubungsmittel zu verschreiben, welches in der Absicht der Selbsttötung eingenommen werden soll.

### **C) Ergänzungsvorschlag der Bundesärztekammer**

„Die Anwendung ist begründet, wenn die Voraussetzungen des § 217 Absatz 2 des Strafgesetzbuches erfüllt sind. Satz 3 gilt nur für Ärzte; ***diese sind nicht verpflichtet, ein Betäubungsmittel zu verschreiben, welches in der Absicht der Selbsttötung eingenommen werden soll.***“

#### **3.1.7 Artikel 2 (Änderung des Betäubungsmittelgesetzes; weiterer Regelungsbedarf)**

##### **Weiterer Regelungsbedarf**

##### **A) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die avisierte Änderung des Betäubungsmittelgesetzes ist mit keiner Erweiterung der Verordnungsermächtigung in § 13 Abs. 3 BtMG verbunden. Zugleich wird auf nähere Regelungen zur Verschreibung, etwa ob diese zusammen mit Kopien der Dokumente über die psychiatrische Untersuchung und Beratungsgespräche aufbewahrt werden muss, verzichtet. Der Gesetzentwurf verhält sich auch nicht zur Frage der Vernichtung nicht verwendeter Betäubungsmittel oder dazu, dass diese zum Schutz anderer Menschen seitens der Suizidwilligen sicher aufbewahrt und nach einer angemessenen Frist an die ausgebende Apotheke zurückgegeben werden müssen. Geregelt ist in § 217 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 StGB lediglich, dass die Verschreibung nur in einem bestimmten Zeitfenster erfolgen darf, nämlich nach Ablauf einer zweiwöchigen Wartefrist nach der letzten psychiatrischen Untersuchung und spätestens zwei Monate nach dieser Untersuchung. Nach Ablauf letzterer Frist sollte ein von

der Apotheke abgegebenes Arzneimittel dorthin zurückgegeben werden müssen und ein Unterlassen als Ordnungswidrigkeit geahndet werden.

## **B) Ergänzungsvorschlag der Bundesärztekammer zu § 13 Betäubungsmittelgesetz – Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung**

### **§ 13 Betäubungsmittelgesetz – Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung**

(2) Die nach Absatz 1 verschriebenen Betäubungsmittel dürfen nur im Rahmen des Betriebs einer Apotheke und gegen Vorlage der Verschreibung abgegeben werden. **Die nach Absatz 1 Satz 3 verschriebenen Betäubungsmittel sind nach Ablauf der in § 217 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 des Strafgesetzbuches bestimmten Zweimonatsfrist an eine Apotheke nach Wahl zurückzugeben.** Diamorphin darf nur vom pharmazeutischen Unternehmer und nur an anerkannte Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 2 Nummer 2a gegen Vorlage der Verschreibung abgegeben werden. Im Rahmen des Betriebs einer tierärztlichen Hausapotheke dürfen nur die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel und nur zur Anwendung bei einem vom Betreiber der Hausapotheke behandelten Tier abgegeben werden.

### **§ 32 Betäubungsmittelgesetz - Ordnungswidrigkeiten**

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig,

[...]

**7c. entgegen § 13 Absatz 2 Satz 2 nicht verwendete Betäubungsmittel nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig zurückgibt,**

### **3.2 BT-Drucksache 20/2332 (Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe)**

Der Gesetzentwurf besteht in seinem Kern aus einem nur durch eine Änderung des § 13 Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes flankierten „autonomen“ „Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende (Suizidhilfegesetz)“. Er will, obwohl die Beihilfe zur Selbsttötung seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (wieder) „legal“ ist, faktische Hürden wie die Unmöglichkeit, Medikamente zur Selbsttötung zu erhalten, beseitigen und gleichzeitig Menschen, die sterben möchten und Menschen, die bereit sind, ihnen Hilfe zur Selbsttötung zu leisten, Rechtssicherheit geben. Die Menschen sollen mit dem Thema Sterben und Suizidhilfe nicht allein gelassen werden; Suizidhilfe brauche Menschlichkeit. Deshalb soll eine organisierte Beratungsinfrastruktur aufgebaut werden und es soll erreicht werden, dass Menschen, die sterben möchten, nicht auf ein Angebot rein auf Gewinnstreben orientierter Einrichtungen angewiesen sind. Die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes soll ihnen einen „sanfteren und sicheren Tod“ ermöglichen.

Die Bundesärztekammer hält es für problematisch, dass der Gesetzentwurf damit die Suizidhilfe und nicht die Prävention in den Mittelpunkt stellt, auch wenn er ein legislatives Schutzkonzept entwickelt, welches sicherstellen soll, dass nur derjenige Suizidassistent erhält, der sein Leben aus autonom gebildetem, freiem Willen beenden möchte. Dieses Schutzkonzept soll jedoch nicht durch ein Werbeverbot gestützt werden, was damit begründet wird, dass der Deutsche Bundestag § 219a StGB aufgehoben habe. Allerdings ergibt sich aus Sicht der Bundesärztekammer insofern ein Wertungswiderspruch zu Werbeverboten im Heilmittelwerbegesetz. Es wird daher angeregt, ein solches Werbeverbot in Anlehnung an die in § 8 Abs. 3 Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetz (Drucksachen-Nummer 20/2293) vorgeschlagene Regelung aufzunehmen.

Der Gesetzentwurf knüpft mit dem in Artikel 1 vorgesehenen Suizidhilfegesetz an ein Regelungskonzept an, welches ähnlich auch im Jahr 2015 Gegenstand der Beratungen im Deutschen Bundestag war. Zu dem damaligen Entwurf mit der Drucksachen-Nummer 18/5375 untersuchte der Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages mit seiner am 05.08.2015 abgeschlossenen Ausarbeitung WD 3 - 3000 - 155/15 die (formelle) verfassungsrechtliche Frage, ob der Bund für die Gesamtheit der aufgestellten Regelungen gesetzgebungsbefugt ist. Dieses hielt er seinerzeit für zweifelhaft. Im Vergleich zum damals untersuchten Gesetzentwurf verzichtet der aktuelle Entwurf auf Straftatbestände, sodass – mit Ausnahme der Ergänzung des § 203 StGB durch Artikel 3 des Gesetzentwurfs – der entsprechende Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG keine Gesetzgebungskompetenz vermittelt. Hiermit setzt sich der Gesetzentwurf nicht auseinander.

Kritisch anzumerken ist, dass der in Artikel 1 aufgenommene Entwurf zum „Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende“ sich entgegen seiner Betitelung nicht auf Patienten beschränkt, die sich im Sterben und damit *am* Lebensende befinden. Vielmehr soll ein Arzt jeder Person, die aus autonom gebildetem, freiem Willen ihr Leben beenden möchte, ein Arzneimittel zum Zwecke der Selbsttötung verschreiben dürfen. Eine Beschränkung auf bestimmte Lebensumstände ist nicht vorgesehen. Auch wenn dies im Grundsatz dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts entspricht, konfligiert der dem Gesetz gegebene Titel mit seinem Regelungsinhalt.

Der Gesetzentwurf (Stand: 21.06.2022) führt zudem fälschlich aus, dass „insbesondere Ärzte [...] sich in den meisten Bundesländern einem berufsrechtlichen Verbot der Suizidhilfe ausgesetzt [sehen]“. Das lässt unberücksichtigt, dass der 124. Deutsche Ärztetag 2021 § 16 Satz 3 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte gestrichen hat. Die Bestimmung lautete: Sie [d. m. Ärztinnen und Ärzte] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Die Verbotsregelung wurde in den Ärztekammerbereichen, in denen sie bestand, sukzessive aus der Berufsordnung gestrichen, und zwar nach der Einbringung des Gesetzentwurfs noch in den Berufsordnungen der Landesärztekammer Brandenburg und der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Aktuell ist sie nur noch im Saarland und in Berlin als Sollbestimmung Bestandteil der Berufsordnung. Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein hat am 13.11.2021 beschlossen, dass § 16 Satz 3 nicht mehr anwendbar ist.

### **3.2.1 Artikel 1 (Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende, § 2 Recht zur Hilfeleistung)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Nach § 2 Abs. 3 Suizidhilfegesetz darf unbeschadet des § 6 niemandem aufgrund seiner Berufszugehörigkeit untersagt werden, Hilfe zu leisten. Da es, so führt die Gesetzesbegründung aus, in der Ärzteschaft hinsichtlich der Bereitschaft zur Suizidhilfe kein einheitliches Bild gäbe, solle klargestellt werden, dass es von denjenigen, die keine Suizidhilfe leisten, zu respektieren sei, wenn andere dazu bereit sind. Zudem solle die Regelung verdeutlichen, dass das noch immer in einigen Berufsordnungen enthaltene Verbot, Suizidhilfe zu leisten, mit den Erwägungen des Bundesverfassungsgerichts nicht in Kongruenz zu bringen und damit verfassungswidrig sei.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Der Gesetzentwurf beruht, was die Regelungen der Berufsrechts betrifft, weitgehend auf einer unzutreffenden Tatsachengrundlage. Die Begründung zeigt auf, dass der Gesetzentwurf beabsichtigt, Berufsrecht außer Kraft zu setzen. Dafür fehlt dem Bund jedoch die

Gesetzgebungskompetenz. Darlegungen, dass ausnahmsweise Abweichendes gelten könnte, enthält der Gesetzentwurf nicht.

Die Regelung wird aber auch aus einem anderen Grund abgelehnt. Denn sie kann so verstanden werden, dass es auch konfessionell gebundenen Einrichtungen nicht mehr möglich wäre, Unterstützungshandlungen vertraglich auszuschließen oder einzuschränken.

### **C) Regelungsvorschlag der Bundesärztekammer**

§ 2 Abs. 3 wird gestrichen.

### **3.2.2 Artikel 1 (Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende, § 3 Autonom gebildeter, freier Wille)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzentwurf schlägt in § 3 Abs. 1 S. 2 folgende Regelung vor: „Es ist davon auszugehen, dass eine Person regelmäßig erst mit Vollendung des 18. Lebensjahres die Bedeutung und Tragweite einer Suizidentscheidung vollumfänglich zu erfassen vermag.“ Zudem bestimmt Absatz 5, dass von einem autonom gebildeten, freien Willen nur dann ausgegangen werden kann, wenn der Entschluss von einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit getragen wird.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Der erste Regelungsvorschlag ist in der Praxis nicht hilfreich, weil die Eingangsformulierung auf eine Feststellung abzielt, wie sie ansonsten nur in einer Gesetzesbegründung zu finden ist. Bei bereits länger nicht heilbar oder weit fortgeschritten erkrankten Jugendlichen mit bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung kann die individuelle Prüfung zudem dazu führen, dass sie die Suizidentscheidung vollumfänglich erfassen können.

Die Regelung im Absatz 5 lässt nicht erkennen, wann der Gesetzgeber vom Vorliegen der Voraussetzungen ausgeht. Dieses ergibt sich erst aus § 6 Abs. 4.

#### **C) Regelungsvorschlag der Bundesärztekammer**

§ 3 Abs. 1 S. 2 wird gestrichen. In § 3 Abs. 5 wird ein Querverweis auf § 6 Abs. 4 aufgenommen.

### **3.2.3 Artikel 1 (Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende, § 4 Beratung)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Nach § 4 Suizidhilfegesetz hat jeder, der seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat, das Recht, sich zu Fragen der Suizidhilfe beraten zu lassen, was auch Angehörige einschließt, aber verhindern soll, dass sich Deutschland zum Land des internationalen Sterbehilfetourismus entwickelt. Die Beratung ist ergebnisoffen zu führen und darf nicht bevormunden. Insgesamt orientiert sie sich stark an dem Vorbild der Schwangerschaftskonfliktberatung. In Absatz 2 ist dargestellt, was die Beratung insbesondere zu umfassen hat. Dazu gehören nach der Nummer 5 „Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Betreuungsangeboten“. Absatz 3 sieht vor, dass eine Person mit Suizidgedanken unverzüglich zu beraten ist.



## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Seitens der Bundesärztekammer wird der Beratungsansatz positiv bewertet. Jedoch bleiben Aspekte der Suizidprävention stark unterrepräsentiert und müssten dringend ausgebaut werden. Insbesondere muss die Beratung von Personen mit Suizidgedanken primär darauf ausgerichtet sein, den Suizid zu verhindern, anstatt die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme für Suizidhilfe aufzuzeigen. Der Gesetzentwurf stellt keine Finanzmittel bereit, um flächendeckend Beratungsangebote zu schaffen, welche neben der Suizidhilfe maßgeblich auch Aspekte der Suizidprävention berücksichtigen. Die Finanzierung sollen allein die Länder übernehmen. Dass eine unverzügliche Beratung zu erfolgen hat, ist daher zurzeit nur ein Programmsatz. Mit dem geplanten Inkrafttreten des Gesetzes, nach Artikel 4 am Tag nach der Verkündung, werden ohne weitergehende gesetzliche Regelungen insbesondere zur Finanzierung durch den Bund und oder die Länder in vielen Regionen Deutschlands keine Strukturen bestehen, die dieses zeitnah gewährleisten können.

### **3.2.4 Artikel 1 (Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende, § 4 Abs. 7 Beratungsbescheinigung)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Nach § 4 Abs. 7 Suizidhilfegesetz hat die Beratungsstelle eine Bescheinigung darüber auszustellen, dass die Beratung stattgefunden hat. Auf dieser muss auch vermerkt werden, wenn die Beratungsstelle „begründete Zweifel“ hegt, dass der Suizidentschluss autonom und frei gebildet ist. Dazu stellt die Gesetzesbegründung allerdings klar, dass es nicht Aufgabe der Beratungsstelle sein soll, Betroffene zu begutachten. Der Arzt, der später das tödliche Medikament verschreibt, muss sich nach § 6 selbst davon überzeugen, dass die Entscheidung des Suizidwilligen auf einem autonom gebildeten, freien Willen beruht. Der Beratungsstelle solle aber gestattet werden, offensichtliche Hinweise weiterzugeben, weil eine andere Handhabung unbillig erschiene.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bedeutung des Hinweises auf begründete Zweifel ist aus Sicht der Bundesärztekammer fraglich, weil die Beratung, so wie sie angelegt ist, nicht standardisiert ist. Sie gibt dem um Verschreibung eines Suizidmittels angefragten Arzt andererseits einen Hinweis, die eigenen Erhebungen besonders sorgfältig durchzuführen. Das Gesetz kann allerdings nicht verhindern, dass der Suizidwillige verschiedene Beratungsstellen aufsucht, sich dort jeweils auch Bescheinigungen geben lässt und schließlich dem das Suizidmittel verschreibenden Arzt diejenige aushändigt, welche keinen entsprechenden Vermerk enthält. Die Regelung scheint daher nicht geeignet, nicht freiverantwortliche Suizide in hinreichendem Maße zu verhindern.

### **3.2.5 Artikel 1 (Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende, § 5 Beratungsstellen)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Nach § 5 Suizidhilfegesetz haben die Länder ein ausreichendes plurales Angebot an wohnortnahen Beratungsstellen sicherzustellen. Die Beratungsstellen bedürfen der staatlichen Anerkennung. In Absatz 5 ist vorgesehen, dass das Nähere das Landesrecht regelt.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Regelung orientiert sich ebenfalls sehr stark an der Schwangerschaftskonfliktberatung, wobei aus Sicht der Bundesärztekammer zweifelhaft ist, ob auch im Bereich der Suizidberatung ein plurales Angebot vorgehalten werden muss. Das Gesetz setzt den Ländern keine Frist, bis zu der die Beratungsstellen etabliert sein müssen. Die Etablierung wird einige Zeit in Anspruch nehmen, weil es zunächst Landesausführungsgesetzen bedarf, die Näheres zum Anerkennungsverfahren und zur Finanzierung der Beratungsstellen regeln und erst dann die potentiellen Träger Anträge auf Anerkennung stellen können. Ob auch angesichts des Fachkräftemangels sich zeitnah genügend Menschen finden, die bereit sind, Suizidberatung in zusätzlich einzurichtenden Beratungsstellen durchzuführen, ist aus Sicht der Bundesärztekammer offen.

### **3.2.6 Artikel 1 und Artikel 2 (Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende, § 6 Verschreibung eines Arzneimittels zum Zwecke der Selbsttötung sowie Änderung des Betäubungsmittelgesetzes)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Nach § 6 Suizidhilfegesetz darf ein Arzt einer Person, die aus autonom gebildetem, freiem Willen ihr Leben beenden möchte, unter näher beschriebenen Voraussetzungen ein Arzneimittel zum Zwecke der Selbsttötung verschreiben. Im Betäubungsmittelrecht (vgl. Artikel 2) soll vorgesehen werden, dass eine Anwendung oder Verschreibung von Betäubungsmitteln auch begründet ist, wenn dies „zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende“ erforderlich ist. Die Voraussetzungen werden aber weder im BtMG noch in der BtMVV, sondern im Suizidhilfegesetz geregelt. In einer Rechtsverordnung kann das Nähere, insbesondere zu den Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte, Meldepflichten, zur Vergütung der Hilfe zur Selbsttötung und zu der Prävention gegen die Etablierung rein auf Gewinnstreben ausgerichteter, insbesondere institutioneller, Angebote geregelt werden.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer sieht diese Sonderstellung, die den Ärzten durch die exklusive Möglichkeit, Medikamente zum Zwecke der Selbsttötung zu verschreiben, zugeschrieben wird, äußerst kritisch. Insofern wird auf die Stellungnahme zur Drucksachen-Nummer 20/904 und die dort zitierten Beschlüsse des 124. Deutschen Ärztetages 2021 sowie die Hinweise der Bundesärztekammer verwiesen. Anders als beim Gesetzentwurf mit der Drucksachen-Nummer 20/904 (siehe dort unter 3.1.6) ist aber keine mögliche Alternative zur ärztlichen Verschreibung erkennbar. Es bedarf nach diesem Gesetzentwurf vor der Verschreibung keiner Begutachtung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welche in Kombination mit der Beratungsbescheinigung Ersatz für die ärztliche Verschreibung sein könnte. Vielmehr wird die Verantwortung auf eine ärztliche Person fokussiert.

Der Verzicht auf die zwingende vorangehende Begutachtung durch einen Psychiater und Psychotherapeuten führt dazu, dass die Verschreibung ohne Hinzuziehung einer zweiten und zudem fachärztlichen Meinung erfolgen kann. Dieses erscheint der Bundesärztekammer insbesondere angesichts der Bedeutung der Entscheidung einerseits und dem bereits dargestellten hohen Anteil (behandelbarer) psychischer Erkrankungen bei Suizidwilligen andererseits nicht sachgerecht. Gleiches gilt für die Verlagerung wesentlicher Entscheidungen auf die Ebene der Rechtsverordnung. Es sollte bereits von Gesetzes wegen sichergestellt sein, dass nur aufgrund einer sich an die Approbationserteilung

anschließenden Weiterbildung ausreichend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte berechtigt sind, die schwierigen Feststellungen zum freiverantwortlichen Suizid zu treffen. Auch sollte der Deutsche Bundestag kein Gesetz verabschieden, in dem es der Bundesregierung überantwortet wird, im Verordnungswege kommerziellen Sterbehilfevereinen zu begegnen. Entscheidungen dieser Tragweite muss er Gesetzgeber selbst treffen. Das gilt umso mehr, als das Ausmaß der erteilten Ermächtigung im Gesetz unbestimmt ist. Es ist nicht erkennbar, mit welchen Mitteln einer solchen Entwicklung begegnet werden soll.

### **Weiterer Regelungsbedarf**

Der Gesetzentwurf verhält sich auch nicht zur Frage der (längeren) Aufbewahrung bzw. Vernichtung nicht im zeitlichen Zusammenhang mit der Verschreibung verwendeter Betäubungsmittel. Insbesondere wird nicht bestimmt, dass diese zum Schutz anderer Menschen seitens der Suizidwilligen sicher aufbewahrt und nach einer angemessenen Frist an die ausgebende Apotheke zurückgegeben werden müssen.

Die Verschreibung setzt nur voraus, dass das Beratungsgespräch höchstens acht Wochen zurückliegt und mindestens zehn Tage seit der Beratung vergangen sind. Ist ein Betäubungsmittel einmal verordnet, kann es der Suizidwillige auf Vorrat aufbewahren. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass er es etwa kurz vor Ablauf des Verfallsdatums weitergibt und damit entgegen § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 BtMG abgibt oder in anderer Weise missbräuchlich verwendet.

Daher wird auch insofern ergänzend auf die obige Stellungnahme zum Gesetzentwurf mit der Drucksachen-Nummer 20/904 verwiesen.

### **3.3 BT-Drucksache 20/2293** *(Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze)*

Der Gesetzentwurf besteht in seinem Kern ebenfalls aus einem nur durch Änderungen im Betäubungsmittelgesetz flankierten „autonomen“ „Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben (Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetz)“. Anders als der Entwurf mit der Drucksachen-Nummer 20/2332 legt er dar, warum dabei die Gesetzgebungskompetenzen des Bundes beachtet worden sind. Diese ergeben sich auch daraus, dass in § 8 Straftaten und Ordnungswidrigkeiten geregelt werden.

Die Entwurfsverfasser wählen den inzwischen klassischen Gesetzesaufbau, der mit einer Zweckbestimmung und sich daran anschließenden Begriffsbestimmungen beginnt und dann die materiellen Regelungen trifft. Er sieht in Artikel 3 zudem in sachgerechter Weise vor, dass das Gesetz erst drei bis vier Monate nach Verkündung in Kraft tritt. Bei der Zweckbestimmung fokussiert der Gesetzentwurf auf den „Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes und auf freier Willensbildung beruhendes Sterben durch Selbsttötung“ und greift dabei in der Sache auf die Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts in Randnummer 223 seines Urteils zurück. Im Weiteren differenziert der Gesetzentwurf in – aus Sicht der Bundesärztekammer – verfassungsrechtlich zulässiger Weise und im Ansatzpunkt sachgerecht, abweichend zu den anderen Gesetzentwürfen, danach, ob die Betroffenen ihren Tod wegen einer schweren Krankheit (im Gesetzentwurf: „medizinische Notlage“) anstreben oder aus anderen Gründen. Nur für erstere Konstellation soll „der Ärzteschaft bei der Prüfung, ob das Hilfsmittel zur Verfügung gestellt wird, eine entscheidende Rolle zukommen“. In den anderen Fällen bedarf es der Entscheidung einer nach Landesrecht bestimmten zuständigen Stelle.

Der Gesetzentwurf will damit dem Umstand Rechnung tragen, dass es dem Selbstbild überwiegender Teile der Ärzteschaft eher fremd sein dürfte, dass sie bei einer Selbsttötung Hilfe leisten, die nicht in einer Krankheit eines Patienten wurzelt. Würde man auch in diesen Fällen eine ärztliche Verschreibung für die Abgabe des Betäubungsmittels fordern, könnte das Freiheitsrecht der Betroffenen auf selbstbestimmtes Sterben ins Leere laufen, weil die Ärzteschaft daran aus nachvollziehbaren Gründen nicht mitwirkt. Tragend für den Regelungsansatz sind daher die Beschlüsse des 124. Deutschen Ärztetages 2021, wonach die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung einschließlich der Verschreibung von Betäubungsmitteln zur Verwirklichung des Suizidwunsches keine ärztliche Aufgabe ist.

### **3.3.1 Artikel 1** (*Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, § 1 Abs. 2 Grundsatz*)

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Im Einklang mit dem letzten Leitsatz der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts stellt § 1 Abs. 2 S. 1 klar, dass niemand verpflichtet ist, bei einer Selbsttötung zu helfen. Dabei erläutert die Gesetzesbegründung, dass sich das Verweigerungsrecht auch auf Beamte oder Angestellte bei Behörden erstreckt, welche nach § 4 den Zugang zu Betäubungsmitteln für Sterbewillige prüfen. Wer dieses mit seinem Gewissen nicht vereinbaren kann, darf dort von der Behördenleitung nicht eingesetzt werden.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer unterstützt diese Klarstellung. Durch eine entsprechende Ergänzung des Gesetzestextes ließe sich sogleich klarstellen, dass Pflegeeinrichtungen nicht verpflichtet sind zuzulassen, dass Ärzte in ihren Einrichtungen Hilfe zur Selbsttötung leisten. Entsprechendes muss auch für Krankenhäuser, insbesondere solche in freigemeinnütziger Trägerschaft, gelten.

#### **C) Regelungsvorschlag der Bundesärztekammer**

§ 1 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

(2) Niemand ist verpflichtet, bei einer Selbsttötung zu helfen ***oder in seiner Einrichtung die Vornahme von Selbsttötungen zuzulassen***. Dies gilt auch für alle nach diesem Gesetz zulässigen Handlungen, die Sterbewilligen Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung ermöglichen.

### **3.3.2 Artikel 1** (*Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, § 2 Begriffsbestimmungen*)

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzentwurf legt fest, dass Zugang zu geeigneten Betäubungsmitteln nur Volljährige erhalten sollen. Die Gesetzesbegründung nimmt hierzu ausführlich Stellung, indem sie auch darauf hinweist, dass ein Abweichen hiervon nur bei Vorliegen einer medizinischen Notlage und weiteren Voraussetzungen wie der Einholung eines kinderpsychiatrischen Gutachtens und einer Zustimmung des Familiengerichts überhaupt denkbar sei.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer teilt die hierzu im Gesetzentwurf angestellten Überlegungen und hält es ebenso allenfalls in Ausnahmesituationen für denkbar, dass Minderjährige kurz vor

Erreichen der Volljährigkeit eine Entscheidung für einen assistierten Suizid treffen können. Ergänzend wird auf die Ausführungen zu 3.1.4 verwiesen.

### **3.3.3 Artikel 1** (*Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, § 3-gegenwärtige medizinische Notlage*)

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

§ 3 des Gesetzesentwurfes sieht vor, dass der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin Sterbewilligen, die sich in einer „gegenwärtigen medizinischen Notlage“ befinden und welche die in der Norm genannten Voraussetzungen erfüllen, geeignete Betäubungsmittel nach § 13 Absatz 1 Satz 1 des Betäubungsmittelgesetzes zum Zwecke der Selbsttötung verschreiben darf. In der Gesetzesbegründung wird erläutert, dass wegen der sich daraus ergebenden schwierigen Abgrenzungsfragen darauf verzichtet wird, eine Beschränkung auf bestimmte Arten von Erkrankungen, also etwa tödlich verlaufende oder zu einer Lebensverkürzung von zu definierender Länge führenden Erkrankungen, vorzunehmen. Vielmehr sei „das Vorliegen einer medizinischen Notlage [...] unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse von dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin einzuschätzen“.

Bei „auch nur geringen Zweifeln“ an einer freien Willensbildung muss ein zusätzliches Gutachten eingeholt werden. Von ärztlicher Seite muss feststehen, dass es sich um einen absehbar nicht mehr veränderbaren Sterbewunsch handelt. Außer „im Falle einer außergewöhnlichen Härte“ muss ein zweiter unabhängiger Arzt bestätigen, dass die Voraussetzungen erfüllt sind.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer unterstützt die Überlegungen, besonders schwer Erkrankte von der Verpflichtung auszunehmen, das behördliche Verfahren nach § 4 zu durchlaufen. Sie lehnt allerdings das unklare Abgrenzungskriterium „medizinische Notlage“ ab, dessen Vorliegen der „Einschätzung“ des behandelnden Arztes unterliegen soll. Damit würde der Ärzteschaft letztlich eine Verantwortung übertragen, welche der Gesetzgeber nicht übernehmen will. Anders als die Gesetzesbegründung ausführt, besteht kein anerkannter Stand der medizinischen Erkenntnisse zu der Frage, wann ein medizinischer Notfall vorliegt. Dies auch deshalb, weil sich diese Frage bisher in diesem Zusammenhang nicht gestellt hat. Es wäre daher zu erwarten, dass die Abgrenzung, wann (noch) ein medizinischer Notfall vorliegt, jedenfalls zunächst sehr unterschiedlich vorgenommen würde, zumal der Gesetzentwurf nicht aufzeigt, auf welchen Wegen insofern eine Vereinheitlichung erreicht werden könnte. Hinzu kommt, dass in Absatz 4 ein weiterer unbestimmter Rechtsbegriff, nämlich der Fall einer „außergewöhnlichen Härte“, verwendet wird, bei deren Vorliegen das Zweitmeinungsverfahren sofort durchgeführt werden darf. Die Gesetzesbegründung ist im Besonderen Teil insofern unergiebig. Die Auslegung dieses unbestimmten Rechtsbegriffes kann jedoch ebenfalls nicht allein dem jeweils behandelnden Arzt obliegen.

Der Begriff des (medizinischen) Notfalls wird üblicherweise eng interpretiert und bezieht sich auf Lebensrettung oder schwere irreversible Gesundheitsschäden. Für die Abgrenzung zwischen den Verfahren nach den §§ 3 und 4 erscheint er deshalb ungeeignet. Eine Folge wäre, dass die Mehrzahl der Sterbewilligen letztlich auf das „allgemeine Verfahren“ nach § 4 verwiesen wäre.

Es ist des Weiteren unklar, wann „auch nur geringe“ Zweifel an der freien Willensbildung vorliegen sollen. Das in § 3 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzesentwurfs für diesen Fall vorgesehene Gutachten, das im Regelfall von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu

erstellen sein dürfte, wird seitens des Arztes einzuholen sein, hängt aber vom Einverständnis des Patienten ab, sich entsprechend explorieren zu lassen. Allerdings ist unklar, in welchem Verhältnis das Gutachten zu der schriftlichen Bestätigung des zweiten Arztes nach Nummer 6 stehen soll. Auch die Anforderung nach Abs. 1 Nr. 4, dass aus ärztlicher Sicht feststehen muss, dass es sich um einen absehbar nicht mehr veränderlichen Sterbewunsch handelt, ist zu unbestimmt. Hier wird ein Maßstab, der von Gerichten anzuwenden ist, auf die Ärzteschaft übertragen.

### **3.3.4 Artikel 1** (*Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, § 4 – Allgemeine Voraussetzungen für den Zugang zu Betäubungsmitteln für Sterbewillige*)

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Für den Zugang zu Betäubungsmitteln haben Sterbewillige grundsätzlich ein behördliches Verfahren bei einer nach Landesrecht zuständigen Stelle zu durchlaufen. Dieses schließt damit ab, dass der Sterbewillige eine ein Jahr lang gültige Bescheinigung über das Recht zum Zugang zu dem Betäubungsmittel erhält. Die Bescheinigung kann nur erhalten, wer sich u. a. zwei Mal im Abstand von mindestens zwei und höchstens zwölf Monaten in einer zugelassenen Beratungsstelle hat beraten lassen. Damit wird eine Wartefrist eingeführt. Die Beratungsstelle muss das Ziel verfolgen, entsprechend § 55 der Abgabenordnung Sterbewillige selbstlos, nicht gewerblich und nicht zu Erwerbszwecken zu unterstützen. Die Beratungsstelle untersucht nicht die Freiverantwortlichkeit des Sterbewunsches in einem umfassenden Sinne, sondern nur die Tatsache, dass der Suizidwillige frei von Druck, Zwang und ähnlichen Einflussnahmen Dritter ist.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer unterstützt die Regelung im Grundsatz, weil sie insgesamt ein wirksames Schutzkonzept aufzeigt. Allerdings ist Gegenstand des Verwaltungsverfahrens nicht die Feststellung, dass keine die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigende psychische Erkrankung vorliegt.

#### **C) Regelungsvorschlag der Bundesärztekammer**

In § 4 wird ein weiterer Absatz 2a eingefügt:

***(2a) Weitere Voraussetzung ist, dass der Suizidwillige eine Bescheinigung über die Untersuchung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vorlegt, aus der sich ergibt, dass keine die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigende psychische Erkrankung vorliegt.***

### **3.3.5 Artikel 1** (*Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, § 5 – Umsetzung des Sterbewunsches und § 6 - Aufgabe des Sterbewunsches*)

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vorschrift soll zunächst klarstellen, dass die Grenze zur strafbaren Tötung auf Verlangen auch nach Inkrafttreten des Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetzes unberührt bleiben soll. Sterbewillige müssen selbst die Tatherrschaft über den allerletzten, finalen Schritt haben.

Geschäftsmäßige Hilfeanbieter will der Gesetzentwurf im Gegensatz zu Ärzten, welche Sterbewillige auch ohne gesonderte Genehmigung begleiten und unterstützen dürfen, zur Suizidbegleitung einem Zulassungsverfahren unterziehen. Die widerrufliche Zulassung wird nur erteilt, wenn sichergestellt ist, dass beim Hilfeanbieter nur zuverlässiges Personal tätig

ist und der Anbieter in entsprechender Anwendung des § 55 AO selbstlos, nicht gewerblich und nicht zu Erwerbszwecken handelt.

Auf Wunsch kann das Suizidmittel auch an denjenigen abgegeben werden, welcher den Suizidwilligen bei der Verwirklichung des Suizidwunsches unterstützt. Dieser muss in diesem Fall wie ansonsten der Suizidwillige das Betäubungsmittel in einer Weise aufbewahren, dass es vor dem Zugriff Dritter angemessen gesichert ist. Außerdem dürfen die Betäubungsmittel nicht an Dritte weitergeben werden. Spätestens ein Jahr nach Abgabe des Betäubungsmittels ist es zurückzugeben, wenn es nicht angewendet wurde.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass sich der Gesetzentwurf als einziger der Frage annimmt, wie zumindest das Risiko verringert werden kann, dass das abgegebene Betäubungsmittel missbräuchlich verwendet wird und ggf. längere Zeit zur Verwendung bereitliegt, weil es nicht verwendet wurde. In diesem Zusammenhang wird auch begrüßt, dass die Einhaltung der entsprechenden Vorgaben durch Ordnungswidrigkeitentatbestände in § 8 Abs. 2 Nr. 3 und 4 abgesichert werden soll. Deren Tätigkeit sollte allerdings in die Evaluierung nach § 9 explizit einbezogen werden.

Dass Sterbehilfevereine unter den im Gesetzentwurf benannten restriktiven Vorgaben zugelassen werden sollen, ist aus Sicht der Bundesärztekammer vertretbar.

### **3.3.6 Artikel 1** (*Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, § 8 – Straftaten und Ordnungswidrigkeiten*)

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 8 Abs. 3 soll ein Ordnungswidrigkeitentatbestand geschaffen werden, mit dem besondere Formen der Werbung für Leistungen zur Ermöglichung der Selbsttötung verboten werden.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer begrüßt das Werbeverbot. Es ist angezeigt, Wertungswidersprüche zu anderen Werbeverboten zu vermeiden.

### **3.4 BT-Drucksache 20/1121** (*Antrag Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen*)

In der Diskussion um die Regelung des assistierten Suizides scheint die Bedeutung und Wichtigkeit der **Suizidprävention** von niemandem grundsätzlich in Zweifel gezogen zu werden. Der Antrag zur Stärkung der Suizidprävention (Drucksachen-Nummer 20/1121) zeigt insofern eine wichtige gesellschaftliche Problematik im Hinblick auf einen Zugang zum assistierten Suizid auf. In dem Antrag wird die Bundesregierung u. a. aufgefordert, einen Gesetzentwurf zur Stärkung der Suizidprävention vorzulegen, wobei wichtige Eckpunkte adressiert werden, die im Rahmen einer umfassenden Suizidprävention umzusetzen wären. Dies betrifft die Enttabuisierung und Entstigmatisierung von Suizidgedanken u. a. durch Informations- und Aufklärungsarbeit sowie durch Forschungsförderung, Vorbeugung von Suizidalität durch Verbesserung der Lebensbedingungen (z. B. Armutsbekämpfung, Maßnahmen gegen Vereinsamung), Verfügbarkeit von leicht erreichbaren interdisziplinären, alters- und zielgruppenspezifischen Angeboten und Reduzierung der Zugänglichkeit von Suizidmitteln und -orten. Ein Gesetzesentwurf, um die einzelnen Vorschläge zu konkretisieren, liegt

noch nicht vor. Unabhängig davon, welche Regelung zum assistierten Suizid von jedem und jeder Abgeordneten persönlich favorisiert wird, wäre ein fraktionsübergreifender Konsens, die Suizidprävention in Deutschland zu stärken, wünschenswert. Das sollte durch ein eigenes umfassendes Suizidpräventionsgesetz und ggf. ergänzende landesgesetzliche Regelungen ermöglicht werden, das flächendeckend niedrighschwellige Zugänge zur Information, Beratung und zu therapeutischen Hilfen zur Verfügung stellt und zumindest zeitlich parallel mit einer Regelung zum assistierten Suizid in Kraft tritt.