

Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben

Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids

von

Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio, Lehrstuhl für Palliativmedizin, Universität Lausanne,
und Chefarzt der Abteilung Palliative Care am Universitätsspital Lausanne

Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf J. Jox, Professur für geriatrische Palliativmedizin und für Medizinethik, Universität
Lausanne, und Leiter der Einheit für Klinische Ethik am Universitätsspital Lausanne

Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz, Geschäftsf. Direktor des Instituts für Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik
der Universitäten Heidelberg und Mannheim, Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der
Bundesärztekammer und ehemaliger stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Ethikrates

Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der
Universität Tübingen und ehemaliger Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

Zusammenfassung: Ein Gesetz zur Stärkung der Fürsorge

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 26.2.2020 unzweideutig klargestellt: Aus der Würde des Menschen ergibt sich ein Recht, seinem Leben selbstbestimmt ein Ende zu setzen und dafür die Hilfe anderer in Anspruch zu nehmen. Zugleich hat das Gericht den Gesetzgeber ermutigt, dieses Recht in einer Regelung zu verankern, die der staatlichen Fürsorgepflicht für das Leben der Bürgerinnen und Bürger gerecht wird. Vier erfahrene Hochschullehrer aus den Bereichen Recht, Ethik und Palliativmedizin haben in diesem Sinn ihren wissenschaftlich fundierten Gesetzesvorschlag von 2014 überarbeitet und stellen ihn hiermit zur Diskussion.

Der Gesetzesvorschlag will den vom Verfassungsgericht vorgegebenen Freiraum für selbstbestimmtes Sterben absichern und zugleich den Lebensschutz stärken, also nicht-freiverantwortliche Suizide verhindern. Die internationalen Daten zeigen, dass diese Ziele am besten durch klare gesetzliche Regeln erreicht werden. Unser Vorschlag soll zudem eine Freigabe der Tötung auf Verlangen verhindern. Die Suizidprävention ist parallel zu stärken. Eine Dokumentationspflicht soll erstmals verlässliche Daten über die Situation in Deutschland liefern.

Ganz bewusst schreibt der Vorschlag Ärztinnen und Ärzten eine maßgebliche Rolle bei der Hilfe zur freiverantwortlichen Selbsttötung zu. Denn erstens sind die Betroffenen meist körperlich schwer erkrankt oder befinden sich am Lebensende in ärztlicher Behandlung. Und zweitens sind die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten für eine fürsorge- und lebensorientierte Durchführung dieser komplexen Aufgabe ärztlicher Natur. Der Arzt¹ muss die Freiwilligkeit, Ernsthaftigkeit und Beständigkeit des Suizidwunsches prüfen und den Suizidwilligen umfassend und lebensorientiert aufklären. Außerdem muss ein zweiter, unabhängiger Arzt hinzugezogen werden. Werbung für Suizidhilfe soll verboten werden. Für das Betäubungsmittelgesetz ist eine Klarstellung vorgesehen.

Da andere Berufsgruppen oder Laien nicht über die notwendigen fachlichen Kompetenzen zur Durchführung der komplexen und anspruchsvollen Aufgabe, der medizinischen Aufklärung, der Suizidberatung und Suizidhilfe verfügen, wird ihnen zum Schutz der Betroffenen die Durchführung der Suizidhilfe strafrechtlich verwehrt. Angehörige oder Nahestehende, die in der Regel aus Mitgefühl einer eng verbundenen Person Hilfe leisten, sind von der Strafbarkeit ausgenommen.

¹ Anmerkung: Ausschließlich aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Text auf eine Mehrfachnennung weiblicher, männlicher und diverser Personen oder andere gendersensitive Sprachformen verzichtet. Gemeint sind – sofern nicht anders erwähnt – stets Personen jeden Geschlechts.

Ziele des Gesetzesvorschlags

Der hier vorgelegte Gesetzesvorschlag verfolgt mehrere Ziele:

- Respekt vor der Autonomie der Menschen
- Fürsorge durch fachkundige ärztliche Beratung und Begleitung
- Prävention nicht-freiverantwortlicher Suizide
- Vermeidung einer Freigabe der Tötung auf Verlangen
- Rechtssicherheit für alle Beteiligten
- Transparenz durch Dokumentation

Hintergrund: siehe nachfolgende Seiten 3-6 (Gesetzestext und Kurzbegründung; ausführliche Begründung in der Zweitauflage des Buches von Borasio/Jox/Taupitz/Wiesing „*Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*“, Kohlhammer-Verlag 2020).

Artikel 1
Änderung des Strafgesetzbuchs

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

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 217 durch folgende Angaben ersetzt:

„§ 217 Hilfe zur Selbsttötung

§ 217a Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung“

2. § 217 wird wie folgt gefasst:

„§ 217
Hilfe zur Selbsttötung

- (1) Ein Arzt darf einem freiverantwortlich handelnden Volljährigen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland auf sein ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin Hilfe zur Selbsttötung leisten, wenn
1. er aufgrund eines persönlichen Gesprächs mit der Person zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Entschluss zur Selbsttötung auf reiflicher Überlegung beruht, dauerhaft besteht und nicht durch eine akute psychische Störung oder eine vorübergehende Lebenskrise bedingt ist,
 2. nach seiner Überzeugung der Entschluss zur Selbsttötung nicht auf Zwang, Drohung, Täuschung oder sonstige unzulässige Einflussnahme durch Dritte zurückzuführen ist,
 3. er die Person umfassend und lebensorientiert über ihren Zustand, dessen Aussichten, mögliche Formen der Suizidhilfe sowie über Handlungsalternativen zur Selbsttötung – insbesondere palliativmedizinische Möglichkeiten – aufgeklärt und dies sowie den Sterbewunsch und den Wunsch nach Suizidhilfe dokumentiert hat,
 4. er mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzugezogen hat, der mit der Person persönlich gesprochen und in einer schriftlichen Stellungnahme bestätigt hat, dass die in den Punkten 1 bis 3 bezeichneten Vorgaben in Bezug auf den Entschluss zur Selbsttötung erfüllt sind, und
 5. zwischen dem nach dem Aufklärungsgespräch gemäß Nr. 3 geäußerten Verlangen nach Hilfe und der Hilfe selbst mindestens zehn Tage verstrichen sind und der Arzt der Überzeugung ist, dass der Sterbewunsch nach Aufklärung realitätsbezogen und am eigenen Selbstbild des Betroffenen orientiert ist.
- (2) Angehörige oder nahestehende Personen eines freiverantwortlich handelnden Volljährigen machen sich nicht strafbar, wenn sie diesem auf sein ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin Hilfe zur Selbsttötung leisten.

- (3) Wer einem Anderen Hilfe zur Selbsttötung leistet und nicht die Voraussetzungen von Absatz 1 oder 2 erfüllt, wird, wenn die Selbsttötung ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (4) Niemand ist zu einer Hilfe zur Selbsttötung verpflichtet.
- (5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln, insbesondere zu
 1. den Anforderungen an die fachliche Qualifikation der beteiligten Ärzte, wobei einer der beiden Ärzte über psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Fachkenntnisse verfügen muss,
 2. den Anforderungen an die Aufklärungspflichten,
 3. den Anforderungen an die Dokumentation und Meldepflichten,
 4. den Anforderungen an Krankenhäuser und andere Leistungserbringer der gesundheitlichen Versorgung, in denen Ärzte Hilfe zum Suizid anbieten,
 5. der Vergütung der Hilfe zur Selbsttötung.“

3. § 217a wird wie folgt gefasst:

**„§ 217a
Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung**

- (1) Wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften (§ 11 Abs. 3) seines Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise eigene oder fremde Hilfeleistung zur Vornahme einer Selbsttötung anbietet, ankündigt, anpreist oder Erklärungen solchen Inhalts bekanntgibt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Absatz 1 gilt nicht, wenn Ärzte, Krankenhäuser oder andere Leistungserbringer der gesundheitlichen Versorgung darüber unterrichten oder unterrichtet werden, welche Ärzte bereit sind, Hilfe zur Selbsttötung unter den Voraussetzungen des § 217 Abs. 1 zu leisten.“

**Artikel 2
Änderung des Betäubungsmittelgesetzes**

Das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz – BtMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel ... des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 13 wird wie folgt ergänzt:

Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Die Anwendung ist auch begründet, wenn die Voraussetzungen des § 217 Abs. 1 StGB erfüllt sind.“

**Artikel 3
Inkrafttreten**

„Dieses Gesetz tritt am (Tag nach der Verkündung) in Kraft.“

Ethische Begründung

Der Gesetzesvorschlag basiert auf folgenden Überzeugungen:

1. In einer pluralistischen Gesellschaft kann man den freiverantwortlichen Suizid mit guten Gründen unterschiedlich bewerten. Der Respekt vor den individuellen Überzeugungen des Betroffenen und das Toleranzgebot sind mit einer für alle verbindlichen moralischen Verurteilung des freiverantwortlichen Suizids und der Suizidhilfe nicht vereinbar.
2. Das professionsbezogene Verbot einer Suizidhilfe für Ärzte ist berufsethisch nicht haltbar.
3. Nicht jeder Suizid(versuch) ist freiverantwortlich. Ein Suizid kann durch affektive Impulse, schwere seelische Störungen, Fehlinformationen, unzureichende medizinische Versorgung oder Druck von anderen ausgelöst werden. Für die Verhinderung dieser Formen des nicht-freiverantwortlichen Suizids lassen sich überzeugende und weithin geteilte ethische Argumente anführen. Zum Erkennen der genannten Defizite im Einzelfall bedarf es ärztlicher Expertise.
4. Wer einen freien, reiflich überlegten und dauerhaften Wunsch nach Suizidhilfe hat, dem sollte ein vertrauensvoller und kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Am besten eignen sich dafür die Ärzte. Es muss rechtlich sichergestellt sein, dass diese Ansprechpartner bestimmte Kompetenzen besitzen und hohe Standards gewährleisten.

Insofern beruht die ethische Argumentation des hier unterbreiteten Vorschlags auf der Akzeptanz unterschiedlicher ethischer Vorstellungen zum freiverantwortlichen Suizid und dem Bestreben, nicht-freiverantwortliche Suizide zu verhindern sowie der Fürsorge für das Leben Geltung zu verschaffen.

Medizinische Begründung

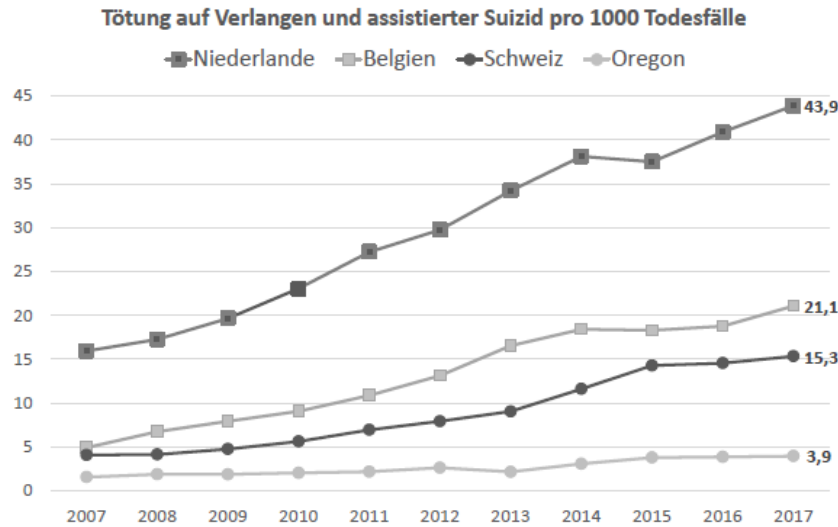
Die mit Abstand größte Gruppe der freiverantwortlichen Suizidwilligen befindet sich in einem Zustand schwerer Krankheit, anhaltenden Leidens oder am Lebensende. Diese Gruppe schließt auch multimorbide Hochbetagte ein. Suizidwünsche entstehen in dieser Gruppe in der Regel nicht aufgrund von unkontrollierten körperlichen Symptomen, sondern aus dem Wunsch, gemäß den eigenen Würdevorstellungen zu sterben, die Kontrolle über das eigene Lebensende zu wahren und bestimmte Leidenszustände nicht mehr erleben zu müssen. Palliative Care kann manche, aber nicht alle Suizidwünsche nachweislich reduzieren, weshalb palliativmedizinische und hospizliche Angebote flächendeckend ausgebaut und angemessen finanziert werden müssen, damit sie Schwerstkranken als Alternative zum Suizid glaubhaft angeboten werden können.

Die Durchführung einer Suizidberatung und –begleitung ist eine hochkomplexe ärztliche Aufgabe, bei der Fachkenntnisse aus verschiedenen medizinischen Disziplinen sowie die Einbeziehung weiterer Gesundheitsprofessionen (etwa Psychologen, Pfleger, Sozialarbeiter, Seelsorger, Apotheker) fallbezogen notwendig sind. Daher soll eine Rechtsverordnung die Anforderungen an die fachliche Qualifikation der beteiligten Ärzte festlegen, wobei mindestens einer der beiden Ärzte über psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Fachkenntnisse verfügen muss. Angesichts der Komplexität der Aufgabe ist auch die verpflichtende Teilnahme an einer interdisziplinären Fortbildung zum Thema Suizidhilfe in Erwägung zu ziehen.

Unser Gesetzesvorschlag lehnt sich an das Modell im US-Bundesstaat Oregon an, wo die Suizidbeihilfe seit 1997 gesetzlich geregelt ist. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen haben die Sorgen vor negativen Auswirkungen zerstreut, etwa im Hinblick auf die über mehr als 20 Jahre niedrig gebliebene Gesamtzahl der assistierten Suizide (s. Abb. auf S. 6). Das Vertrauen der Bevölkerung in ihre Ärzte hat nicht Schaden genommen, und die Palliativversorgung hat sich deutlich verbessert. Die Suizidhilfe hat nicht dazu geführt, dass Angehörige nach dem Tod vermehrt belastet wären; ebenso wenig konnte ein sozialer Druck auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen (z.B. Ältere, Mittellose, Behinderte, ethnische Minderheiten) festgestellt werden.

Last but not least zeigen die internationalen Daten und Erfahrungen, dass eine klare gesetzliche Regelung des ärztlich assistierten Suizids den besten Schutz vor dem Ruf nach Tötung auf Verlangen darstellt.

Abbildung: Entwicklung von Tötung auf Verlangen und assistiertem Suizid (internationaler Vergleich)
 Aus: Borasio GD, Jox R, Gamondi C (2019) Lancet 393: 982-3



Rechtliche Begründung

Die vorgeschlagene Regelung soll dem Gedanken Ausdruck verschaffen, dass das menschliche Leben eines besonderen Schutzes bedarf, die Selbstbestimmung und Freiverantwortlichkeit bei der assistierten Selbsttötung sicherstellen sowie einer diese gefährdenden Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen und Einzelpersonen Einhalt gebieten. Darüber hinaus soll die Regelung eine Kultur der Selbsttötung als reguläre oder gar erwartete Auswegstrategie verhindern. Sie soll von außen herangetragenem Erwartungen und dem sozialen Druck auf besonders vulnerable Personen, wie Hochbetagte oder Schwerkranke, entgegenwirken.

Die vorgeschlagene Neuregelung lässt die Grenze zu der nach § 216 StGB verbotenen Tötung auf Verlangen unberührt. Bei der Suizidhilfe hat der Betroffene selbst die Tatherrschaft inne, nimmt also z.B. die tödliche Substanz selbst ein, während bei der Tötung auf Verlangen ein anderer das todbringende Mittel verabreicht.

Der Entwurf sieht die Rechtmäßigkeit ärztlicher Suizidhilfe vor, sofern eine Reihe von Anforderungen erfüllt ist: Der Patient muss umfassend und lebensorientiert über seinen Zustand, dessen Aussichten sowie über alternative – insbesondere palliativmedizinische – Möglichkeiten aufgeklärt werden. Dadurch soll sichergestellt werden, dass der Patient wirklich informiert und freiverantwortlich handeln, das Für und Wider sorgfältig abwägen und erst auf dieser Grundlage eine eigene Entscheidung treffen kann. Die vorgeschriebene Bedenkzeit von 10 Tagen ermöglicht dem Betroffenen, sich weiter über alternative lebensbejahende Optionen zu informieren, sich mit nahestehenden Personen zu beraten und seinen Entschluss zu überdenken.

Nach Absatz 2 bleibt die individuelle Unterstützung durch Angehörige oder dem Betroffenen nahestehende Personen wie bisher straflos. Es besteht kein Strafbedürfnis gegenüber Personen, die in der Regel aus Mitgefühl und aufgrund einer persönlichen Gewissensentscheidung ihren Angehörigen oder Nahestehenden in dieser Situation beistehen möchten.

Nach Absatz 3 wird Menschen, welche die notwendigen fachlichen Kompetenzen nicht vorweisen können, im Sinne des Schutzes der Betroffenen die Durchführung der Suizidhilfe strafrechtlich verwehrt. Absatz 4 stellt klar, dass kein Arzt zu einer Suizidhilfe verpflichtet werden kann. Absatz 5 beschreibt die per Rechtsverordnung näher zu konkretisierenden Aspekte, insbesondere die fachliche Qualifikation der beteiligten Ärzte.

Das im Vorschlag enthaltene Verbot der Werbung für die Suizidhilfe soll verhindern, dass die Suizidhilfe als kommerzialisierbare oder organisierte Dienstleistung dargestellt wird.