

Berlin, 2. Mai 2020

Entwurf des Humanistischen Verbandes Deutschlands - Bundesverband (HVD)

für ein

Gesetz zur Bewältigung von Suizidhilfe- und Suizidkonflikten

(Suizidhilfekonflikt-Gesetz - SukoG)

Einführung

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 26. Februar 2020 stellt die Verfassungswidrigkeit und Nichtigkeit des Strafrechtsparagrafen 217 (Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung) fest. Diese Vorschrift aus dem Jahr 2015 zielte vor allem auf in Deutschland tätige Sterbehilfeorganisationen wie den Verein „Sterbehilfe Deutschland“; aber auch (Palliativ-)Ärzt*innen drohte Strafbarkeit zumindest im Falle von Wiederholungen, da diese ebenfalls als „geschäftsmäßig“ galten.

Die Begründung des BVerfG-Urteils mutet spektakulär an. Denn zunächst wird darin im Namen der persönlichen Autonomie zum Garanten unverlierbarer Menschenwürde erklärt, dass das Recht auf zu gewährende Selbsttötungsassistenz in jeder Phase menschlicher Existenz zu gelten habe. Dabei soll dann die Gemeinschaftsbezogenheit der/des Einzelnen zu beachten und die Relationalität von Selbstbestimmung zu berücksichtigen sein, da diese immer auch durch soziale und kulturelle Faktoren beeinflusst wird.

Die Bürger*innen in Deutschland bewegt zunehmend, wie sie ein für sich würdiges Lebensende ohne langes Siechtum gewährleisten können. Sie wünschen sich Zuwendung, gute medizinische Versorgung und Pflege sowie schließlich Begleitung beim Sterben. Aber die Mehrheit der Bevölkerung möchte Umfragen zufolge, zumindest der Möglichkeit nach bei Bedarf auch Hilfe zur Selbsttötung in Anspruch nehmen können – diese zukünftig vermutlich noch wachsende Zielgruppe steht im Zentrum des vorliegenden Gesetzentwurfs.

Eine neue Gesetzgebung wird von den Bundesverfassungsrichter*innen der Politik zwar nicht auferlegt, aber sie wird durch die radikale Ausrichtung des Urteils geradezu herausgefordert. Anstelle der für nichtig erklärten Strafvorschrift ist ein System zum Schutz der Autonomie zu schaffen, welches die Freiverantwortlichkeit und Wohlerwogenheit eines möglichen Suizids durch Aufklärungsarbeit inklusive suizidpräventiver und vertrauensbildender Anteile absichert. Da diese Aufgabe nicht allein der Ärzteschaft überantwortet werden kann, sind dazu als wichtiger Baustein im „Modell Deutschland“ Einrichtungen zur Suizidkonfliktberatung zu etablieren, die bei Suizidgedanken und -begehren den Betroffenen helfen, Grundlagen für eine nachhaltige Entscheidung sowie ihre weitere Lebensgestaltung zu entwickeln.

Es wird oft befürchtet, dass eine mit der Freigabe der Suizidhilfe verbundene gesellschaftliche Erwartungshaltung, diese Form der Lebensbeendigung dann doch zumindest in Erwägung zu ziehen, insbesondere bei alten und kranken Menschen zu autonomie- und lebensgefährdenden Pressionen führen würde. Mit den auch suizidverhütenden Aspekten von lebenszugewandter, aber ergebnisoffener Suizidkonfliktberatung wird zusammen mit staatlicherseits zu normierenden Sorgfaltskriterien für Ärzt*innen die gebotene Hilfe zur Selbsttötung davor bewahrt, in eine fehlgeleitete Normalisierung und Banalisierung abzugleiten.

Zudem ist längst überfällig, dass der umfangreiche Phänomenbereich „Hilfe zur Selbsttötung“ eine in sich kohärente und lückenlose Gesamtregelung erfährt. Denn in der Bevölkerung, im Rechts- und Gesundheitswesen und dabei insbesondere im Arzt-Patienten-Verhältnis bestehen tiefverwurzelte Verhaltensunsicherheit und juristische Unübersichtlichkeit, die überwunden werden und endlich durch klare Bestimmungen in den unterschiedlichen Szenarien ersetzt werden müssen. Die Differenzen zwischen einer durch Vereine organisierten geschäftsmäßigen Suizidhilfe einerseits und kommerziell-gewerbsmäßigen Angeboten andererseits sind dabei ebenso einzubeziehen wie die Rezeptierung und der Erhalt von tödlich wirkenden Betäubungsmitteln.

Das Karlsruher Urteil hat nunmehr durch seinen stark hervorgehobenen Selbstbestimmungsbegriff, verbunden mit seiner anerkennenden Erwähnung von möglichen Sorgfaltsmaßnahmen durch zahlreiche Regularien und detaillierten Bestimmungen, eine neue Perspektive eröffnet. Diese macht, ähnlich wie bei dem 35 Paragraphen umfassenden Schwangerschaftskonfliktgesetz, ein umfangreiches Sondergesetz erforderlich. Das hier vorgelegte „Gesetz zur Bewältigung von Suizid- und Suizidhilfe-Konflikten“ (Suizidhilfekonflikt-Gesetz, SukoG) dient dazu als verfassungskonformer Entwurf. Wie die Grundaussagen des BVerfG-Urteils diesem entsprechend einbezogen sind, wird anhand zahlreicher Zitate daraus in „Erläuterungen, verfassungsrechtliche Voraussetzungen und Begründungen zum Gesetz“ in einem Anhang zum vorliegenden Entwurf nachvollziehbar gemacht.

Inhalt des Gesetzes

- § 1 Ziel, Aufgaben und Anwendungsbereich des Gesetzes
- § 2 Rechtliche und allgemeine Begriffsbestimmungen
- § 3 Suizidkonfliktberatungsstellen (Auftrag, Grundhaltung, Leistungsspektrum)
- § 4 Ärztliche Sorgfaltspflichten und Bestimmungen im Umfeld der Suizidhilfe
- § 5 Sonderpflichten für geschäftsmäßig organisierte Suizidhilfe durch Vereine
- § 6 Sanktionen bei Pflichtverletzungen und Verstößen
- § 7 Nachträgliche Bestimmungen zur detaillierten Durchführung des Gesetzes
- § 8 Aufgabe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- § 9 Erwerbserlaubnis von Natrium-Pentobarbital
- § 10 Evaluation
- § 11 Strafbarkeit gewerbsmäßiger Suizidhilfe
- § 12 Ergänzungen im Betäubungsmittelgesetz
- § 13 Übersicht über rechtswidriges Handeln und Unterlassen

§ 1 Ziel, Aufgaben und Anwendungsbereich des Gesetzes

(1) Ziel des Gesetzes ist es, dem verfassungsmäßig garantierten Persönlichkeitsrecht auf selbstbestimmtes Sterben einschließlich der Freiheit, bei einer Selbsttötung auf grundsätzlich straffreie Unterstützung Dritter sowie geeignete Mittel zurückzugreifen, Raum zur Entfaltung und Umsetzung zu verschaffen, dabei Regularien für die ärztliche und organisierte Suizidhilfe zu normieren und eine Konfliktberatung einzuführen, um sowohl der staatlichen Lebensschutzverpflichtung gerecht zu werden als auch dem Gebot der Hilfe für suizidwillige Menschen, indem ihnen durch unvoreingenommene Gespräche zielgruppenspezifisch überhaupt

erst eine Suizidprävention eröffnet wird, vor allem aber die Möglichkeit, aufgrund umfassender Information über mögliche Optionen ihren weiteren Weg autonom zu bestimmen.

Zur Erreichung dieses Ziels gehören die folgenden Aufgaben:

1. Menschen, die akut oder für einen späteren Zeitpunkt eine Beendigung des eigenen Lebens in Betracht ziehen, ergebnisoffene Beratung, klient*innenzentrierte Gespräche und sachgerechte Aufklärung anzubieten, um sie ermutigen und unterstützen zu können, Entscheidungs- und Gestaltungsgrundlagen bezüglich ihrer Lebensperspektive zu entwickeln.
2. eine vermeintliche Unvereinbarkeit von Suizidverhütung und -hilfe zu überwinden, indem verfügbare lebenszugewandte Alternativen zur Selbsttötung angesprochen und erörtert werden, aber die betroffenen Klient*innen oder Patient*innen selbst bestimmen, ob sie diese gemäß ihrer persönlichen Vorstellung von Würde, Ertragbarem und Lebenssinn annehmen können oder wollen.
3. für Optionen zu einer freiverantwortlichen, sicheren und human verlaufenden Selbsttötung mit ärztlicher Hilfe und geeigneten Betäubungsmitteln wie Natrium-Pentobarbital legale und gangbare Wege aufzuzeigen.
4. suizidale Menschen davor bewahren zu helfen, dass sie aufgrund einer aktuellen Befindlichkeit wie unerträglicher Angst oder Verzweiflung spontan einsame und dabei oftmals brutale, menschenunwürdige Selbsttötungen und Versuche dazu mit schweren Folgen für sich und andere begehen.
5. für Suizidkonfliktberatungsstellen, die zur Erfüllung von Ziffer 1 bis 4 erforderlich sind, Aufgabenbereiche und behördliche Anerkennungskriterien zu bestimmen.
6. Unsicherheiten bei der unübersichtlichen Rechtslage auszuräumen und für Ärzt*innen sowie Sterbehilfevereine klarzustellen und abzusichern, dass und wie, wenn jeweils ein bestimmter Katalog von Sorgfaltskriterien eingehalten wird, Hilfe zu und Begleitung bei einer Selbsttötung zu leisten ist.
7. Verbotsvorschriften für gewerbsmäßig tätige Suizidhelfer*innen oder kommerzielle Unternehmen zu erlassen, die Dienstleistungen und Mittel im eigennützigen Interesse anbieten und die durch Bewerbung zu einem – gegebenenfalls übereilten und unüberlegten – Ableben verleiten.

(2) Das Gesetz gilt der Ermöglichung von legaler Hilfe zu einer humanen Selbsttötung ohne Willens- und Wissensmängel einschließlich deren Begleitung sowie Nicht-Hinderung. Es findet keine Anwendung

1. wenn suizidwillige oder -gefährdete Personen sich in einer Lage befinden, welche ihre Einsichts-, Urteils- und Willensfähigkeit erheblich einschränkt oder gänzlich ausschließt. Als dafür festzustellende Indizien kommen etwa Minderjährigkeit, eine über das Anfangsstadium hinausgehende Demenz, eine akute psychische Störung oder Suchterkrankung in Betracht, wenn nicht – dessen ungeachtet – eine beabsichtigte suizidale Handlung dennoch auf freiverantwortlicher Willensbildung und nachhaltiger Zielstrebigkeit beruht.
2. wenn ein psychischer Zustand von Suizidalität vorliegt, in dem Gedanken, Phantasien und Handlungsimpulse anhaltend, wiederholt oder immer wieder in krisenhaften Zuspitzungen darauf ausgerichtet sind, den eigenen Tod herbei zu wünschen.

(3) In den unter 1. und 2. genannten Fällen sollen Menschen insbesondere in akuter psychischer Krisensituation dazu angeregt werden, sich an zu vermittelnde sozial-psychiatrische Hilfs- und Beratungsstellen, gegebenenfalls Kliniken mit Spezialabteilung, Kinder- und Jugendnotdienste oder an Einrichtungen zu wenden, die rund um die Uhr auch anonym telefonisch oder internetbasiert zu erreichen sind.

(4) Formen der Sterbehilfe gemäß § 2 Abs. 5) einerseits sowie das strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) andererseits sind von diesem Gesetz unberührt.

§ 2 Rechtliche und allgemeine Begriffsbestimmungen zum Gesetz

Es bedeutet

1. *Selbsttötung* oder auch Suizid, dass jemand unabhängig von Art, Stadium oder überhaupt Vorhandensein einer Erkrankung vorsätzlich sein Leben in eigener Tatherrschaft („von eigener Hand“) beendet. Andernfalls handelt es sich um strafbare Fremdtötung, wozu in diesem Kontext die Straftatbestände „Tötung auf Verlangen“ gemäß § 216 StGB und „Totschlag“ (Tötung ohne die besonders verwerflichen Merkmale eines Mordes) gemäß § 212 StGB in Betracht kommen. Die Selbsttötung ist für die Suizidentin/den Suizidenten in jedem Fall straffrei. Die synonym verwendete Bezeichnung „Selbstmord“ konnotiert Verwerflichkeit, die Bezeichnung „Freitod“ zeigt an, dass dem Suizid ein freier Willen zugrunde liegt.
2. *Tatherrschaft*, dass – hier die zum eigenen Tode führende Handlung – jemand objektiv das Ob und Wie der Tatbestandsverwirklichung nicht nur körperlich durchführt, sondern auch geistig beherrscht und somit hier das entsprechende Geschehen sowohl „in eigenen Händen hält“ als auch „bis zuletzt selbst die Regie führt“. Bei begründeten Zweifeln an der Freiwillensfähigkeit der Suizidentin/des Suizidenten, welche deren/dessen geistige Tatherrschaft in Frage stellen, kann die Tatherrschaft auf Suizidhelfer*innen übergegangen sein und gegen sie wegen Totschlag gemäß § 212 StGB ermittelt werden, wobei die Mindeststrafe fünf Jahre Gefängnis betragen würde.
3. *Minder schwerer Fall des Totschlags* gemäß § 213 StGB, dass gegenüber einer Tötung gemäß § 212 StGB eine Strafrezuierung angezeigt ist. Dies gilt etwa, wenn sich jemand auf der Stelle zur Tat hat hinreißen lassen. Die Vorschrift sieht eine deutlich reduzierte Mindeststrafe ab nur einem Jahr Gefängnis vor. Sie könnte auch dann Anwendung finden, wenn eine strafbare Hilfe zur Selbsttötung bei einer nicht hinreichend entscheidungsfähigen nahestehenden Person darauf beruht, dass der zugrundeliegende Willensmangel dem Täter/der Täterin aus Fahrlässigkeit unerkannt geblieben ist.
4. *Hilfe zur Selbsttötung*, auch Suizidhilfe oder (meist im ärztlichen Bereich) Suizidassistenz, dass einer/einem Suizidwilligen von einer anderen Person die Gelegenheit oder die Mittel dazu verschafft werden, um selbstständig aus dem Leben zu scheiden. Im erweiterten Sinne kann zur Suizidassistenz auch die Begleitung durch Anwesenheit oder ein Nichthindern des Suizids etwa bei Auffinden vor Todeseintritt gehören. Dabei ist Voraussetzung für die grundsätzliche Straffreiheit jeweils allein eine vorliegende freie und zweifelsfreie Willensfähigkeit der Suizidentin/des Suizidenten. Nach Verfassungsrecht (Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020) verbietet es das allgemeine Persönlichkeitsrecht, dass der Staat Bewertungen zu vielleicht noch gegebener Lebensqualität oder erträglichem Leiden vorgibt. So kann etwa eine schwere unheilbare Erkrankung nicht zur Voraussetzung für legale Suizidhilfe erklärt werden.
5. *Sterbehilfe*, dass diese legal und ethisch geboten beziehungsweise zulässig ist, wenn bei sterbenden oder schwerstkranken unerträglich leidenden Menschen aufgrund ihres geäußerten beziehungsweise mutmaßlichen Willens auf lebensverlängernde Maßnahmen (unter Beibehaltung vor allem von Grundpflege und Schmerztherapie) verzichtet wird oder wenn eine zur Schmerzlinderung notwendige Behandlung unter Inkaufnahme eines nicht intendierten Lebensverkürzungsrisikos durchgeführt wird.
6. *Sterbefasten*, auch Freiwilliger Verzicht „auf Essen und Trinken“ (FVET) oder „auf Nahrung und Flüssigkeit“ (FVNF) genannt, dass ein suizidwilliger Mensch nacheinander oder zugleich mit dem Essen und Trinken bewusst und gezielt aufhört, um das eigene Leben zu beenden. Dies gilt rechtlich als Selbsttötung, wenngleich als

eine untypische passive Form, deren Begleitung im medizinethischen Sinne oft auch als Sterbehilfe von eigener Art klassifiziert wird.

7. *Natrium-Pentobarbital*, dass es sich bei diesem Barbiturat aus dem Salz von Pentobarbital um ein leicht auflösbares Suizidmittel handelt, welches international als das geeignetste, sanfteste und sicherste gilt und auch von Schweizer Suizidhilfevereinigungen eingesetzt wird.
8. *Palliativmedizin*, dass fortschreitend unheilbar Erkrankte (vor allem Krebspatient*innen) umfassend leidens- und schmerzlindernd versorgt werden, wenn eine heilende (kurative) Therapie nicht mehr möglich und die Lebenserwartung auf nur noch Wochen oder wenige Monate begrenzt ist. Dabei wird das Sterben als natürlicher Prozess angesehen, der ärztlicherseits nicht beschleunigt oder gar „aktiv“ vorzeitig beendet werden soll, da dies dem Selbstverständnis der Palliativ- ebenso wie der Hospizverbände entgegensteht, die sich dezidiert als „lebensbejahend bis zum Schluss“ verstehen und Suizidhilfe in der Regel auch als eine Form der von ihnen abgelehnten „aktiven“ Sterbehilfe klassifizieren.
9. *Suizidprävention*, früher Selbstmordverhütung genannt, dass traditionell Selbsttötungen aller Art – wie weiterhin im Sinn der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention und des Nationalen Suizidpräventionsprogramms – unbedingt abzulehnen sind und mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln verhindert werden müssen. Davon zu unterscheiden sind Elemente der Suizidprävention für die Zielgruppe im Sinne einer ergebnisoffenen Suizidkonfliktberatung, die ebenfalls auf Ermutigung zu einer lebenszugewandten Perspektive beruht, aber dabei die mögliche Einnahme tödlich wirkender Medikamente als zu respektierende Option nicht ausschließt.

§ 3 Suizidkonfliktberatungsstellen

(1) Auftrag, Grundhaltung und Leistungsspektrum

1. Die Kernaufgabe für Suizidkonfliktberatungsstellen besteht darin, suizidwilligen oder -gefährdeten Menschen und solchen, die sich in Gedanken oder bereits konkreten Plänen damit beschäftigen, aus dem Leben zu scheiden, ergebnisoffene Beratung, wertneutrale Aufklärung und klientenzentrierte Gespräche anzubieten. Darüber hinaus sind betroffene Angehörige einzubeziehen und zu unterstützen.
2. Die Mitarbeiter*innen von Suizidkonfliktberatungsstellen haben kompetent und fachgerecht zu informieren, wobei Grundkenntnisse in den Bereichen Medizin, Pflege, Palliativversorgung und hospizliche Sterbebegleitung sowie Recht und Sozialwesen vorausgesetzt werden. Ihre Grundhaltung muss von persönlicher Offenheit und Vorurteilsfreiheit geprägt sein und gewährleisten, dass sie die Selbsttötung als solche sowie die Hilfe dazu nicht moralisch missbilligen oder gar verurteilen. Andererseits müssen sie sich davon leiten lassen, dass das Selbstbestimmungsrecht immer relational verfasst ist, also äußeren Einflüssen unterliegt, und dass ein Todesverlangen sich oftmals durch Ambivalenz auszeichnet und zwischenzeitlich vom Wunsch und Vermögen abgelöst wird, weiter zu leben.
3. Es ist vor allem eine Kooperation mit niedergelassenen Ärzt*innen sowie auch mit Mitarbeiter*innen im Klinik-, Sozial-, Gesundheits- und Pflegebereich anzustreben, um sich zur Wahrung der Patientenautonomie bei Suizidwunsch gegenseitig zu vermitteln und unter Wahrung des Datenschutzes auszutauschen. Darüber hinaus ist prinzipiell mit Einrichtungen, Diensten und Vereinen zusammenzuarbeiten, die mit Suizidgefährdung und -verhütung sowie mit Suizidhilfe befasst sind.
4. Ein Beratungsergebnis mit suizidwilligen Klient*innen kann die Ausstellung einer Bescheinigung sein, dass sie oder er eine Beratung in Anspruch genommen hat und nach menschlichem Ermessen freiverantwortlich entschieden hat, sich in absehbarer Zeit das Leben zu nehmen. Hält die beratende Person es für nötig, so hat zunächst eine Fortsetzung des Gesprächs zu erfolgen, bevor die Bescheinigung ausgestellt

wird. Von der Suizidkonfliktberatungsstelle kann auch eine Dokumentation, welche gemäß § 4 Abs. (2) Ziffer 2 in Situationen der Freitodbegleitung und bei der Todesfeststellung vorzuliegen hat, unterschriftsreif vorbereitet, bezeugt oder zusammengestellt werden.

5. Es muss kompetent beraten werden können über Möglichkeiten zum absoluten Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen durch entsprechende Notfallbögen oder Verfügungen sowie über die alternative Suizidform des Sterbefastens, die ohne zu verschreibende Medikamente oder sonstige Mittel auskommt. Ein Schwerpunkt kann darüber hinaus auf andere Aufgaben gelegt werden wie auf die gesundheitliche Versorgungsplanung gemäß § 132g Sozialgesetzbuch V.
6. Zur allgemeinen Suizidthematik sind Aufklärungsmaterialien zu erstellen oder ist zumindest eine Beteiligung an solchen gemäß § 8 zu gewährleisten.
7. Die Beratung ist von den Hilfesuchenden freiwillig in Anspruch zu nehmen. Eine verpflichtende Voraussetzung, um nur nach dieser – und nicht etwa auch nach ärztlicher Beratung – überhaupt Suizidhilfe erhalten zu können, entspricht nicht einer klientenzentrierten Grundhaltung. Es kann von einer Suizidkonfliktberatungsstelle in Einzelfällen auch seelsorgerische oder sozialpädagogische Betreuung angeboten werden, das heißt eine Beziehung aufbauende und Vertrauen vermittelnde Arbeit.
8. Bei Bedarf beziehungsweise entsprechendem Gesprächsergebnis kann und soll eine Weitervermittlung erfolgen etwa an ehrenamtliche Besuchs- und Hospizdienste, Betreuungsvereine, Sterbehilfeorganisationen, sozialpsychiatrische Einrichtungen, Pflegestützpunkte oder Selbsthilfegruppen.
9. Die Beratung kann im Einzelfall anonym erfolgen und, soweit mit dem vorhandenen Personal möglich, bundesweit auch telefonisch und internetgestützt.

(2) Behördliche Anerkennung und öffentliche Förderung

1. Eine Beratungsstelle darf durch eine dafür zuständige Behörde nur anerkannt werden, wenn sie gemäß Abs. (1) Ziffer 1-6 zur Bewältigung von Suizidkonflikten im Sinne dieses Gesetzes die Gewähr für fachgerechte Leistungsangebote bietet.
2. Zu deren Durchführung muss sie über hinreichend persönlich und fachlich qualifiziertes Personal gemäß Abs. (1), Ziffer 2 verfügen. Dazu gehört im Regelfall ein/e psychologische/r und ein/e ärztliche/r Mitarbeiterin oder Mitarbeiter in Festanstellung, wobei erforderlichenfalls kurzfristig fachärztlich, psychiatrisch, palliativmedizinisch, seelsorgerisch, sozialarbeiterisch/-pädagogisch oder juristisch ausgebildete Fachkräfte hinzugezogen werden können.
3. Die Suizidkonfliktberatungsstelle darf selbst keine Suizidhilfe oder -begleitung anbieten und mit keiner Organisation oder Einzelperson, die geschäftsmäßig Suizidhilfe leistet, derart verbunden sein, dass hiernach eine Verflechtung materieller Interessen anzunehmen wäre.
4. Zur Sicherstellung von ausreichenden Angeboten haben staatlich anerkannte Suizidkonfliktberatungsstellen Anspruch auf eine angemessene öffentliche Förderung von Personal- und Sachkosten, wobei im Falle der Vollfinanzierung die Beratungen unentgeltlich zu erfolgen haben.
5. Näheres ist durch Landesrecht oder durch die Kommunen auf ihrem jeweiligen Gebiet zu regeln. Bei Beratungsstellen in freier Trägerschaft ist auf weltanschauliche Pluralität zu achten.

(3) Berichtspflichten und Widerruf der Anerkennung

1. Die staatlich anerkannten Suizidkonfliktberatungsstellen sind verpflichtet, die ihrer Tätigkeit zugrundeliegenden Maßstäbe und Schwerpunkte sowie die dabei gesammelten Erfahrungen jährlich in einem schriftlichen Bericht niederzulegen.
 - a. Als Grundlage für den schriftlichen Bericht nach Abs. (1) hat die beratende Person über jedes Beratungsgespräch eine Aufzeichnung zu fertigen. Diese hält den wesentlichen Inhalt der Beratung und gegebenenfalls angebotene Hilfsmaßnah-

- men fest, ohne Rückschlüsse auf die Identität der Klient*innen und der zum Beratungsgespräch hinzugezogenen weiteren Personen zu ermöglichen.
- b. Die gemäß Abs. (1) und Abs. (2) vorliegenden Berichte und Aufzeichnungen sind für eine Evaluation gemäß § 10 zur Verfügung zu stellen.
2. Die zuständige Behörde hat mindestens im Abstand von drei Jahren zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung noch vorliegen. Sie kann sich zu diesem Zweck die Berichte nach Ziffer 1 vorlegen lassen und Einsicht in die anzufertigenden Aufzeichnungen nehmen. Liegt eine der Voraussetzungen nicht mehr vor, ist die Anerkennung zurückzunehmen.

§ 4 Ärztliche Sorgfaltspflichten und Bestimmungen im Umfeld der Suizidhilfe

(1) Sorgfaltspflichten bei der Verschreibung tödlicher Medikamente

1. Diese Hilfe zur Selbsttötung dürfen Ärzt*innen nur leisten, wenn sie aufgrund persönlicher Gespräche mit der suizidwilligen Person zu der Überzeugung gelangt sind, dass sie oder er diese freiwillig und nach reiflicher Überlegung erbittet, nachdem eine umfassende Aufklärung erfolgt ist über ihren/seinen Zustand, bestehende Besserungsaussichten und über medizinische Behandlungsmöglichkeiten inklusive verfügbarer palliativer und pflegerischer Angebote.
2. Zusätzlich ist zu prüfen, dass der Entschluss zum Suizid nicht auf Drängen oder Beeinflussung Dritter basiert und dass Kenntnis über mögliche sonstige Formen eines selbstbestimmten Sterbens sowie über lebensorientierte Alternativmöglichkeiten besteht, diese aber von der/dem Sterbewilligen zurückgewiesen werden, weil damit ihre/seine unwiderruflich beabsichtigten Zwecke nicht erreicht werden können.
3. Im Sinne einer umfassenden Eigenabsicherung für die Ärzt*innen können die Prüfkriterien in Ziffer 2 dadurch als erfüllt gelten, dass entweder die Beratungsbescheinigung einer Suizidkonfliktberatungsstelle gemäß § 3, Abs. (1) Ziffer 4 vorliegt oder eine weitere Ärztin/ein weiterer Arzt zur Konsultation hinzugezogen worden ist, welche/r die suizidwillige Person ebenfalls untersucht oder beraten hat. Bei zweifelhafter Einwilligung- und Urteilsfähigkeit ist eine psychiatrische Begutachtung einzuholen.
4. Über mögliche Risiken bei der Einnahme tödlich wirkender Medikamente mit Hinweis auch auf die Folgen eines fehlgeschlagenen Selbsttötungsversuches muss eine Aufklärung durch die Ärztin/den Arzt erfolgen, die/der das Rezept dazu ausstellt.
5. Die Konsultationstermine sind nachzuweisen, die Beratungsgespräche mit den Patient*innen zu dokumentieren und die erfolgte Aufklärung von ihnen zu unterschreiben.
6. Aufwändige Protokollierungen etwa zum Angebot palliativmedizinischer Alternativen oder die Hinzuziehung einer zweiten Ärztin/eines zweiten Arztes können sich bei Patient*innen erübrigen, die sich bereits in palliativmedizinischer Behandlung befinden. Des Weiteren bestehen die gemäß Ziffer 1 und 2 umfassend einzuhaltenden Sorgfalts- und Absicherungspflichten nicht in dem Maße für Ärzt*innen, bei denen aufgrund gegebenenfalls jahrelanger Behandlungsdauer ein vertrauensvolles Verhältnis zu ihren nun mehr suizidwilligen Patient*innen besteht einschließlich einer intimen Kenntnis über deren Lebenssituation. Doch soll zumindest immer ein „Vier-Augen-Prinzip“ zur Anwendung kommen durch ein nachzuweisendes Gespräch über die zugrundeliegenden Umstände mit einer kompetenten Person aus dem medizinisch-psychologischen Bereich, der einschlägigen Sozialberatungspraxis oder der religiös beziehungsweise weltlich orientierten Seelsorge.
7. Die/der Suizidwillige soll ihren/seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

(2) Bestimmungen zu ärztlicher Suizidbegleitung und zur Todesbescheinigung

1. Zwischen einem nach entsprechendem Aufklärungsgespräch bekräftigtem Verlangen nach Suizidhilfe und deren Gewährung soll eine Frist verstrichen sein, deren Angemessenheit fallspezifisch zu bestimmen und gegebenenfalls zu begründen ist.

2. In der Situation der Begleitung einer Suizidentin/eines Suizidenten und des Auffindens nach deren/dessen Tod muss eine zeitnah von ihr/ihm unterschriebene Freitod- oder Patientenverfügung sowie eine Erklärung vorliegen, wann mit wem Aufklärungs- und Beratungsgespräche stattgefunden haben. Die Anfertigung, Bezeugung oder Zusammenstellung dieser Dokumente kann gemäß § 3 Abs. (1) Ziffer 4 von einer Suizidkonfliktberatungsstelle übernommen werden.
3. Auf Todesbescheinigungen ist bei vermerktem Suizid als nicht natürlicher Todesursache – sofern erfolgte Hilfe dazu anzunehmen ist – ein Hinweis hinzuzufügen, um bei Nichterfüllung der Bestimmung gemäß Ziffer 2 und der Sorgfaltspflichten gemäß Abs. (1) Ziffer 1-6 gegebenenfalls Prüfverfahren einzuleiten. Ein durch Sterbefasten ausgelöster Suizidtod ist als solcher gesondert zu vermerken.

(3) Rechtskonformität und Zulässigkeit ärztlicher Suizidhilfe

1. Das Handeln einer Ärztin/eines Arztes, die/der suizidgeeignete Medikamente verschreibt, welche in Anlage III zu § 1 Abs. 1 BtMG aufgeführt sind und allein, aufgearbeitet oder in Kombination mit anderen Mitteln zum Tod führen,

- a) ist als Aufgabe im Rahmen ärztlicher Gewissens- und Berufsfreiheit sowie weitgehendem medizinethischen Verständnis zulässig, wenn die Ärztin/der Arzt dadurch einer volljährigen sterbewilligen Person Hilfe zur Selbsttötung im Sinne von Abs. (1) leistet.
- b) ist auch in verfassungskonformer Auslegung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) nicht rechtswidrig, da diese Verschreibung als begründet zu gelten hat. Denn zum Persönlichkeitsrecht gemäß Artikel 2, Absatz 1 Grundgesetz gehört auch das Recht, über die Gestaltung des eigenen Sterbens selbst zu bestimmen, wozu eine medizinische Versorgung sicherzustellen ist, die zwar den Missbrauch von Betäubungsmitteln so weit wie möglich verhindern soll, aber dabei den Zugang für sterbewillige Patient*innen zum Zwecke ihrer freiverantwortlichen Selbsttötung nicht verwehren darf.

2. Von keiner Ärztin/keinem Arzt kann erwartet oder gar verlangt werden, zur Selbsttötung geeignete Medikamente zu verschreiben oder eine Selbsttötung zu begleiten.

3. Wenn einzelne Ärzt*innen aus persönlichen Gewissensgründen es als ihre ethische und menschliche Aufgabe ansehen, Hilfe zur freiverantwortlichen Selbsttötung zu leisten, darf ihnen dies nicht untersagt werden. Bei Einhaltung der in Absatz 1 aufgeführten Sorgfaltspflichten müssen sie Patient*innen dabei helfen und sie auch bis zum eingetretenen Tod begleiten dürfen, ohne dass ihnen daraus Nachteile erwachsen. Regelungen, die dem entgegenstehen – etwa im Landesrecht oder in den Berufsordnungen einzelner Landesärztekammern – sind verfassungsrechtlich unwirksam und können zudem gegen einen gebotenen Gleichheitsgrundsatz verstoßen.

§ 5 Sonderpflichten für geschäftsmäßig organisierte Suizidhilfe durch Vereine

Organisationen und Sterbehilfevereine, die geschäftsmäßig auf Wiederholung, aber nicht auf Gewinnerzielung angelegt sind und in aller Regel nur bei ihren Mitgliedern satzungsgemäß Hilfe zur Selbsttötung leisten, haben dazu besondere Verpflichtungen streng einzuhalten. Sie müssen

1. zum Vorfeld der Suizidhilfe dazugehörige Maßnahmen sowie die Tatbeteiligung sorgfältig und umfangreich dokumentieren. Dazu können sich Ton- oder Bildaufnahmen anbieten (für die eine schriftliche Einwilligung der/des Sterbewilligen erforderlich ist).
2. bei der Zurverfügungstellung von zu verschreibenden tödlich wirkenden Medikamenten als Absicherungsmaßnahme garantieren, dass die Sorgfaltspflichten eingehalten werden,

die gemäß § 4 für Ärzt*innen zu gelten haben, mit denen sie kooperieren oder die als Mitarbeiter*innen für sie tätig sind.

3. über alle Vorgänge detaillierte Aufzeichnungen und vollständige Zahlen vorlegen können.
4. das vorzuhaltende Aufzeichnungs- und Zahlenmaterial für eine Evaluation gemäß § 10 zur Verfügung stellen.

§ 6 Sanktionen bei Pflichtverletzungen und Verstößen

1. Wer in organisierter oder geschäftsmäßiger Form Hilfe zur Selbsttötung leistet und dabei als Arzt/Ärztin entgegen den Voraussetzungen gemäß § 4 Abs. (1) und (2) Ziffer 1-2 oder als Vertreter*in beziehungsweise Mitarbeiter*in eines Sterbehilfevereins entgegen den Voraussetzungen gemäß § 5 handelt, begeht eine Ordnungswidrigkeit.
2. Zu Pflichtverletzungen gehören mangelhafte Beratung und Aufklärung, deren fehlende Dokumentation sowie mangelhafte Prüfverfahren, ob der Sterbewunsch auf freier Willensfähigkeit und Dauerhaftigkeit beruht, insbesondere wenn für deren Fehlen Indizien vorliegen.
3. Die Missachtung von unter Ziffer 2 aufgeführten Sorgfaltspflichten stellt auch für nicht-ärztliche Einzelpersonen als geschäftsmäßig tätige Suizidhelfer*innen eine Ordnungswidrigkeit dar.
4. Die unter Ziffer 2 aufgeführten Pflichtverletzungen werden mit Geldbuße zu Regelsätzen von 500 bis zu 15.000 Euro geahndet. Eine besondere Schwere der Rechtswidrigkeit liegt vor, wenn mit einer nur mangelhaften oder gar völlig fehlenden Prüfung der Willensfreiheit zu gefahrträchtigen Erscheinungsformen der Suizidhilfe beigetragen wird.
5. Sterbehilfevereine können verboten werden, wenn ihre Mitarbeiter*innen oder Leitungspersonen Pflichten gemäß Ziffer 1 und 2 verletzt haben.
6. Sterbehilfevereine sind zu verbieten, wenn ihre Mitarbeiter*innen oder Leitungspersonen sich wegen einer Tat gemäß § 11 strafbar gemacht haben.

§ 7 Nachträgliche Bestimmungen zur detaillierten Durchführung des Gesetzes

Es werden die Bundesländer und es wird das Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu regeln. Dies betrifft insbesondere die Regelsätze bei einzelnen Pflichtverletzungen sowie gegebenenfalls die Einrichtung oder weitere Konkretisierung der Aufgaben von Suizidkonfliktberatungsstellen gemäß § 3.

§ 8 Aufgabe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellt in Zusammenarbeit mit Vertreter*innen der Suizidkonfliktberatung, der Suizidprävention und der Suizidhilfe sowie von diesen mit zu benennenden Einzelexpert*innen Konzepte, um die Problematik der Selbsttötung in einem gebotenen Gesamtumfang zu erfassen.

Das zu erstellende wertneutrale Informationsmaterial hat umfangreiche Kontaktadressen von einschlägigen Beratungsstellen, Organisationen und Selbsthilfegruppen zu enthalten sowie von Angeboten der Palliativ- und Hospizversorgung mit Hinweisen auf deren jeweilige Zielsetzungen, Angebote und Zugangsbedingungen.

§ 9 Erwerbserlaubnis von Natrium-Pentobarbital

(1) Wenn es für zum Suizid entschlossene schwerstkranke und -leidende Patient*innen unmöglich ist, dass Ärzt*innen in ihrem Umfeld ihnen gemäß § 4 entsprechende zum Tode führende Medikamente verschreiben, weil deren persönliches ärztliches Selbstverständnis oder das in der Berufsordnung ihrer jeweiligen Landesärztekammer dem entgegensteht, kann weiterhin in Ausnahmefällen eine Zugangserlaubnis zum unmittelbaren Erwerb von Natrium-Pentobarbital beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte beantragt werden. Für eine mögliche Bewilligung sind in der Regel folgende Unterlagen beizubringen:

1. eine ärztliche Diagnose, dass die/der antragstellende Patientin/Patient an einer unheilbaren und unumkehrbar zum Tode führenden Erkrankung leidet und über palliativmedizinische Linderungsmöglichkeiten, sofern diese zur Verfügung stehen, aufgeklärt worden ist.
2. die Erklärung einer Suizidkonfliktberatungsstelle, dass der/die Antragsteller*in allem Anschein nach freiwillig ist, sich in einer für ihn/sie unerträglichen Notlage befindet und ihm/ihr lebensorientierte Möglichkeiten etwa zur ambulanten und stationären (hospizlichen oder pflegerischen) Versorgung einschließlich absolutem Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen sowie der alternativen Suizidoption zum sogenannten Sterbefasten bekannt (gemacht worden) sind, diese aber entweder ausgeschlossen sind oder von dem/der Betroffenen als unzumutbar zurückgewiesen wurden. Zu der Erklärung gehört nicht, dass der/die Suizidkonfliktberater*in sich die Ablehnung von Angeboten oder überhaupt das Suizidbegehren zu eigen machen oder selbst gutheißen müsste.
3. ein psychiatrisches oder psychologisches Gutachten, wenn für die Einschränkung der Willensfähigkeit eines/einer Antragssteller*in entsprechende Indizien vorliegen.
4. Dass der Suizidwunsch auf einem wohlabgewogenen, in sich stimmigen Entscheidungsprozess beruht und keine Anzeichen von wirksamer Einflussnahme von Dritten erkennbar sind, muss von einem der unter Ziffer 1-3 mitwirkenden Akteuren zusätzlich festgestellt worden sein.

(2) Sterbehilfevereine kann – nach dem in der Schweiz üblichen Modell – die Aufgabe übertragen werden, mittels Vollmacht das zum Erwerb erlaubte Natrium-Pentobarbital in einer Apotheke abzuholen und solange sicher zu verwahren, bis die Antragsteller*innen es unmittelbar zu ihrer Selbsttötung gebrauchen.

(3) Die prinzipielle Erlaubniserteilung durch das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte ist bei verfassungskonformer Auslegung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) zulässig und trägt bei Abgabe nach Besorgung oder Aufbereitung durch eine Apotheke im öffentlichen Interesse mit dazu bei, dem Persönlichkeitsgrundrecht, wie es in § 4, Abs. (3) Ziffer 1 b dargestellt ist, Geltung zu verschaffen. Das Handeln von Apotheker*innen ist demzufolge ebenso wenig als Verstoß gegen ihre Berufsordnung zu beanstanden wie es bei der Abgabe von Betäubungsmitteln aufgrund ärztlicher Rezeptierung der Fall ist.

§ 10 Evaluation

Berichte, Aufzeichnungen und Zahlenangaben gemäß § 3 Abs. (3) Ziffer 1 und § 5 Ziffer 4 sind für eine Evaluation zu verwenden. Deren Ergebnisse sollen vom Bundesministerium für Gesundheit erstmalig nach vier Jahren öffentlich vorgelegt werden. Die Evaluation hat neben der Qualität der Suizidkonfliktberatungen die Anzahl der Selbsttötungen, die mit Hilfe von Suizidhilfevereinigungen erfolgt sind und die Anzahl der gemäß § 9 eingegangenen Anträge inklusive der Bewilligungen darzustellen. Zudem soll über erkennbare oder vermutete Entwicklungen der Suizidhilfe insgesamt sowie über Auswirkungen des Gesetzes berichtet werden.

§ 11 Strafbarkeit gewerbsmäßiger Suizidhilfe

(1) Strafbarkeit

1. Wer, um sich oder einem Dritten wiederholt und fortlaufend eine Einnahmequelle von einiger Dauer und einigem Umfang zu verschaffen (gewerbsmäßiges Handeln), die Selbsttötung eines anderen fördert, indem er aus kommerziellem Interesse vermeintlich leichte und schnelle Hilfe oder geeignete Mittel, Gegenstände oder Verfahren dazu – etwa auch im Internet – werbend anpreist und ihn somit zu einer Selbsttötung anzustiften oder zu deren Übereilung zu verleiten vermag, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

2. Ein besonders schwerer Fall gewerbsmäßigen Handels liegt vor, wenn eine Zwangslage, Krisensituation, Willensschwäche oder der Mangel an Beurteilungsvermögen aufgrund von Nichtwissen über Alternativen einer suizidgefährdeten Person ausgenutzt wird und sich diese daraufhin das Leben genommen hat. Dann beträgt die Freiheitsstrafe nicht unter zwei bis zu fünf Jahren Gefängnis.

(2) Nach Gebührenordnung abrechenbare ärztliche Leistungen, angemessene Mitgliedsbeiträge für Suizidhilfvereine und zu leistende Zahlungen für Beratungsleistungen oder Informationsmaterialien in einer für gemeinnützige Organisationen üblichen Höhe sind nicht als kommerzielles Interesse an der Selbsttötungshilfe zu klassifizieren. Angemessen sind Beiträge oder Gebühren, die nicht in einem auffälligen Missverhältnis zu den Leistungen sowie zu den Gesamtkosten der jeweiligen Einrichtung oder Vereinigung stehen.

(3) Informationen von geschäftsmäßige Suizidhilfe anbietenden beziehungsweise leistenden Organisationen oder Personen, die nicht gewerbsmäßig tätig sind, unterliegen keinem Werbeverbot.

§ 12 Ergänzungen im Betäubungsmittelgesetz

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 wird zum Zwecke der Klarstellung in Übereinstimmung mit Persönlichkeitsgrundrecht gemäß Artikel 2, Absatz 1 GG und Bundesverwaltungsgerichtsurteil BVerwG 3 C 19.15 vom 02.03.2017 wie folgt geändert:

(1) In § 13 wird nach Absatz 1, Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt: „Die Anwendung ist auch begründet, wenn die Voraussetzungen zur Zulässigkeit gemäß den in § 4 Suizidhilfekonfliktgesetz aufgeführten ärztlichen Sorgfaltspflichten erfüllt sind.“

(2) In Anlage III. zu § 1 Absatz wird anschließend an den Stoff „Nabilon“ neu eingefügt: „Natrium-Pentobarbital darf von Ärzt*innen zum Zwecke einer zulässigen Suizidbeihilfe in einer Dosierung bis zu 20 Gramm verschrieben werden.“

§ 13 Übersicht über rechtswidriges Handeln und Unterlassen

(1) Die Hilfe zur Selbsttötung ist kein Strafbestand und grundsätzlich straflos, sofern keine Anhaltspunkte für eine nicht vorhandene oder eingeschränkte Einsichts-, Urteils- und Willensfreiheit der Suizidentin/des Suizidenten vorliegen.

(2) Die grundsätzliche Straffreiheit gilt unterschiedslos für alle bei einem Suizid helfenden oder diesen begleitenden Menschen, etwa für Angehörige und nahestehende Laien ebenso wie für Mitarbeiter*innen von Gesundheitseinrichtungen oder Sozialdiensten. Nur für Ärzt*innen, die Rezepte für gezielt tödlich wirkende Medikamente verschreiben (siehe § 4) sowie für Sterbehilfevereinigungen und Organisationen, die geschäftsmäßige oder institutionalisierte Hilfe zur Selbsttötung leisten (siehe § 5), gelten besondere Sorgfalts- und Dokumentationspflichten, gegen die zu verstoßen rechtswidrig ist (siehe §§ 6 und 7), auch wenn es etwa nach ärztlicher Verschreibung tödlich wirkender Mittel nicht zu einer Selbsttötung damit kommt.

(3) Bei begründeten Zweifeln an der freien, nachhaltigen und informierten Willensentscheidung des Suizidenten/der Suizidentin kann die Tatherrschaft auf den/die Suizidbegleiter*in oder -helfer*in übergehen und somit eine Straftat gegen das Leben gemäß § 212 StGB (Totschlag) vorliegen oder – etwa bei Angehörigen und Nahestehenden als Täter*innen – gemäß § 213 StGB (Minderschwerer Fall des Totschlags), sofern sie die bei dem Suizidenten/der Suizidentin vorliegenden Willensmängel nicht aus materiellem oder selbstsüchtigem Eigeninteresse ausgenutzt haben.

(4) Bei Nicht-Hinderung eines vorgefundenen, noch nicht vollendeten Suizidgeschehens, dessen Vorgeschichte unbekannt ist beziehungsweise diese sich nicht durch vorliegende Unterlagen und Dokumente erschließen lässt, kommt der Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) in Betracht. Bei Ärzt*innen oder nahen Angehörigen kann dabei deren Garantenstellung, die sie dem Sterbewilligen gegenüber einnehmen, von Bedeutung sein, da in diesen Fällen angesichts eingetretener Willensunfähigkeit beziehungsweise Bewusstlosigkeit eine Straftat (durch Unterlassen) gegen das Leben vorliegen kann.

(5) Mögliche Vorwürfe der Unterlassung werden außer Kraft gesetzt durch das Vorliegen einer eindeutig dokumentierten Behandlungs- und Rettungsablehnung, etwa in einer Patientenverfügung, die auch eine Entbindung von Garantenpflichten zur Lebensrettung enthalten kann, oder einem eindeutigen sogenannten Notfallbogen im Rahmen der „Gesundheitlichen Vorausplanung“ gemäß § 132g SGB V.

(6) Wer entgegen einer in Ziffer 5 aufgeführten, eindeutig dokumentierten und ihm vorliegenden Ablehnung von Behandlungs- und Rettungsmaßnahmen diese dennoch vornimmt oder weiterführt, kann sich wegen erfolgter Körperverletzung gegen den ausdrücklichen Patientenwillen strafbar machen oder haftungspflichtig werden.

(7) Eine gewerbsmäßige, das heißt kommerziell agierende Suizidhilfe gemäß § 11 ist immer strafbar und kann im besonders schweren Fall eine Gefängnisstrafe von fünf Jahren nach sich ziehen.

Ansprechperson vor allem für inhaltsbezogene Fachfragen:

Dipl. Psychologin Gita Neumann

Beauftragte des HVD Bundesverbandes für Medizinethik und Autonomie am Lebensende
E-Mail: gita.neumann@humanismus.de, mobil: 0151 1042 3513

Ansprechperson für inhalts- und vor allem für verbandsbezogene Fragen:

Erwin Kress

Vorstandssprecher des HVD Bundesverbandes
E-Mail: erwin.kress@humanismus.de, mobil: 0162 4506 554

Ansprechperson für Medienanfragen:

Lydia Skrabania

Referentin des HVD Bundesverbandes für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
E-Mail: lydia.skrabania@humanismus.de, mobil: 0179 4270 501

Herausgeber: Humanistischer Verband Deutschlands – Bundesverband

Wallstraße 61-65, 10179 Berlin, Tel. 030 613904-34, E-Mail: hvd@humanismus.de, Web:
www.hvd-bundesverband.de