















































Drucksachen 20/2332 und 20/2293 zusammengeführten Gesetzentwurf im Plenum einen Beschluss herbeizuführen. Die Zusammenführung beruht auf einem Änderungsantrag der Initianten der Gesetzentwürfe auf den Drucksachen 20/2332 und 20/2293, der mit den Stimmen aller anwesenden Ausschussmitglieder der Fraktion der SPD bis auf eines sowie allen Stimmen der anwesenden Ausschussmitglieder der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP bei Stimmenthaltung aller anwesenden Ausschussmitglieder der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. sowie eines Mitglieds der Fraktion der SPD, angenommen wurde.

Folgende Abgeordnete unterstützen den Änderungsantrag nach Mitteilung der ihn einbringenden Gruppe: Katrin Helling-Plahr, Renate Künast, Helge Lindh, Dr. Nina Scheer, Dr. Petra Sitte, Lukas Benner, Dr. Till Steffen, Sanae Abdi, Valentin Abel, Katja Adler, Ali Al-Dailami, Muhanad Al-Halak, Luise Amtsberg, Johannes Arlt, Christine Aschenberg-Dugnus, Andreas Audretsch, Tobias B. Bacherle, Karl Bär, Dr. Dietmar Bartsch, Matthias M. Birkwald, Jakob Blankenburg, Friedhelm Boginski, Dr. Franziska Brantner, Canan Bayram, Dr. Holger Becker, Bengt Bergt, Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar), Mario Brandenburg, Clara Bünger, Karlheinz Busen, Bernhard Daldrup, Dr. Daniela De Ridder, Dr. Sandra Detzer, Esther Dilcher, Katharina Dröge, Sonja Eichwede, Heike Engelhardt, Dr. Marcus Faber, Susanne Ferschl, Emilia Fester, Alexander Föhr, Dr. Edgar Franke, Otto Fricke, Maximilian Funke-Kaiser, Schahina Gambir, Matthias Gastel, Manuel Gava, Kai Gehring, Knut Gerschau, Dr. Jan-Niclas Gesenhues, Anikó Glogowski-Merten, Nicole Gohlke, Christian Görke, Timon Gremmels, Nils Gründer, Sabine Grützmacher, Dr. Gregor Gysi, Bettina Hagedorn, Reginald Hanke, Philipp Hartewig, Ulrike Harzer, Britta Haßelmann, Dirk Heidenblut, Gabriela Heinrich, Kathrin Henneberger, Anke Hennig, Susanne Hennig-Wellsow, Markus Herbrand, Torsten Herbst, Nadine Heselhaus, Katja Hessel, Dr. Gero Clemens Hocker, Bruno Hönel, Dr. Christoph Hoffmann, Dr. Bettina Hoffmann, Reinhard Houben, Olaf in der Beek, Gyde Jensen, Frank Junge, Elisabeth Kaiser, Anna Kassautzki, Carlos Kasper, Michael Kellner, Katja Keul, Misbah Khan, Roderich Kiesewetter, Annika Klose, Daniela Kluckert, Jan Korte, Simona Koß, Philip Krämer, Anette Kramme, Michael Kruse, Wolfgang Kubicki, Kevin Kühnert, Konstantin Kuhle, Ricarda Lang, Prof. Dr. Karl Lauterbach, Caren Lay, Sven Lehmann, Sylvia Lehmann, Steffi Lemke, Jürgen Lenders, Ralph Lenkert, Dr. Thorsten Lieb, Christian Lindner, Helge Limburg, Dr. Gesine Löttsch, Kristine Lütke, Thomas Lutze, Kaweh Mansoori, Dr. Zanda Martens, Dorothee Martin, Franziska Mascheck, Dr. Zoe Mayer, Robin Mesarosch, Dr. Matthias Miersch, Matthias David Mieves, Dr. Irene Mihalic, Susanne Mittag, Cornelia Möhring, Alexander Müller, Detlef Müller (Chemnitz), Zaklin Nastić, Dr. Ingrid Nestle, Dr. Ophelia Nick, Brian Nickholz, Karoline Otte, Julian Pahlke, Dr. Christos Pantazis, Lisa Paus, Sören Pellmann, Dr. Paula Piechotta, Jan Plobner, Sabine Poschmann, Claudia Raffelhüschen, Heidi Reichinnek, Dr. Anja Reinalter, Bernd Reuther, Daniel Rinkert, Tabea Rößner, Sebastian Rolloff, Dr. Manuela Rottmann, Tina Rudolph, Johann Saathoff, Kassem Taher Saleh, Axel Schäfer, Frank Schäffler, Timo Schisanowski, Christoph Schmidt, Stefan Schmidt, Carsten Schneider (Erfurt), Johannes Schraps, Christina-Johanne Schröder, Ria Schröder, Anja Schulz, Svenja Schulze, Dr. Anne Monika Spallek, Nina Stahr, Nadja Sthamer, Martina Stamm-Fibich, Mathias Stein, Hanna Steinmüller, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Andreas Schwarz, Claudia Tausend, Michael Thews, Stephan Thomae, Manfred Todtenhausen, Carsten Träger, Frank Ullrich, Gerald Ullrich, Johannes Vogel, Erik von Malottki, Emily Vontz, Dr. Carolin Wagner, Niklas Wagener, Dr. Sahra Wagenknecht, Hannes Walter, Carmen Wegge, Melanie Wegling, Saskia Weishaupt, Lena Werner, Bernd Westphal, Nicole Westig, Tina Winklmann, Dr. Herbert Wollmann.

Zu Buchstabe d

Der **Rechtsausschuss** hat die Vorlage auf Drucksache 20/1121 in seiner 62. Sitzung am 5. Juli 2023 abschließend beraten. Der Ausschuss empfiehlt einstimmig, über den Antrag im Plenum einen Beschluss herbeizuführen.

#### IV. Zur Begründung der Beschlussempfehlung

Begründung zu dem Änderungsantrag zu Buchstabe a

##### Zu Artikel 1:

Neben redaktionellen Änderungen in § 217 StGB wird in dessen Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 nun klargestellt, dass für die Frage, ob eine die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigende psychische Erkrankung vorliegt, die fachliche Überzeugung eines nicht an der Selbsttötung beteiligten Facharztes oder einer nicht an der Selbsttötung beteiligten Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines nicht an der Selbsttötung beteiligten Psychotherapeuten oder einer nicht an der Selbsttötung beteiligten Psychotherapeutin maßgeblich ist. Gegenüber dem

ursprünglichen Gesetzentwurf wird der Kreis derjenigen Personen, deren fachliche Überzeugung insoweit maßgeblich ist, um Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erweitert. Liegt nach Überzeugung derjenigen Personen, deren fachliche Überzeugung insoweit maßgeblich ist, keine die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigende psychische Erkrankung vor, ist davon auszugehen, dass die zur Selbsttötung entschlossene Person einsichtsfähig im Sinne von § 217 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 StGB ist. Dementsprechend wird auch in § 217 Abs. 2 Satz 2 StGB klargestellt, dass für die Frage, ob die Durchführung von zwei Untersuchungsterminen für die zur Selbsttötung entschlossene Person zumutbar ist, die fachliche Überzeugung des untersuchenden Facharztes oder der untersuchenden Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder der untersuchenden Psychotherapeutin oder des untersuchenden Psychotherapeuten gemäß Satz 1 Nr. 2 maßgeblich ist. Dadurch ist ein klares abgekürztes Verfahren für die Situation vorgesehen, dass die zur Selbsttötung entschlossene Person sich in der Situation einer schweren und belastenden Erkrankung mit voraussichtlich begrenzter Lebenserwartung befindet.

#### **Zu Artikel 3 – neu –**

Die Änderung des Heilmittelwerbegesetzes erfolgt im Gegenzug zur Streichung von § 217a StGB (Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung im ursprünglichen Gesetzentwurf).

#### **Zu Artikel 4 – neu – und Artikel 5 – neu –**

Durch die Änderung des Elften Buchs Sozialgesetzbuch sowie des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes wird klargestellt, dass Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens grundsätzlich nicht verpflichtet sind, an einer Selbsttötung mitzuwirken oder die Durchführung von Förderungshandlungen zur Selbsttötung in ihren Räumlichkeiten zu dulden. Die Einrichtungen haben als Unternehmer im Sinne des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes die Möglichkeit, dies gegenüber dem Verbraucher bzw. der Verbraucherin im Einzelnen vertraglich auszugestalten. Eine vertragliche Einschränkung der Möglichkeit, in Räumlichkeiten der Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens Hilfe zur Selbsttötung in Anspruch zu nehmen, ist durch den hohen Rang, den das Grundgesetz dem Leben und der Autonomie beimisst, grundsätzlich gerechtfertigt, zumal ihnen im Bereich der Suizidhilfe besondere Gefahren drohen.

#### **Zu Artikel 6 – neu –**

Durch den neuen Artikel 6 wird eine Evaluierungspflicht eingeführt. Dadurch wird der Bundestag in die Lage versetzt, die Durchführung und die Folgen des vorliegenden Gesetzes sowie daraus eventuell folgenden Anpassungsbedarf nach Ablauf von fünf Jahren auf Basis des Evaluierungsberichts zu erörtern.

Begründung zu dem zusammenführenden Änderungsantrag zu den Buchstaben b und c

### **Allgemeiner Teil**

#### **Problem**

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Zum Recht auf selbstbestimmtes Sterben gehört auch die Freiheit, sich das Leben zu nehmen und hierbei Hilfe in Anspruch zu nehmen, sofern sie angeboten wird. Es obliegt dem Gesetzgeber, selbstbestimmte Entscheidungen zu achten. Einen gegen die persönliche Autonomie gerichteten Lebensschutz kann und darf es nicht geben. So hat es das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2020 in einem wegweisenden Urteil entschieden (Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 - BVerfGE 153, 182 ff.).

Die Entscheidung des Einzelnen, so das Bundesverfassungsgericht, dem eigenen Leben entsprechend dem individuellen Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Maßgeblich sei der Wille des Grundrechtsträgers, der sich einer Bewertung anhand allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit entziehe (a. a. O. Rn. 210).

Das vormalige strafbewehrte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in § 217 Absatz 1 des Strafgesetzbuches (StGB) war nichtig, weil es selbstbestimmt handelnden Menschen mit Sterbewunsch in Ermangelung real existenter anderweitiger Zugangswege zur Suizidhilfe faktisch unmöglich machte, ihren verfassungsrechtlich geschützten Wunsch in zumutbarer Weise zu verwirklichen.

Der derzeit unregulierte Zustand der Suizidhilfe erfordert gesetzgeberisches Handeln, um die unwürdige, unzumutbare und nicht von freiem Willen getragene Umsetzung von Sterbewünschen möglichst zu verhindern, eine autonome und vollinformierte Entscheidungsfindung suizidwilliger Personen sicherzustellen, ihnen einen sicheren Zugang zu Arznei-/Betäubungsmitteln zum Zwecke der Selbsttötung zu ermöglichen und so Rechtssicherheit und klare Regelungen für Suizidwillige und auf deren Wunsch zur Hilfe bereite Personen zu schaffen.

### Lösung

Der vorliegende Gesetzentwurf sichert in seinem Artikel 1 (Suizidhilfegesetz) das Recht auf einen selbstbestimmten Tod und stellt klar, dass Hilfe zur eigenhändigen Selbsttötung straffrei und erlaubt ist. Das strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) bleibt unberührt.

Das Regelungskonzept schafft innerhalb des vom Bundesverfassungsgericht beschriebenen Normierungsspielraums einen klaren Rechtsrahmen für Menschen, die ernstlich sterben möchten und diesen Wunsch frei und eigenverantwortlich im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte gebildet haben, sowie für Personen, die bereit sind, auf Wunsch von Sterbewilligen dabei zu helfen. Dazu formuliert der Entwurf Voraussetzungen, unter denen sich Menschen zukünftig auf eine Begleitung bis zum Lebensende verlassen können und schafft sichere Zugangsmöglichkeiten zu Arznei-/Betäubungsmitteln zur Selbsttötung. Dabei wird, wie es das Bundesverfassungsgericht explizit für zulässig gehalten hat (a.a.O. Rn.340), auch nach Lebenssituationen Betroffener differenziert. Es macht also in den Voraussetzungen einen Unterschied, ob der Tod z.B. wegen einer weit fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung oder aus anderen Gründen angestrebt wird.

Zugleich wird der Entwurf dem staatlichen Schutzauftrag gerecht. Durch Festlegung von Entscheidungskriterien für Ärztinnen und Ärzte sowie klaren Verfahrensregeln einschließlich einer Beratungspflicht schafft der Entwurf einen ausgewogenen Ausgleich zwischen der Gewährleistung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben einerseits und dem Schutz der Autonomie Suizidwilliger andererseits. Die Verschreibungsmöglichkeit wird unter anderem an das Kriterium der Volljährigkeit geknüpft, wodurch der Gesetzgeber seinem besonderen Schutzauftrag gegenüber Minderjährigen nachkommt.

In den folgenden Artikeln schließen sich notwendige Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes (Öffnung für Verschreibungsmöglichkeit zum Zwecke der Selbsttötung) und des Arzneimittelgesetzes an sowie des Strafgesetzbuches (Schutz von Privatgeheimnissen der in Beratungsstellen zum Thema Suizid Ratsuchenden) und des Heilmittelwerbegesetzes (Schutz vor unzulässiger Werbung).

Der dringliche bedarfsdeckende Ausbau palliativmedizinischer Versorgung bleibt weiteren gesetzgeberischen Schritten vorbehalten. Dazu wird auf den parallel eingebrachten Entschließungsantrag verwiesen.

### Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 153, 182 ff.) als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben (a. a. O. Leitsatz 1a.). Die Achtung und der Schutz der Menschenwürde und der Freiheit sind grundlegende Prinzipien der grundgesetzlichen Verfassungsordnung, die den Menschen als eine zu Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähige Persönlichkeit begreift. Im Mittelpunkt dieses Gesetzentwurfs stehen daher Menschen, die sterben möchten, ihre Angehörigen und Freunde sowie Menschen, die helfen möchten.

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

Menschen mit Suizidwunsch werden derzeit weitgehend allein gelassen, sei es am Anfang eines Willensbildungsprozesses, wenn bereits ein explizierter Sterbewunsch besteht oder auch wenn die Entscheidung, das eigene Leben beenden zu wollen, abschließend gefasst ist. Ungeachtet der Lebenssituation gilt jedoch: Menschen, die Suizidgedanken haben oder sich dem Thema Sterben und Suizidhilfe widmen, verdienen gesellschaftliche Beachtung und



Unterstützung. Sie sollen sich des Schutzes und der Fürsorge der Gesellschaft sicher sein, die eine solche Entscheidung in Ausübung des individuellen Selbstbestimmungsrechts respektiert. Denn Fakt ist: Suizide sind Teil unserer gesellschaftlichen Realität.

Aber obwohl das Bundesverfassungsgericht und auch drei Jahre zuvor das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG, Urteil vom 2.3.2017 – BVerwG 3 C 19.15 - BVerwGE 158, 142) sich zweifelsfrei hinter das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen gestellt haben, bestehen praktische Rechtsunsicherheiten und faktische Hürden, die mit dem Gesetzentwurf beseitigt werden sollen. Deshalb soll legislativ klargestellt werden, dass die Hilfe zur von einem autonom gebildeten, freien Willen ausgehenden Selbsttötung regelmäßig straffrei ist.

In diesem Kontext ist zu betonen, dass die Regelung zur Strafbarkeit wegen Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) durch diesen Entwurf nicht berührt wird. Wer einen anderen Menschen tötet, wird weiterhin auch dann wegen eines Tötungsdelikts bestraft, wenn er auf Verlangen des Opfers handelt. Deshalb wird in Artikel 1 (Suizidhilfegesetz) §§ 1 Abs. 1, 2 Abs. 1, 6 Abs. 1 und 8 Satz 1 jeweils vorgegeben, dass die Umsetzung des Sterbewunsches im Sinne dieses Gesetzes eigenhändig erfolgen muss: Der oder die Sterbewillige muss die zuletzt handelnde Person bleiben. Verschreibungen nach dem Suizidhilfegesetz berechtigen den Arzt oder die Ärztin oder andere Beteiligte nicht zu einer hiervon abweichenden Verabreichung des zum Tode führenden Arznei-/Betäubungsmittels. Bei Suizidwilligen, die zu Eigenhändigkeit im Wortsinne nicht in der Lage sind, kann die Möglichkeit einer technischen Unterstützung in Betracht kommen.

Kein Handlungsbedarf besteht auch mit Blick auf die Rechtslage zur straffreien Sterbehilfe in den Fällen einer Inkaufnahme eines früheren unbeabsichtigten Todeseintritts bei einem sterbenden oder todkranken Menschen infolge einer medizinisch indizierten schmerz- oder in sonstiger Weise leidensmindernden Therapie und einer aktiven oder passiven Begrenzung oder Beendigung einer lebenserhaltenden oder lebensverlängernden medizinischen Maßnahme im Einklang mit dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen.

Es ist allerdings nicht hinnehmbar, dass es für freiverantwortlich handelnde Betroffene trotz des grundgesetzlich verankerten Rechts auf einen selbstbestimmten Tod keine Möglichkeit gibt, in einem geordneten Verfahren Zugang zu Arznei-/Betäubungsmitteln zur Selbsttötung zu erlangen. Trotz der Feststellung des Bundesverwaltungsgerichts im Jahr 2017, dass unheilbar kranken Patienten und Patientinnen im Extremfall der Anspruch auf Medikamente zur schmerzlosen Selbsttötung nicht verwehrt werden darf (BVerwG Urteil vom 02.03.2017 - 3 C 19.15 - BVerwGE 158, 142), ist von den im Zeitraum zwischen März 2017 und August 2021 beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gestellten 223 Anträgen auf Erwerb eines tödlich wirkenden Betäubungsmittels kein Antrag bewilligt worden (BT-Drs. 19/32360, 6).

Häufig sind die gewählten Suizid-Methoden sowohl bei Frauen als auch bei Männern risikoreiche, unsichere oder schmerzhafte Methoden (wie z.B. Erhängen oder auch der Verzicht auf Essen und Trinken). Menschen, die sterben möchten, sollten aber nicht auf solche Möglichkeiten der Selbsttötung verwiesen werden, wenn es Mittel gibt, die nach dem Stand der Wissenschaft regelmäßig einen sanfteren und würdevolleren Tod ermöglichen und auch im Ausland genutzt werden dürfen. Daher ist es erforderlich, eine ärztliche Verschreibung bzw. staatliche Erlaubnis zum Erwerb entsprechender Arznei-/Betäubungsmittel zu ermöglichen.

Verständlicherweise wünschen sich Menschen auf ihrem letzten Weg Beistand und Unterstützung. Hilfe zur Selbsttötung sollte nicht mit Repression, dem Strafrecht oder Sühne geahndet werden, sondern bedarf tiefen Respekts gegenüber der Entscheidung der suizidwilligen Person und der Bereitschaft der hilfeleistenden Person.

Gleichwohl ist niemand zur Suizidhilfe verpflichtet. Die freie Entscheidung eines Arztes oder einer Ärztin, aus Gewissensgründen keine Suizidhilfe zu leisten, ist zu respektieren. Gleicher Respekt ist aber auch den Ärzten und Ärztinnen entgegenzubringen, die bereit sind, Menschen in ihrem selbstbestimmten Sterbewunsch zu begleiten.

Mit dem Gesetzentwurf verfolgt der Gesetzgeber seinen verfassungsrechtlichen Schutzauftrag. Durch die gesetzliche Ausgestaltung eines Verfahrens wird suizidwilligen Personen ein individuell als würdevoll erachtetes Sterben ermöglicht und abgesichert, dass der Sterbewunsch autonom gefasst wird und keine Drucksituation von außen besteht. Die Freiverantwortlichkeit muss im Mittelpunkt stehen. Die Menschen, die sterben möchten und oft allein mit ihren Gedanken und Überlegungen sind, müssen die Möglichkeit erhalten, über ihre Gedanken und Gefühle zu sprechen und Auswege zu diskutieren. Sie müssen echte Unterstützung auf ihrem selbstbestimmten Weg erfahren.

Mit dem Gesetzentwurf soll deshalb eine organisierte Beratungsinfrastruktur aufgebaut werden. Dadurch sollen Betroffene die Möglichkeit erhalten, sich qualifiziert mit dem Thema Suizid und Suizidhilfe auseinanderzusetzen, ohne in eine bestimmte Entscheidungsrichtung gedrängt zu werden. Weiterhin kann so sichergestellt werden, dass die Betroffenen über umfassende Informationen verfügen, die sie als mündige Individuen befähigen, eine informierte Entscheidung zu treffen. Ebenso soll der Gesetzentwurf sicherstellen, dass Menschen, die sterben möchten, nicht auf ein Angebot rein auf Gewinnstreben orientierter Einrichtungen angewiesen sind. Die Bereitstellung geregelter Verfahren, um einen frei gefassten Suizidwunsch verwirklichen zu können, kann schließlich auch ein Beitrag zum Lebensschutz sein, weil diese Verfahren zu einer Reduzierung von Suiziden führen können. Dies gilt schon deshalb, weil sich die Betroffenen in solchen Verfahren mit anderen über ihren Suizidwunsch auseinandersetzen müssen.

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben wurzelt in der Würde des Menschen. Es gilt daher, die nötigen gesetzlichen Regeln für ein würdevolles, selbstbestimmtes Sterben zu schaffen und suizidwillige Personen dabei gleichermaßen zu schützen. Suizidhilfe braucht Menschlichkeit und einen sicheren rechtlichen Rahmen.

### Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Der vorliegende Gesetzentwurf beantwortet die Frage, unter welchen Voraussetzungen Hilfe zur Selbsttötung in Anspruch genommen beziehungsweise von Dritten geleistet werden darf. Er regelt den sicheren Zugang zu Arzneimitteln und bzw. oder Betäubungsmitteln (also auch eine Kombination) zum Zweck der Selbsttötung, um eine unwürdige, unzumutbare und nicht von einem freien Willen getragene Umsetzung des Sterbewunsches zu verhindern sowie eine autonome und vollinformierte Entscheidungsfindung suizidwilliger Personen sicherzustellen.

Der Entwurf adressiert Menschen, die sterben möchten und Menschen, die – unabhängig von der Berufszugehörigkeit – zur Hilfeleistung bereit sind, gleichermaßen.

Im Mittelpunkt stehen dabei die Autonomie und die Freiverantwortlichkeit der sterbewilligen Person und der Respekt vor jedweder autonomen Entscheidung, ohne dass externe Moralvorstellungen angelegt werden dürfen. Es ist daher verfassungsrechtlich unerheblich, ob eine suizidwillige Person ihr Leben aufgrund von Krankheit oder anderen Motiven beenden möchte, solange eine autonome und freiverantwortliche Entscheidung erfolgt.

Der Gesetzentwurf soll solche selbstbestimmten Entscheidungen gewährleisten, aber auch sichern. Deshalb sieht er auch einen Schutz vor übereilten und nicht autonom gebildeten Suizidentscheidungen vor und orientiert sich dabei an den vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Kriterien (BVerfGE 153, 182 ff. – Rn. 240 - 244). Zudem soll er auch die Entscheidung, ob jemand Hilfe zur Selbsttötung leisten will oder nicht, schützen und Menschen, die Hilfe anbieten, absichern.

Die vorgesehene Beratung soll die suizidwillige Person bei ihrer mündigen informierten Meinungsbildung unterstützen. Dabei muss die Beratung ergebnisoffen sein und vom Grundwert jedes Menschenlebens ausgehen. Sie zeigt auch mögliche Alternativen zur Selbsttötung auf, ohne die suizidwillige Person zu bevormunden. Ein wichtiges Schutzelement ist die Trennung von Beratung und anschließender Suizidhilfe. Die Beratungsstellen müssen zudem staatlich anerkannt werden. Die vorgesehenen Wartezeiten sollen vor übereilten Entscheidungen schützen und gleichzeitig einen zeitlichen Zusammenhang von Beratung und Selbsttötung sicherstellen.

Der Gesetzentwurf eröffnet die Möglichkeit der ärztlichen Verschreibung von Medikamenten zur Selbsttötung sowie der Erteilung einer verschreibungsähnlichen Erlaubnis zum Erwerb eines Arznei-/ Betäubungsmittels zum Zweck der Selbsttötung, sofern eine Verschreibung durch einen Arzt oder eine Ärztin nicht in zumutbarer Weise zu erlangen ist und die Voraussetzungen für eine solche Verschreibung aber vorliegen. Diese Dualität berücksichtigt zum einen die besondere fachliche Expertise von Ärzten und Ärztinnen sowie das zu den Patienten und Patientinnen bestehende Vertrauensverhältnis, lässt aber auch Menschen, die keinen Zugang zu einer ärztlichen Verschreibung erhalten, nicht allein.

Mit der Härtefallregelung wird berücksichtigt, dass suizidwillige Personen sich in besonders schwerwiegenden und leidträchtigen Situationen befinden können, die eine Verkürzung des Verfahrens notwendig machen. Die Möglichkeit zu einer solchen Differenzierung wurde seitens des Bundesverfassungsgerichts explizit aufgezeigt (a.a.O – Rn. 340).

### **Alternativen**

Da der Kern der Problematik nicht im Strafrecht liegt, kommt eine Regelung im Strafgesetzbuch nicht in Betracht und dabei insbesondere nicht die Wiedereinführung des vom Bundesverfassungsgericht für nichtig erklärten § 217 StGB. Es wäre für alle Beteiligten unzumutbar, wenn zulässige Hilfe beim Suizid generell im Strafrecht verortet würde. Zudem ist das Strafgesetzbuch nicht der sachgerechte Regelungsort für die zum Schutz selbstbestimmten Sterbens und zur Regelung der Suizidhilfe nötigen Bestimmungen. Im Übrigen werden die zum Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit vorhandenen Straftatbestände im StGB sowie im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) dem strafrechtlichen Schutzaspekt bereits vollumfänglich gerecht.

Eine Regelung im ärztlichen Berufsrecht scheidet schon deshalb aus, weil angesichts der Länderzuständigkeit die erforderliche Rechtseinheit im Bund nicht gewährleistet werden könnte.

### **Gesetzgebungskompetenz**

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummern 1 und 19 des Grundgesetzes.

### **Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen**

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

### **Gesetzesfolgen**

#### **Rechts- und Verwaltungsvereinfachung**

Keine.

#### **Nachhaltigkeitsaspekte**

Keine.

#### **Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

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

#### **Erfüllungsaufwand**

##### **Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger**

Das Gesetz hat keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger.

##### **Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft**

Das Gesetz hat keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft.

##### **Erfüllungsaufwand für die Verwaltung**

Das Gesetz hat keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand für die Verwaltung.

#### **Weitere Kosten**

Für die Sicherstellung des ausreichenden Angebots an Beratungsstellen nach Artikel 1 § 5 Suizidhilfegesetz und hierbei insbesondere für angemessene Förderung der Personal- und Sachkosten gemäß § 5 Absatz 3 entstehen Kosten, die zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht beziffert werden können. Die Länder haben im Rahmen ihrer Vollzugsverpflichtung die sachgerechte Erledigung des sich aus dem Gesetz ergebenden Aufgabenbestandes sicherzustellen.

**Weitere Gesetzesfolgen**

Keine.

**Befristung; Evaluierung**

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

**Besonderer Teil****Zu Artikel 1 (Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Regelung der Suizidhilfe)****Zu § 1 (Recht auf Hilfe zur Selbsttötung)**

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist ein Grundrecht und steht unbestritten jedem zu (BVerfG, a.a.O. - Leitsatz 1a). Es stellt sicher, dass der Einzelne über sich entsprechend dem eigenen Selbstbild autonom bestimmen und damit seine Persönlichkeit wahren kann (a.a.O. - Rn. 209). Das Bundesverfassungsgericht hat in der vorgenannten Entscheidung eindeutig klargestellt, dass dieses Recht auch die Inanspruchnahme von Hilfeleistung von Dritten inkludiert, sofern diese angeboten wird (a.a.O. – Leitsatz 1c). Die aus einer ernsthaften Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod erwachsende und autonom getroffene Bestimmung des Ob und Wie des eigenen Sterbens weist einen engen Bezug zum Kern der Persönlichkeit und deren Würde auf (a.a.O. – Rn. 128). Daher muss die Entscheidung, das eigene Leben mit Hilfe anderer zu beenden, zwingend auf einem autonom gebildeten, freien Willen beruhen, da anderenfalls ein Schutz ebendieser Autonomie verfehlt würde.

Zur Inanspruchnahme von zulässiger Hilfe zur Selbsttötung in Wohn- und Betreuungseinrichtungen bzw. Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens siehe unten zu § 2.

**Zu Absatz 1**

Absatz 1 soll deutlich machen, dass das grundgesetzlich verankerte Recht auf selbstbestimmtes Sterben der Ausgangspunkt für den Gesetzentwurf ist und den autonom gebildeten, freien Willen in den Mittelpunkt stellen. Menschen, die sterben möchten, sollen Sicherheit bekommen, dass sie mit ihrer Entscheidung nicht alleingelassen werden, sondern angebotene Hilfe in Anspruch nehmen dürfen. Gleichzeitig soll die Betonung der Eigenhändigkeit klarstellen, dass die tatsächliche Umsetzung des Sterbewunsches allein in den Händen der suizidwilligen Person liegt. Nur sie selbst und nicht Andere dürfen das Mittel zur Selbsttötung in ihren Körper einbringen. Die Grenze zur strafbaren Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) bleibt bestehen. Dabei schließt die „Eigenhändigkeit“ die Nutzung von unterstützenden Mechanismen, etwa im Falle einer Querschnittslähmung, nicht aus.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 konkretisiert die Intention des Gesetzes. Es soll einerseits sichergestellt werden, dass suizidwillige Personen sich nicht unwürdiger und quälender Mittel bedienen müssen, um ihr Ziel zu erreichen. Deshalb wird die Möglichkeit eines sicheren Zugangs zu Arznei-/Betäubungsmitteln eröffnet, so dass sichergestellt ist, dass suizidwillige Personen sich bei der Verwirklichung ihres Todeswunsches nicht in Situationen begeben müssen, die einem würdevollen Sterben entgegenstehen.

Auf der anderen Seite soll durch das Gesetz aber auch der staatliche Schutzauftrag erfüllt und ein umfassendes Schutzkonzept für Betroffene implementiert werden. Hierzu gehört die Schaffung eines Rahmens für eine autonome und vollinformierte Entscheidungsfindung.

Zudem soll auch einer möglichen Stigmatisierung entgegengewirkt werden. Der Gesetzgeber achtet das Recht auf selbstbestimmtes Sterben und gestaltet es so aus, dass Sterbewillige rechtssicher und selbstbestimmt ihr Leben beenden können.

**Zu § 2 (Recht zur Hilfeleistung)**

§ 2 beinhaltet Regelungen zur Hilfe durch Dritte zur Selbsttötung, also jene Personen, die bereit sind, suizidwilligen Personen auf deren Wunsch hin zu helfen und ihnen beizustehen.

Die Regelungen gelten auch in Einrichtungen bzw. bei juristischen Personen, weil diese die Grundrechtsverwirklichung von in Suizidfragen Rat- und Hilfesuchenden und Suizidwilligen nicht grundsätzlich ausschließen dürfen. Ein Schutz der Einrichtungsnutzer und -nutzerinnen vor ungewollter Konfrontation mit Suizidhilfe(angeboten) kann auf andere geeignete Weise gewährleistet werden. Eventuelle Konflikte zwischen den Grundrechten der Einrichtungsnutzer und -nutzerinnen und der Einrichtungsbetreiber müssen in möglichst schonenden Ausgleich gebracht werden.

#### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 formuliert den Umkehrschluss zu § 1 Absatz 1 und bildet den Leitsatz 1c des Bundesverfassungsgerichtsurteils gesetzlich ab (a.a.O. – Leitsatz 1c). Jeder darf Hilfe zur Selbsttötung leisten, sofern die suizidwillige Person ihr Leben selbst freiverantwortlich und eigenhändig beenden möchte und Hilfe wünscht.

Zugleich soll Absatz 1 den Menschen, die bereit sind, suizidwilligen Personen zu helfen und ihnen beizustehen, Rechtssicherheit bieten und hervorheben, dass sie nichts Verbotenes tun. Das soll explizit – klarstellend mit Blick auf die Entscheidung des Großen Strafsenats des Bundesgerichtshofs vom 10.4.1954 (BGH, Beschluss vom 10. März 1954 – GSSSt 4/53 - BGHSt 6, 147,153) zur Rettungspflicht nach Eintritt der Bewusstlosigkeit der sich suizidierenden Person – auch nach der Hilfeleistung bis zum Zeitpunkt des Todeseintritts fortgelten. Denn niemand soll aus Sorge vor Strafverfolgung den Raum verlassen müssen, statt einem Menschen am Lebensende beizustehen.

Absatz 1 verdeutlicht somit, dass die suizidwillige Person grundsätzlich Hilfe zum Vollzug der von ihr beherrschten finalen Handlung annehmen kann, solange sie selbst das Geschehen aktiv in den Händen hält. So darf sie etwa das Angebot des Arztes oder der Ärztin nutzen, den Sterbewunsch in den bereitgestellten Räumen und in der Anwesenheit der hilfeleistenden Person zu verwirklichen. Das gilt grundsätzlich für entsprechende Angebote anderer Dritter gleichermaßen. „Hilfe zur Selbsttötung leisten“ im Sinne dieses Gesetzes ist also nicht als aktive Handlung zu verstehen, die final den Todeseintritt herbeiführt. Wie bereits in § 1 Absatz 1 klargestellt, obliegt die Selbsttötung allein der suizidwilligen Person. Die Strafbarkeit für eine Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) bleibt unberührt. „Hilfe leisten“ ist damit als Unterstützung der Person zu verstehen, die selbstbestimmt entscheidet, ihr eigenes Leben zu beenden, etwa durch vorherige (psychologische) Begleitung, physische Anwesenheit während der Suizidierung, Verschreibung des Mittels oder anderer organisatorischer Maßnahmen.

#### **Zu Absatz 2**

Spiegelbildlich zu Absatz 1 gilt, dass niemand zu einer Hilfeleistung zur Selbsttötung verpflichtet werden darf. Das grundgesetzlich verankerte Recht auf selbstbestimmtes Sterben sichert zwar jedem zu, angebotene Hilfe in Anspruch zu nehmen, es bestimmt aber nicht, dass auch jeder zur Hilfe bereit sein muss. Denn nicht nur die Entscheidung, selbstbestimmt zu sterben, sondern ebenso die bewusste Entscheidung einer Person, an einer Hilfeleistung nicht teilhaben zu wollen, verlangt Respekt und Akzeptanz.

Absatz 2 gilt auch für alle nach diesem Gesetz zulässigen Handlungen, die Suizidwilligen Zugang zu Arzneimitteln zum Zweck der Selbsttötung ermöglichen.

#### **Zu Absatz 3**

§ 2 Absatz 3 Satz 1 soll die vorangehenden Absätze insoweit konkretisieren, als dass auch niemand aufgrund seiner Berufszugehörigkeit zur Suizidhilfe verpflichtet werden oder sie ihm aufgrund dieser verboten werden darf. Die Norm zielt insbesondere auf Ärzte und Ärztinnen ab, die aufgrund ihres Berufes vermehrt mit Sterbewünschen konfrontiert werden und auch durch diesen Gesetzentwurf mit einer Sonderstellung in der Suizidhilfe betraut werden.

Der Deutsche Ärztetag hat nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts das berufsrechtliche Verbot der Suizidassistenten aus der Musterberufsordnung für Ärzte und Ärztinnen gestrichen (§ 16 Satz 3 der (Muster-)Berufsordnung wurde aufgehoben). Diese Streichung ist inzwischen auch von allen Landesärztekammern, die das Verbot der Suizidassistenten aus der rechtlich unverbindlichen Musterberufsordnung in ihre Berufsordnung übernommen hatten, umgesetzt worden. Ärzten und Ärztinnen ist es damit im gesamten Bundesgebiet berufsrechtlich nicht mehr untersagt, Hilfe zu einem freiverantwortlichen Suizid zu leisten. Mit einer gesetzlichen Klarstellung wird

verdeutlicht, dass der Bundesgesetzgeber die Suizidhilfe ausdrücklich als legal anerkennt und Ärzte und Ärztinnen in ihrer freien Entscheidung absichert.

Die Norm stellt klar, dass es ebenso zu respektieren ist, wenn Ärzte und Ärztinnen bereit sind, Menschen in ihrem selbstbestimmten Sterbewunsch zu begleiten, wie wenn sie aus Gewissensgründen keine Suizidhilfe leisten möchten.

Satz 2 normiert ein Diskriminierungsverbot aller Beschäftigten, um deren Entscheidungsfreiheit für oder gegen eine Hilfeleistung zu Selbsttötung abzusichern. Der hier verwendete Beschäftigtenbegriff orientiert sich an dem des § 6 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG). Damit fallen etwa auch Belegärztinnen und -ärzte in den Anwendungsbereich. Auch in der Vergangenheit liegende Hilfeleistungen dürfen bei zukünftigen Bewerbungen nicht zu Benachteiligungen führen.

### **Zu § 3 (Autonom gebildeter, freier Wille)**

Grundlage einer selbstbestimmten Entscheidung ist der autonom gebildete, freie Wille eines jeden Einzelnen. Suizidhilfe nach diesem Gesetz kann deshalb nur dann in Anspruch genommen werden, wenn die Entscheidung auch auf einem solchen Willen beruht. Das Bundesverfassungsgericht stellt eindeutig fest, dass der Staat dafür Sorge zu tragen habe, dass der Entschluss, begleiteten Suizid zu begehen, auf einem freien Willen beruht (BVerfGE 153, 182 ff. – Rn. 232). § 3 definiert die Voraussetzungen für die Annahme eines autonom gebildeten, freien Willens und orientiert sich im Wesentlichen an den vom Bundesverfassungsgericht skizzierten Anforderungen. Auch der deutsche Ethikrat betont, dass aufgrund der Irreversibilität einer Suizidentscheidung an deren Freiverantwortlichkeit besonders hohe Anforderungen zu stellen seien. Gleichzeitig merkt er an, dass die Anforderungen nicht das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben entleeren dürften, indem sie der betroffenen Person faktisch durch zu hohe Anforderungen den Verfügungsspielraum über das höchstpersönliche Gut ihres Lebens nehmen (Deutscher Ethikrat, Stellungnahme: Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, 22.09.2022, S. 15).

Betreuerinnen und Betreuer können für die von ihnen betreute Person keine für die Verschreibung eines Arzneimittels/Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung konstitutiven Erklärungen abgeben. Ist für den Aufgabenkreis der Gesundheitspflege Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt angeordnet, ist in der Regel davon auszugehen, dass die Voraussetzungen des § 3 nicht vorliegen. Zur Diskussion vgl. z.B. Dodegge, Suizid und rechtliche Betreuung, FamRZ 2021, 5 ff, Henking, Ist Suizidhilfe bald auch eine Aufgabe des Betreuers? – Der Betreuer zwischen Suizidverhinderung und Suizidunterstützung, in BtPrax 2021, 92 ff.

### **Zu Nummer 1**

Eine freie Suizidentscheidung setzt nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts die Möglichkeit voraus, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und auch entsprechend handeln zu können (a.a.O. – Rn. 241). Unter Bezugnahme auf die ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Einwilligung in medizinische Behandlung ist von der Einwilligungsfähigkeit, der Fähigkeit zur freien Willensbildung nur auszugehen, wenn die betreffende Person in der Lage ist, Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der Entscheidung zu erfassen (BGH, Urteil. vom. 16.11.1971 – VI ZR 76/70 - NJW 1972, 335). Diese ist mithin nicht an das Vorliegen formaler Geschäftsfähigkeit (vgl. § 104 Nr. 2 BGB) gebunden.

Ob Erkrankungen, etwa psychische Erkrankungen oder eine Demenzerkrankung, der Fähigkeit zur freien Willensbildung entgegenstehen, ist im konkreten Einzelfall zu beurteilen. Das Merkmal der akuten psychischen Störung soll aber verdeutlichen, dass nicht pauschal jede psychische Erkrankung einer autonomen Willensbildung entgegensteht. Viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung zeigen kein suizidales Verhalten und nicht alle Menschen, die sich ihr Leben nehmen, haben eine psychische Erkrankung (Brieger P, Menzel S, Hamann J., Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2022 Jan;65(1):25-29). Auch der Deutsche Ethikrat betont, dass eine psychische Erkrankung als solche die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung nicht ausschließt. Ohne eine einzelfallbezogene substantiierte Begründung für eine normativ erhebliche Beeinträchtigung der Selbstbestimmungsfähigkeit sei auch die Entscheidungsfreiheit psychisch erkrankter Personen zu respektieren (Deutscher Ethikrat, Stellungnahme: Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, 22.09.2022, S. 18).

### **Zu Nummer 2**

Weitere Voraussetzung für die Bildung eines autonomen und freien Willens ist, dass die suizidwillige Person alle entscheidungserheblichen Tatsachen kennt und das Für und Wider des Suizidentschlusses ordnungsgemäß gegeneinander abwägen kann. Die freie Willensbildung setzt insbesondere voraus, dass der Entscheidungsträger bzw. die Entscheidungsträgerin Handlungsalternativen zum Suizid erkennt, ihre jeweiligen Folgen bewertet und die Entscheidung in Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen trifft. Insoweit sollen dieselben Grundsätze wie bei einer Einwilligung in eine Heilbehandlung (vgl. § 630d und § 630e BGB) gelten (a.a.O. – Rn. 242).

Welche Informationen im Einzelnen vorausgesetzt werden, um die suizidwillige Person zur Entscheidung auf Basis einer autonomen und freien Willensbildung zu befähigen, hängt jeweils von den Umständen des Einzelfalls ab. Medizinisch wird im Falle einer Erkrankung regelmäßig das Wissen über etwaige alternative Behandlungsmöglichkeiten und Optionen der Palliativmedizin erforderlich sein. In jedem Fall muss die suizidwillige Person über Kenntnisse zu dem Vorgang der Selbsttötung und damit einhergehende Risiken verfügen. Die erforderlichen Informationen über Handlungsalternativen können auch Angaben über soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote betreffen.

### **Zu Nummer 3**

Ein autonom gebildeter und freier Wille kann nur gebildet werden, wenn weder unzulässige Einflussnahme noch Druck von Seiten Dritter ausgeübt wird (vgl. a.a.O.- Rn. 243). Die Entscheidung über den eigenen Tod ist die persönlichste Entscheidung einer Person. Der Suizidwillige darf sich zwar mit Dritten beraten und ihre Meinung ebenso wie die Folgen seiner Entscheidung auf Dritte berücksichtigen, jede Fremdbestimmung in der Entscheidung selbst gilt es aber zu verhindern. Denn obwohl intensive und möglicherweise auch kontroverse Gespräche über die eigenen suizidalen Wünsche oft erst eine eigenständige und damit freiverantwortliche Entscheidung ermöglichen, kann der Einfluss anderer Personen die freiverantwortliche Entscheidung der suizidwilligen Person auch gefährden oder gar ausschließen (Deutscher Ethikrat, Stellungnahme: Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, 22.09.2022, S. 19).

Von einer unzulässigen Ausübung von Druck ist jedenfalls dann auszugehen, wenn dem Betroffenen in Aussicht gestellt wird, dass er für den Fall des Weiterlebens Nachteile erleiden würde (vgl. BVerfG, Beschluss vom 23.3.2011 – 2 BvR 882/09 - Rn. 41- BVerfGE 128, 282 - 322 ).

### **Zu Nummer 4**

Zudem soll von einem autonomen und freien Willen nur dann ausgegangen werden, wenn der Suizidentschluss auf einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit beruht. Diese Voraussetzung ergibt sich ebenfalls aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts, folgt aber auch aus früheren Erwägungen des Bundesgerichtshofes (BVerfGE 153, 182 ff. - Rn. 244; BGH, Urteil vom 03.7.2019 – 5 StR 132/18 - Rn. 21 –BGHSt 64, 121-135). Der Suizidentschluss muss sich mithin in einem gewissen Maße im Willen manifestiert haben, sodass ein beiläufiger und gegebenenfalls nur einmalig geäußelter Suizidwille nicht ausreichen darf. Das Kriterium der Dauerhaftigkeit ist dabei geeignet, die Ernsthaftigkeit eines Suizid-wunsches nachvollziehbar zu machen und sicherzustellen, dass er nicht etwa auf einer vorübergehenden Lebenskrise beruht (a.a.O. - Rn. 244). Empirische Daten belegen, dass ein kurzfristig gefasster Suizidentschluss, wenn die Selbsttötung misslingt, im Nachhinein von den Betroffenen selbst in etwa 80 bis 90 % der Fälle als Fehlentscheidung gewertet und revidiert wird. Durch Nummer 4 werden Entscheidungen, die als Kurzschlusshandlungen auf rein affektiven Impulsen beruhen oder im Rahmen vorübergehender Lebenskrisen gebildet werden, adressiert und ausgeschlossen. Die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit sind somit Ausprägung des dem Entwurf zugrundeliegenden Schutzgedankens. Insofern steht § 3 Nummer 4 auch in Verbindung zu § 6 Absatz 4, der eine Mindestdauer von drei Wochen zwischen Beratung und Verschreibung vorgibt. Dieser Übereilungsschutz bringt den staatlichen Schutzauftrag für das Schutzgut Leben mit dem Selbstbestimmungsrecht der suizidwilligen Personen in Einklang. Ob eine gewisse Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit vorliegen, bleibt dabei Gegenstand einer einzelfallabhängigen Bewertung und kann nicht pauschal festgestellt werden.

### **Zu § 4 (Beratung)**

Aus Artikel 1 Absatz 1 Satz 2 GG in Verbindung mit Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG folgt die Pflicht des Staates, die individuelle Selbstbestimmung bei einer Suizidentscheidung und hierdurch mittelbar das Leben selbst zu schützen (a.a.O. - Rn. 232). Es gilt daher, Sterbewillige nicht allein zu lassen, sondern ihnen ein konkretes Informations-, und auch praktisches Unterstützungsangebot zu machen. Ein umfassendes Beratungsangebot ermöglicht

es Personen, die es in Anspruch nehmen, Informationen zu erhalten, die sie zur autonomen Bildung eines freien Willens befähigen. Da die individuelle Autonomie als grundrechtlicher Mittler des Lebensschutzes fungiert, darf es folgerichtig einen gegen die Autonomie gerichteten Lebensschutz nicht geben. Dies muss die angebotene Beratung widerspiegeln.

### **Zu Absatz 1**

Das Recht, sich zu Fragen der Suizidhilfe beraten zu lassen, soll jeder Person eröffnet werden, da eine ausreichende Information inhärenter Teil des Grundrechts auf selbstbestimmtes Sterben ist. Gleichwohl knüpft § 6 die Verschreibung des Arznei-/Betäubungsmittels einerseits als Ausdruck des staatlichen Schutzkonzepts an die Volljährigkeit, und andererseits an die deutsche Staatsangehörigkeit bzw. den Wohnsitz / gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland an, was einem Suizidtourismus entgegenwirken soll.

Diese Diskrepanz des persönlichen Anwendungsbereichs für die Beratung einerseits und die Verschreibung des Arznei-/Betäubungsmittels andererseits ist dabei bewusst gewählt. Jeder soll die Möglichkeit haben, sich bei Gedanken, die sich mit Suizid beschäftigen, an eine entsprechende Beratungsstelle wenden zu können. Minderjährige Personen können sodann an entsprechende Beratungsangebote / Präventionsangebote speziell für Minderjährige verwiesen werden.

Auch hinsichtlich Personen, die zwar keine Verschreibung erlangen können, da sie beispielsweise ihren Wohnsitz in einem anderen Land haben und keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, ist es sinnvoll, das Beratungsangebot auch für sie zu eröffnen, da diesen Personen so ermöglicht wird, sich auszutauschen und auch hier ggf. eine Weitervermittlung an ein Suizidpräventionsangebot erfolgen kann.

Schließlich sollen sich auch Menschen, die selbst gar keine Suizidgedanken haben, beraten lassen können. Denkbar ist, dass Angehörige oder andere Betroffenen nahestehende Personen entsprechenden Beratungsbedarf haben oder auch, dass es Menschen gibt, die darüber nachdenken, ob sie einer suizidwilligen Person Hilfe leisten möchten und sich hierzu besprechen möchten.

Die vorgeschriebene Ergebnisoffenheit und das Verbot der Bevormundung sollen sicherstellen, dass die Beratung nicht darauf abzielt, die Person von ihrer Haltung abzubringen, da dies mit dem Selbstbestimmungsrecht nicht vereinbar wäre. Die Erwägungen der ratsuchenden Person für oder gegen eine Selbsttötung sind wertneutral hinzunehmen. Gleichzeitig umfasst eine ergebnisoffene Beratung selbstverständlich auch suizidpräventive Elemente. Die Formulierung betont zudem, dass der Gesetzgeber vom Grundwert jedes Menschenlebens ausgeht und intendiert eine klare Abgrenzung zu der insbesondere in der Zeit des Nationalsozialismus praktizierten Ideologie „lebensunwerter Leben“. Gleichzeitig soll die Formulierung der Gefahr entgegentreten, dass die Beratung eher zur Durchführung des assistierten Suizides ermutigt, als ergebnisoffen zu beraten.

Weiterhin wird sichergestellt, dass Personen mit akuten Suizidgedanken priorisiert beraten werden, denn sie brauchen akute Unterstützung. Empirisch belegt ist, dass die meisten suizidwilligen Personen (ca. 80 bis 90 %), deren Suizid misslingt, diesen im Nachhinein als Fehlentscheidung werten. Daraus lässt sich schließen, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Suizidwünsche nicht anhaltend sind (a.a.O. -, Rn. 244). Suizidwillige Personen, die akute Suizidgedanken haben, brauchen deshalb umgehend Informationen zum Schutz ihrer Entscheidungsautonomie – auch und vor allem über Handlungsalternativen. Entsprechend kurzfristig muss eine Terminvergabe bzw. ad-hoc Beratung in den Beratungsstellen ermöglicht werden.

### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 folgt vor allem den Erwägungen des § 3 Nummer 2 und soll die suizidwillige Person befähigen, jede Tatsache und Information zu generieren, die für eine autonome Bildung eines freien Willens über eine Suizidentcheidung von Belang ist.

Absatz 2 normiert daher verschiedene Aspekte, über die die Beratung insbesondere aufklären soll. Der Katalog der Beratungsgegenstände ist nicht abschließend. Vielmehr bedarf es stets der individuellen Betrachtung und einer individuellen Anpassung der Beratungsinhalte an den konkreten Einzelfall. Die Vermittlung einiger wesentlicher Inhaltselemente der Beratung setzt voraus, dass sich die suizidwillige Person der sie beratenden Person öffnet, insbesondere ihre Beweggründe, derentwegen sie einen Suizid in Betracht zieht, mitteilt. Der Beratungscharakter schließt es aber selbstverständlich aus, eine solche Bereitschaft der suizidwilligen Person einzufordern oder gar zu erzwingen.



**Zu Absatz 3**

Niemand soll aus Sorge davor, durch Inanspruchnahme der Beratung unter eigenem Namen Nachteile zu erleiden, von der Nutzung des Beratungsangebotes abgehalten werden. Die beratene Person kann deshalb, wenn sie dies wünscht, gegenüber der beratenden Person anonym bleiben. Dies ist unproblematisch, weil eine Identifikation der Person zur Durchführung der Beratung nicht erforderlich ist. Gleichzeitig ist in diesem Kontext darauf hinzuweisen, dass eine für die Verschreibung des Medikaments notwendige Bescheinigung der Beratung (vgl. § 5 Absatz 4) auf den Namen der zu beratenden Person ausgestellt werden muss. Sofern sich die Person also entschließt, die Beratung anonym durchzuführen, steht dies der späteren Verschreibung des Mittels insoweit entgegen.

**Zu Absatz 4**

Die Überschneidung von einerseits neutraler Beratung und andererseits der Hilfeleistung wäre nicht im Sinne einer auf einem autonomen, freien Willen basierenden Suizidhilfe. Die Trennung von Beratung und Suizidhilfe unterstreicht zudem die präventive Komponente der Beratung. Die Hilfe zur Selbsttötung umfasst die Verschreibung des Arznei-/Betäubungsmittels nach § 6 und § 7, die Einschätzung, dass ein besonderer Härtefall im Sinne des § 7 vorliegt, die Erteilung einer Erlaubnis zum Erwerb eines Arznei-/Betäubungsmittels nach § 8 wie auch anderweitige Hilfeleistungen.

**Zu Absatz 5**

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

**Zu § 5 (Beratungsstellen)**

§ 5 widmet sich vor allem der Errichtung einer Infrastruktur, die für eine bundesweite Suizidberatung notwendig ist, und den notwendigen Anforderungen an diese Beratungsstellen. Während § 4 die Modalitäten der Beratung regelt, trifft § 5 Regelungen zu den die Beratung anbietenden Stellen.

**Zu Absatz 1**

Beim Ausbau der Infrastruktur ist darauf zu achten, dass Beratungsstellen barrierefrei erreichbar sind. Gerade für pflegebedürftige und schwerstkranke Betroffene ist ein aufsuchendes Angebot zwingend notwendig. Um eine ausreichende Qualität der Beratung sicherzustellen und auch der Gefahr einer bevormundenden Beratung vorzubeugen, ist eine staatliche Anerkennung erforderlich. Dies schließt keineswegs aus, dass Beratungsstellen in freier Trägerschaft unterhalten werden dürfen. Ein entsprechendes Angebot wäre vielmehr im Sinne eines flächendeckenden Beratungsangebots. Die Beratungsstellen dürfen keine mit dem Beratungsauftrag konfligierenden Aufgaben wahrnehmen. Auch Ärztinnen und Ärzte können sich als Beratungsstelle anerkennen lassen. Wenn sie in dieser Funktion agieren, ist § 4 Absatz 4 zu beachten.

**Zu Absatz 2**

Die staatliche Anerkennung darf nur erteilt werden, wenn die Beratungsstelle ausreichend persönlich und fachlich qualifiziertes Personal vorweisen kann. Ebenso muss sie nachweisen, dass sie kurzfristig auf zusätzliche Expertise gemäß § 4 Absatz 5 zurückgreifen kann und mit weiteren Stellen, die anderweitige Hilfe für suizidwillige Personen anbieten, zusammenarbeitet. Zusätzlich ist eine staatliche Anerkennung dann ausgeschlossen, wenn eine Beratungsstelle mit einer Einrichtung derart zusammenarbeitet oder anderweitig organisatorisch – etwa personell – verbunden ist, dass ein materielles Interesse an der Durchführung von Suizidhilfe besteht.

**Zu Absatz 3**

Die Beratungsstellen haben einen Anspruch auf eine angemessene Förderung der Personal- und Sachkosten.

**Zu Absatz 4**

Die Beratung einer suizidwilligen Person muss auf ihren Wunsch hin von der Beratungsstelle bescheinigt werden. Dies ist nur möglich, wenn die Person nicht nach § 4 Absatz 3 anonym bleiben möchte. Die Bescheinigung ist notwendige Voraussetzung für die Verschreibung des Arznei-/Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung (vgl. § 6 Absatz 3). Durch dieses Sicherungselement wird der staatlichen Schutzpflicht zur vollinformierten Entscheidungsfindung nachgekommen.

Wichtig ist zu betonen, dass es nicht Aufgabe der Beratungsstelle sein soll, Betroffene zu begutachten. Sie soll auf Augenhöhe beraten und unterstützen. Sofern sich für die beratende Person dennoch der Eindruck aufdrängt, dass der suizidwilligen Person die Fähigkeit zur freien Willensbildung fehlt oder aber unzulässig auf sie Einfluss genommen oder Druck ausgeübt wird, hat sie dies auf der Beratungsbescheinigung in geeigneter Form zu vermerken.

Möchte der Betroffene später die Verschreibung eines tödlichen Medikaments nach § 6 erwirken, ist es der Arzt oder die Ärztin, der beziehungsweise die sich von der Entscheidung zum Suizid aus autonom gebildetem, freiem Willen zu überzeugen hat. Es erschiene jedoch unbillig, wenn die Beratungsstelle offensichtliche Hinweise nicht weitergeben dürfte. Dem Arzt oder der Ärztin obliegt sodann eine besonders sorgfältige Prüfung.

**Zu Absatz 5**

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

**Zu Absatz 6**

Die Beratungsstellen sind verpflichtet, einen jährlichen Bericht über ihre Beratungstätigkeit zu verfassen. Dieser Bericht ist auf Grundlage der Aufzeichnungen, die über die Beratungsgespräche anzufertigen sind, zu verfassen, wobei der Bericht keinerlei Rückschlüsse auf die Identität der beratenen Personen ermöglichen darf.

**Zu Absatz 7**

Die Anerkennung einer Beratungsstelle muss alle drei Jahre überprüft werden. Bewertungsmaßstab sind die Voraussetzungen des § 5 Absatz 2 sowie die Berichte des § 5 Absatz 6 dieses Gesetzes.

**Zu Absatz 8**

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

**Zu § 6 (Verschreibung eines Arznei- oder Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung)**

Mit dieser Norm wird die Möglichkeit, ein Arznei-/Betäubungsmittel zum Zwecke der Selbsttötung zu erhalten, eröffnet.

Ärzte und Ärztinnen verfügen über die notwendigen Kenntnisse und Kompetenzen zur Verschreibung von Arznei-/Betäubungsmitteln zur Selbsttötung. Das Gesetz sieht daher vor, dass eine Verschreibung primär über sie zu erfolgen hat. Zudem besteht zwischen Ärzten und Ärztinnen und ihren Patienten und Patientinnen häufig ein besonderes, teilweise lange gewachsenes Vertrauensverhältnis, das eine Einschätzung erleichtern kann.

Gleichzeitig ist zu betonen, dass die Entscheidung für ein selbstbestimmtes Sterben nach diesem Gesetz explizit keine Krankheit voraussetzt. Die Verschreibung durch einen Arzt oder eine Ärztin soll daher nicht implizieren, dass stets von einer vorangegangenen Krankheit ausgegangen wird. Vielmehr sind Ärzte und Ärztinnen grundlegend in der Lage zu erkennen, ob die suizidwillige Person aus autonom gebildetem, freiem Willen heraus handelt, und können eine der Tragweite der Entscheidung angemessene medizinische Aufklärung leisten.

Zu betonen ist in diesem Kontext, dass aus dem in § 2 Absatz 2 statuierten Grundsatz, dass niemand zur Suizidhilfe verpflichtet werden darf, unmittelbar folgt, dass kein Arzt und keine Ärztin zur Verschreibung eines tödlich wirkenden Arznei-/Betäubungsmittels verpflichtet werden darf. Sofern er oder sie aber zu einer solchen Verschreibung bereit ist, eröffnet § 6 diese Möglichkeit.

**Zu Absatz 1**

Absatz 1 bildet die Rechtsgrundlage für die ärztliche Verschreibung eines Arznei-/Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung, sofern der Entschluss zur Selbsttötung auf einem autonom gebildeten, freien Willen fußt, wie er in § 3 dieses Gesetzes definiert ist. Die Beurteilung, ob ein solcher autonomer, freier Wille besteht, obliegt dem Arzt bzw. der Ärztin. Bei auch nur geringen Zweifeln an einer freien Willensbildung ist eine Verschreibung abzulehnen. Zweifel können gegebenenfalls durch ärztliche Konsile oder ggf. zusätzliche Gutachten ausgeräumt werden. Im Übrigen besteht nach bestehenden Normen im Strafgesetzbuch das Risiko strafrechtlicher Verurteilung für den Arzt oder die Ärztin.

Da - wie der Deutsche Ethikrat betont - die Freiverantwortlichkeit einer Entscheidung strikt von der moralischen Richtigkeit des Entscheidungsergebnisses zu unterscheiden ist, sind Wertvorstellungen der suizidwilligen Person bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit uneingeschränkt zu respektieren – selbst dann, wenn sie von den allgemein in der Gesellschaft vorherrschenden Vorstellungen erheblich abweichen und die auf ihnen beruhende Suizidentscheidung deshalb im Ergebnis nicht nachvollziehbar erscheinen mag (Deutscher Ethikrat, Stellungnahme: Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, 22.09.2022, S. 15-16).

Ferner wird die Verschreibungsmöglichkeit unter anderem an das Kriterium der Volljährigkeit geknüpft. Der Gesetzgeber kommt hier seinem besonderen Schutzauftrag gegenüber Minderjährigen nach und gestattet die Abgabe eines Mittels zur Selbsttötung nur an Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Der Schutzaspekt ist bei Minderjährigen, bei denen die Gefahr besteht, dass sie aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Persönlichkeitsentwicklung Bedeutung und Tragweite einer solch endgültigen Entscheidung noch nicht überblicken können, im Rahmen der Abwägung der Verfassungsgüter besonders – und stärker als bei Erwachsenen – zu gewichten, sodass von einer Möglichkeit zur Verschreibung von Arznei-/Betäubungsmitteln zur Selbsttötung vor Erreichen der Volljährigkeit abgesehen wurde.

Weitere Voraussetzung für die Verschreibung ist, dass die Person die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat. Erklärtes Ziel des Gesetzentwurfs ist es, das Recht auf selbstbestimmtes Sterben zu gewährleisten und das individuelle Selbstbestimmungsrecht zu sichern. Es ist hingegen nicht gewollt, dass sich Deutschland zum Land des internationalen Sterbehilfetourismus entwickelt. Daher wird ein gewisser dauerhafterer Bezug zu Deutschland gefordert. Einen Wohnsitz hat jemand dort, wo er eine Wohnung unter Umständen innehat, die darauf schließen lassen, dass er die Wohnung beibehalten und benutzen wird. Den gewöhnlichen Aufenthalt hat jemand dort, wo er sich unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt.

Die Anknüpfung an die Staatsangehörigkeit soll sicherstellen, dass auch Deutsche, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, die Möglichkeit bekommen, zum Lebensende nach Deutschland zurückzukehren.

### **Zu Absatz 2**

Dem verschreibenden Arzt oder der verschreibenden Ärztin obliegt es, die suizidwillige Person medizinisch aufzuklären (vgl. § 630e BGB). Die medizinische Aufklärung ergänzt die durch die Beratungsstellen vorgenommene umfassende Beratung nach § 4. Inhalt der ärztlichen Aufklärung müssen insbesondere die Darstellung der Reaktionen des Körpers, die auf die Einnahme des Arzneimittels zum Zwecke der Selbsttötung folgen, sowie der voraussichtliche Ablauf einer Selbsttötung durch Einnahme des Arznei-/Betäubungsmittels sein. Ferner ist auf mögliche Risiken, insbesondere das Fehlschlagen der Selbsttötung und das Eintreten schwerster physischer Schäden, einzugehen. Falls die suizidwillige Person unter einer Erkrankung leidet, hat der Arzt oder die Ärztin auf alternative Behandlungsmöglichkeiten und palliativmedizinische Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen und diese mit der suizidwilligen Person zu erörtern. Durch ärztliche Aufklärung soll sichergestellt werden, dass die suizidwillige Person sich der Bedeutung und Tragweite der Einnahme des Arznei-/Betäubungsmittels und der möglichen Risiken bewusst ist.

### **Zu Absatz 3**

Die Verschreibung eines Arznei-/Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung ist nur zulässig, sofern sich der verschreibende Arzt oder die Ärztin die Beratungsbescheinigung gemäß § 5 Absatz 4 hat vorlegen lassen. Dabei darf die Beratung nicht länger als zwölf Wochen zurückliegen. Diese Frist gewährleistet einerseits, dass die Beratungssituation regelmäßig noch mit der aktuellen Lebenssituation der sterbewilligen Person, vor deren Hintergrund beraten worden ist, übereinstimmt und andererseits, dass der beratenden Person die Erwägungen aus dem Gespräch noch präsent sind.

Ist keine Beratung erfolgt oder liegt diese schon länger als zwölf Wochen zurück, darf der Arzt oder die Ärztin das Arznei-/Betäubungsmittel zum Zwecke der Selbsttötung nicht verschreiben. Dabei ist keinesfalls ausgeschlossen, dass eine suizidwillige Person sich mehrfach über einen längeren Zeitraum beraten lässt. Nur die letzte bescheinigte Beratung darf nicht länger als zwölf Wochen zurückliegen. Mithin ist für die Verschreibung eines tödlichen Arznei-/Betäubungsmittels nach § 6 mindestens eine Beratung mit entsprechender Bescheinigung obligatorisch.

Wenngleich es aus Gründen der Humanität geboten ist, Menschen, die selbstbestimmt sterben möchten, Zugang zu möglichst schonenden und risikoarmen Arznei-/Betäubungsmitteln zu ermöglichen, hat der Staat dann, wenn er Suizidhilfe wie mit der Verschreibung eines Arznei-/Betäubungsmittels in ein staatlich geregeltes Verfahren einbettet, besondere prozedurale Sicherungsmaßnahmen zu treffen. Gleichzeitig ist es wichtig zu betonen, dass die Beratungsbescheinigung keine Erlaubnis zum Suizid darstellt, sondern allein bestätigt, dass eine Beratung stattgefunden hat, was die Ärztin oder der Arzt sodann anhand der Bescheinigung überprüft.

#### **Zu Absatz 4**

Die Verschreibung eines Arznei-/Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung darf nur erfolgen, wenn seit der Beratung mindestens drei Wochen vergangen sind. Dieser Zeitraum gibt der suizidwilligen Person die Möglichkeit, die Informationen aus der Beratung abzuwägen und in den eigenen Entscheidungsprozess einfließen zu lassen. Die Regelung stellt einen weiteren Sicherungsmechanismus dar, um Menschen vor einer übereilten Suizidentscheidung zu schützen. Dieser Übereilungsschutz bringt den staatlichen Schutzauftrag für das Schutzgut Leben mit dem Selbstbestimmungsrecht der suizidwilligen Personen in Einklang. Denn eine Suizidentscheidung kann nur dann auf einem autonom gebildeten freien Willen beruhen, wenn sie auch von einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit getragen ist (vgl. § 3 Nr.4). Dabei stellt die Dreiwochenfrist die absolute Minimalfrist zwischen Beratung und (regulärer) Verschreibung dar. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass der Zeitraum zwischen Beratung und Verschreibung in aller Regel länger als drei Wochen sein wird und eine suizidwillige Person sich über einen längeren Zeitraum mehrfach beraten lassen wird. Gerade bei einem seit langem bestehenden Arzt- beziehungsweise Ärztin-Patientenverhältnis kann der Arzt oder die Ärztin die Bewertung der Festigkeit des Sterbewunsches auch auf eine lange Behandlungshistorie stützen. Dem Arzt oder der Ärztin ist es unbenommen, mehr als drei Wochen verstreichen zu lassen, um seiner-/ ihrerseits wiederum mehrere Gespräche mit der suizidwilligen Person führen zu können.

#### **Zu Absatz 5**

Wie die Beratungsstelle muss auch der Arzt oder die Ärztin die Feststellungen über den autonomen und freien Willen sowie den Inhalt der vorgenommenen Aufklärung dokumentieren. Die Beratungsbescheinigung, die die suizidwillige Person dem Arzt oder der Ärztin aushängen muss, ist im Original in die Dokumentation aufzunehmen.

#### **Zu § 7 (Verschreibung eines Arznei- oder Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung in Härtefällen)**

Die Vorschrift schafft eine Ausnahmeregelung für Menschen, die aufgrund besonderer Umstände die vorgesehene externe Beratung durch eine Beratungsstelle und die zwischen der Beratung und der Verschreibung liegende Zeit von mindestens drei Wochen nicht einhalten können, da ihr Leidensdruck besonders hoch ist (Härtefallregelung). Aus diesem Grund werden die Anforderungen an die Verschreibung in diesen Fällen, insbesondere mit Blick auf den Übereilungsschutz, herabgesetzt. Die Regelung stellt eine besondere Ausnahme dar und soll der Befürchtung betroffener Personen, in einer solchen Situation keine geeigneten Mittel zu einer zumutbaren Selbsttötung erhalten zu können, Rechnung tragen. Das Bundesverfassungsgericht hat insoweit explizit klargestellt, dass es dem Gesetzgeber freisteht, je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens zu stellen (a.a.O. Rn. 340).

Wer im Rahmen von § 7 die Verschreibung eines Arznei-/Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung nicht erlangt, weil die speziellen Voraussetzungen nicht vorliegen, der Arzt oder die Ärztin dazu nicht bereit ist oder etwa die Zweitbegutachtung negativ ist, ist nicht gehindert, nach § 6 oder § 8 eine Verschreibung zu erlangen.

#### **Zu Absatz 1**

Jede Verschreibung nach § 7 setzt einen besonderen Härtefall voraus. Die Entscheidung, ob ein solcher Härtefall vorliegt, obliegt dem Arzt oder der Ärztin. Zwar verbietet es sich, die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung

grundsätzlich vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu machen. Dies hat das Bundesverfassungsgericht explizit betont: „Aufgrund der verfassungsrechtlichen Anerkennung des Rechts auf Selbsttötung, welche die einem individuellen Suizidentschluss zugrundeliegenden Motive einschließt und diese damit einer Beurteilung nach Maßstäben objektiver Vernünftigkeit entzieht, verbietet es sich aber, die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung materiellen Kriterien zu unterwerfen.“ Je nach Lebenssituation können aber unterschiedliche Verfahrensanforderungen gestellt werden (vgl. a.a.O. - Rn. 340).

Der Arzt oder die Ärztin hat selbstverständlich auch im Rahmen des Verfahrens nach § 7 zu überprüfen, ob die Person aus autonom gebildetem, freiem Willen im Sinne des § 3 ihr Leben beenden möchte (vgl. § 6 Absatz 1) und muss sie entsprechend § 6 Absatz 2 aufklären. Eine gesonderte Beratung durch eine Beratungsstelle im Sinne des § 5 muss hingegen nicht erfolgen, weshalb auch die in § 6 Absatz 3 und 4 normierten Fristen von mindestens drei Wochen und maximal zwölf Wochen nach der Beratung keine Anwendung finden. Um ein zusätzliches Schutzelement - auch für Ärzte und Ärztinnen - einzubauen, ist vorgesehen, dass die Einschätzung, ob ein Härtefall vorliegt, zusätzlich durch einen zweiten unabhängigen Arzt oder eine zweite unabhängige Ärztin getroffen werden muss (Erfordernis des Vier-Augen-Prinzips).

### **Zu Absatz 2**

In Absatz 2 wird definiert, wann ein besonderer Härtefall vorliegt. Dabei wird einerseits subjektiv an den Leidenszustand der suizidwilligen Person und die jeweiligen Auswirkungen auf ihr Leben angeknüpft. Erfasst werden soll auch ein Leidenszustand, bei dem Funktions-, Partizipations- und Kontrollverlust im Spätstadium einer Krankheit als unvereinbar mit den eigenen Vorstellungen vom Lebensende und ggf. als quälende Erfahrung oder Angst empfunden werden (etwa im Sinne von: keine Lebenszeit ohne Lebensqualität). Konkretisiert („insbesondere“) wird dies andererseits durch Bezugnahme auf die (objektive) Palliativdefinition (vgl. § 37b Absatz 1 Satz 1 SGB V). Damit sollen die Voraussetzungen, wann ein Arzt oder eine Ärztin nach § 7 verschreiben darf, möglichst konkret definiert und so eine rechtssichere Entscheidungsgrundlage geschaffen werden.

### **Zu § 8 (Erteilung einer Erlaubnis zum Erwerb eines Arznei- oder Betäubungsmittels zum Zweck der Selbsttötung)**

§ 8 trägt dem Umstand Rechnung, dass es für einige suizidwillige Personen aus individuellen Gründen nicht möglich sein kann, eine Verschreibung durch einen Arzt oder eine Ärztin nach § 6 zu erlangen. Diese Gründe können vielfältiger Natur sein. Eine Verschreibung ist etwa dann nicht zumutbar zu erlangen, wenn die Person bereits mehrere Ärzte oder Ärztinnen aufgesucht hat aber keiner bereit war, eine entsprechende Verschreibung vorzunehmen, obwohl die Voraussetzungen von § 6 vorliegen. Hierbei gibt es keine starre Grenze, wie viele Ärzte oder Ärztinnen eine Person bereits aufgesucht haben muss, bevor sie sich an die staatliche Stelle wenden kann. Vielmehr sind die individuellen Umstände zu berücksichtigen, die die suizidwillige Person der staatlichen Stelle gegenüber glaubhaft machen muss.

§ 8 soll damit sicherstellen, dass auch Betroffene, denen – aus welchen Gründen auch immer – keine Möglichkeit zu einer ärztlichen Verschreibung zuteilwird, nicht auf individuell als inhuman und nicht würdevoll empfundene Suizidmöglichkeiten verwiesen sind.

Es müssen sodann die gleichen Voraussetzungen wie bei einer Verschreibung nach § 6 eingehalten werden. Das heißt, dass sowohl der freie Wille im Sinne des § 3 festgestellt werden muss (vgl. § 6 Absatz 1) als auch eine medizinische Aufklärung entsprechend § 6 Absatz 2 zu erfolgen hat und die vorherige Beratung samt der vorgesehenen Fristen (vgl. § 6 Absatz 3 und 4) durchgeführt worden sein muss. Dass diese Voraussetzungen vorliegen, muss entweder ein Arzt oder eine Ärztin oder bei der zuständigen Stelle angestelltes gleichermaßen qualifiziertes Fachpersonal bestätigen. Entsprechend muss das Fachpersonal über hinreichende medizinische Kenntnisse verfügen.

§ 8 stellt insofern einen staatlichen Rückfallanker dar, der absichert, dass es suizidwilligen Personen möglich ist, auch dann auf würdevollem Weg ein Mittel zur Selbsttötung zu erlangen, wenn die Voraussetzungen des § 6 vorliegen, aber keinen aufgesuchten Arzt oder keine aufgesuchte Ärztin eine Verschreibung vornehmen möchte, wozu aufgrund § 2 Absatz 2 auch niemand verpflichtet ist.

Wichtig ist hervorzuheben, dass die Bediensteten der staatlichen Stelle keine Entscheidung darüber treffen, ob sie den entsprechenden Entschluss der Betroffenen ethisch billigen oder nicht. Der Staat erteilt keine Erlaubnis zur

Selbsttötung – diese Position kann und darf er nicht einnehmen – sondern allein die Erlaubnis (vergleichbar mit einer ärztlichen Verschreibung), das Mittel zu erwerben, sofern die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen.

### **Zu § 9 (Verordnungsermächtigung)**

Durch § 9 wird die Bundesregierung (und qua Subdelegation das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium der Justiz) ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates per Rechtsverordnung nähere Regelungen zu einzelnen Unteraspekten des Verfahrens und der Zugänglichmachung des zur Selbsttötung einzunehmenden Mittels zu regeln.

Darunter fällt insbesondere auch die sichere Aufbewahrung der zu verschreibenden Arznei-/Betäubungsmittel. Im Bereich des Betäubungsmittelgesetzes ist in diesem Kontext z.B. auf bereits bestehende (und mit Sanktionen bewehrte) Regelungen hinzuweisen. Eine Höchstdauer der Aufbewahrung ergibt sich aus § 16 BtMG (Vernichtungspflicht, wenn nicht mehr verkehrsfähig bzw. Rückgabe auf Aufforderung des BfArM; Verstoß ist als Ordnungswidrigkeit gemäß § 32 Absatz 1 Nummer 10 BtMG sanktioniert). Die unerlaubte Weitergabe ist nach § 29 Absatz 1 Nummer 1 BtMG strafbar. Spezielle Verschreibungs- und Aufbewahrungsregelungen bei Menschen in Alten-/Pflegeheimen, Hospizen, ambulanter Palliativversorgung gibt es in § 5c BtMVV. Die Prüfung, ob und welche weiteren Regelungen zur sicheren Aufbewahrung von zum Suizidzweck verschriebenen Arznei-/Betäubungsmittel erforderlich sind, bleibt dem Ordnungsgeber überlassen.

Per Rechtsverordnung können ferner gewisse Meldepflichten errichtet werden, beispielsweise mit Blick auf vorgenommene Verschreibungen, ausgegebene Arznei-/Betäubungsmittel und in der Folge vorgenommene Selbsttötungen. Zudem können so durch Rechtsverordnung die notwendigen Regelungen für den Meldeschein im Todesfall an die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen durch den vorliegenden Entwurf angepasst werden. Die Verordnung soll zudem den Umfang der Dokumentationspflichten und der entsprechenden Weiterleitung für die in § 10 vorgesehene Evaluation regeln. Dazu sollte u.a. die Festlegung gehören, anhand welcher Unterlagen evaluiert wird sowie welche Informationen in welcher Form Beratungsstellen und verschreibende Ärzte und Ärztinnen bzw. die nach Landesrecht zuständigen Stellen bereitzustellen haben (jeweils unter Wahrung des Datenschutzes/der Anonymität der Beratenen und Suizidenten).

Weiterhin müssen im Rahmen der Suizidhilfe tätige Ärzte und Ärztinnen, wenn sie suizidwillige Personen aufklären und Arznei-/Betäubungsmittel verschreiben, nicht unentgeltlich tätig sein. Es dürfte aber im Ergebnis sinnvoll sein, die mögliche Vergütung der Höhe nach zu begrenzen.

Gleichzeitig besteht auch die Möglichkeit, die Zulassung organisierter Angebote von Suizidhilfe von einer Zuverlässigkeitsprüfung abhängig zu machen und die Prävention gegen die Etablierung rein auf Gewinnstreben ausgerichteter Angebote per Rechtsverordnung zu regeln.

### **Zu § 10 (Berichtswesen; Evaluation)**

Das Thema der Suizidhilfe ist von solch hoher Relevanz, dass es über den einmaligen Gesetzgebungsakt hinaus ständiger parlamentarischer Begleitung bedarf. Die Vorschrift sieht eine umfassende Evaluierung des Gesetzes vor. Der Zeitraum ist dabei so bemessen, dass einerseits hinreichend Zeit für die Ermittlung aller Fakten und die wissenschaftliche Auswertung bleibt und andererseits nicht zu viel Zeit vergeht, damit der Gesetzgeber die gewonnenen Erkenntnisse zum Anlass für eine eigene Bewertung nehmen kann.

Der Evaluationsbericht soll allgemeine Entwicklungen im Bereich der Suizidhilfe aufzeigen, damit der Gesetzgeber die kurzfristigen und langfristigen Auswirkungen der gesetzlichen Regelung fortlaufend betrachten kann. Die Bundesregierung hat erstmals spätestens nach drei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes und sodann alle drei Jahre die Wirksamkeit dieses Gesetzes umfassend zu evaluieren. Sofern sich Entwicklungen hin zu der Entstehung und Etablierung rein auf Gewinnstreben orientierter Angebote erkennen lassen, ist staatlicherseits im Einklang mit den Erwägungen des Bundesverfassungsgerichts umgehend nachzusteuern.

Die entsprechende Erhebung der Daten, welche die Grundlage der Evaluation bilden, soll sich auf die Dokumentation und die Meldungen stützen. Der entsprechende Umfang und der zwingend erforderliche Datenschutz sind in der Rechtsverordnung zu regeln.

### Zu § 11 Übergangsvorschrift

Der Aufbau und die Anerkennung der Beratungsstelleninfrastruktur wird eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen. Um die Umsetzung von Sterbewünschen nach Inkrafttreten dieses Gesetzes gewährleisten zu können und Betroffene nicht allein zu lassen, treten Ärzte und Ärztinnen für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren an die Stelle der Beratungsstellen. Zwar ist ohnehin im Gesetz vorgesehen, dass sich Ärzte und Ärztinnen als Beratungsstellen anerkennen lassen können. Im Übergangszeitraum entfällt allerdings die Pflicht zur staatlichen Anerkennung. Gleichwohl sind die Ärzte und Ärztinnen an die Anforderungen, die § 4 für eine Beratung normiert, gebunden. Durch die Verweisung auf § 4 ist klar (siehe § 4 Absatz 4), dass Ärzte und Ärztinnen, die hier übergangsweise beraten, den jeweils Beratenen später kein Arznei-/Betäubungsmittel zum Suizidzweck verschreiben dürfen.

### Zu Artikel 2 (Änderung des Betäubungsmittelgesetzes)

Aufgrund der Implementierung des prozeduralen Sicherungskonzeptes bedarf es einer konsistenten Anpassung des Betäubungsmittelrechts. Das Betäubungsmittelgesetz wird entsprechend den Erwägungen dieses Gesetzes angepasst, sodass eine Verschreibung eines Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung auch in Kongruenz mit den betäubungsmittelrechtlichen Regelungen steht, sofern die Voraussetzungen dieses Gesetzes vorliegen.

Die Änderungen in § 4 und 12 sind erforderlich, da das BtMG bislang das Konstrukt einer verschreibungsgleichen Erlaubnis, wie § 8 Suizidhilfegesetz es vorsieht, nicht kennt.

Die Änderung in § 13 Absatz 1 erfolgt, um klarzustellen, dass die Verschreibung eines Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung erlaubt ist. Die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel (verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel) dürfen nur von Ärzten und nur dann verschrieben werden, wenn ihre Anwendung impliziert ist. Bislang war gesetzlich nicht explizit geregelt, dass die Anwendung auch dann begründet ist, wenn ein Arzt oder eine Ärztin das Betäubungsmittel einem Patienten oder einer Patientin zum Zwecke der Selbsttötung verschreibt. Nach der einschlägigen Kommentarliteratur ist die Anwendung begründet, wenn nach anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft eine Indikation für die Anwendung des Betäubungsmittels besteht, also das Mittel im Rahmen einer medizinischen Behandlung zu therapeutischen Zwecken eingesetzt werden soll und als Heilmittel für das Leiden von Patienten und Patientinnen geeignet ist. Bislang war nicht abschließend geklärt, ob die Verschreibung zum Zwecke eines freiverantwortlichen Suizids die Anwendung begründet. Zum Teil wurde dies verneint (vgl. Patzak/Volkmer/Fabricius/Patzak, 10. Aufl. 2022, BtMG § 13 Rn. 17; WD-Gutachten - WD 9 - 3000 - 020/20). Diese Unsicherheit soll durch die Änderung in § 13 Absatz 1 BtMG und den expliziten Verweis auf das Suizidhilfegesetz beseitigt werden. Durch den Verweis auf das Suizidhilfegesetz wird also klargestellt, dass eine Verschreibung zum Zwecke der Selbsttötung im Rahmen des Verfahrens des Suizidhilfegesetzes erfolgen darf.

Konkret in Bezug auf Natrium-Pentobarbital, welches in anderen Ländern (wie der Schweiz, Belgien und den Niederlanden) primär als Mittel zur Selbsttötung verwendet wird und z.B. in Österreich explizit als geeignetes Präparat im Gesetzestext genannt wird, bedeutet dies, dass eine Verschreibung durch einen Arzt oder eine Ärztin gem. § 13 Absatz 1 BtMG möglich ist. Denn Barbitale sind in Anlage III zu § 1 BtMG (verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel) genannt.

§ 2 Absatz 1 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) bestätigt dies, da dort festgelegt ist, dass ein Arzt oder eine Ärztin für einen Patienten oder eine Patientin die in Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes bezeichneten Betäubungsmittel außer Alfentanil, Cocain, Etorphin, Remifentanil und Sufentanil verschreiben darf. Barbitale sind bei diesen Ausnahmen nicht genannt.

Die Änderung in § 13 Absatz 2 erfolgt, damit auch im Falle einer Erlaubniserteilung nach § 8 die Abgabe durch die Apotheken möglich ist. Auch hier wird explizit auf das Suizidhilfegesetz Bezug genommen.

Die Änderung in § 29 wird vorgenommen, um den Bezug der Strafvorschrift zu konkretisieren.

### Zu Artikel 3 (Änderung des Strafgesetzbuches)

Die gemäß § 4 beratende Person kann je nach konkreter Ausgestaltung der Beratung einer suizidwilligen Person Einblicke in die Intim- und Privatsphäre, den Gesundheitszustand und die soziale Vernetzung der beratenen Person erhalten. Es ist davon auszugehen, dass sich die beratenen Menschen, die sterben möchten, ihrem Gegenüber öffnen. Dies kann jedoch nur gewährleistet werden, wenn die beratene Person weiß, dass der Inhalt der Beratung

nicht an unberechtigte Dritte oder die Öffentlichkeit gelangt. Eine Verschwiegenheitsverpflichtung der beratenden Person über die in der Beratung gewonnenen Informationen ist deshalb unerlässlich.

#### **Zu Artikel 4 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)**

Die Änderung in § 48 Abs.1 AMG sichert den Gleichlauf von ärztlicher Verschreibung nach § 6 und 7 und Erlaubniserteilung nach § 8 auch in arzneimittelrechtlicher Hinsicht. Die Änderung des § 81 AMG erfolgt als zusätzliche Klarstellung.

#### **Zu Artikel 5 (Änderung des Heilmittelwerbegesetzes)**

Durch die Ausweitung des Anwendungsbereichs des HWG auf Suizidhilfe finden die Verbote und Vorgaben des HWG auf Publikumswerbung für jegliche Form der Suizidhilfe Anwendung. So ist insbesondere eine irreführende Werbung für Suizidhilfe (§ 3 HWG) verboten. Zudem sind die Vorgaben für die Publikumswerbung in § 11 Absatz 1 HWG einzuhalten. Diese Ausweitung des Anwendungsbereichs soll gewährleisten, dass für Suizidhilfe nicht in irreführender, unsachlicher oder anstößiger Form geworben werden kann. Im Gegensatz zu den Regelungen in den Berufsordnungen der Landesärztekammern, die sich ausschließlich an Ärzte und Ärztinnen richten, gelten die Vorgaben des HWG für jedermann.

#### **Zu Artikel 6 (Inkrafttreten)**

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.

Berlin, den 5. Juli 2023

**Sonja Eichwede**  
Berichterstatlerin

**Carmen Wegge**  
Berichterstatlerin

**Ansgar Heveling**  
Berichterstatler

**Renate Künast**  
Berichterstatlerin

**Katrin Helling-Plahr**  
Berichterstatlerin

**Thomas Seitz**  
Berichterstatler

**Clara Bünger**  
Berichterstatlerin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt