



Die aktuelle Sterbehilfediskussion

9. Int. Sylter Palliativtage

Heiner Melching, Berlin

Geschäftsführer der DGP www.palliativmedizin.de

E-Mail: heiner.melching@palliativmedizin.de



Ursprünglich geplanter Vortrag:
SAPV – Wunsch und Wirklichkeit

Heiner Melching, Berlin

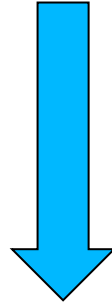
Geschäftsführer der DGP www.palliativmedizin.de

E-Mail: heiner.melching@palliativmedizin.de

§ 132d SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- (1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals **bis zum 30. September 2019** einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b. **Den besonderen Belangen von Kindern ist durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung zu tragen.** In den Rahmenverträgen sind die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Rahmenverträge sind in geeigneter Form öffentlich bekannt zu machen. Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss einer Leistungsberechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen einzeln oder gemeinsam. Die Ausgabe des Rahmenvertrages nach Satz 1 oder Satz 2 und unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes. In dem Vertrag nach Satz 6 werden die Einzelheiten der Versorgung festgelegt. Dabei sind die regionalen Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.
- (2) Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge nach Absatz 1 durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese im Fall der Rahmenverträge nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 vom Bundesversicherungsamt und im Fall der Verträge nach Absatz 1 Satz 6 von der für die vertragschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung.
- (3) Krankenkassen können Verträge, die eine ambulante Palliativversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfassen, auch auf Grundlage der §§ 73b oder 140a abschließen. Die Qualitätsanforderungen in den Rahmenverträgen nach Absatz 1 und in den Richtlinien nach § 37b Absatz 3 und § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 5 gelten entsprechend.

WIRKLICHKEIT:



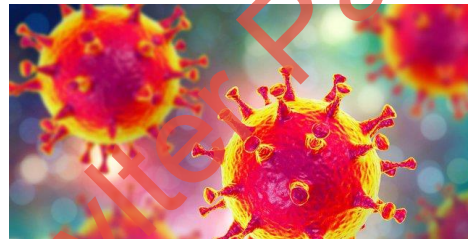
Schiedsverfahren mit den offenen Fragen:

- Festanstellung der Leistungserbringer*innen beim SAPV-Träger (25% oder 50% oder 0%)
- Dritte Berufsgruppe (z.B. Sozialarbeit, Psychologie, o.ä.) - rechtliche Grundlage?

9. Int. Cyber Palliativtage



~~SAPV – Wunsch und Wirklichkeit~~



Die aktuelle Sterbehilfediskussion

Heiner Melching, Berlin

Geschäftsführer der DGP www.palliativmedizin.de

E-Mail: heiner.melching@palliativmedizin.de

Fallbeispiel

(SAPV-psychosoziale Unterstützung / Corona / Assistierter Suizid)

9. Int. Sylter Palliativtage

You`ll never walk alone?

- Ehepaar Anfang 70 in 4-Zimmer-Wohnung in Berlin Charlottenburg, seit > 3 Jahrzehnten verheiratet
- Sie:
 - Patientin mit Multipler Sklerose, Hirnstimulator, dementielle Erkrankung
 - zunehmende motorische und kognitive Defizite -> Sturz 11/20 mit Hirnblutung
 - geplante Rehabilitation muss 12/20 wg. Coronaausbruch in Einrichtung verschoben werden, Entlassung aus Akutkrankenhaus ohne Anschlussversorgung
 - PG 2, Höherstufung beantragt, früher erfolgreiche Geschäftsführerin

You`ll never walk alone?

- Er:
 - pflegender Angehöriger seit > 2 Jahren mit zunehmender Überlastung in den letzten Wochen
 - vor 30 Jahren Herztransplantation, vermehrt orthopädische Probleme
 - Aktiver Segler, 1 Tochter aus früherer Beziehung
- Gemeinsam:
 - Pflegedienste kommen unzuverlässig und ohne Einhaltung der Schutzmaßnahmen
 - Kurzzeitpflegen ohne Kapazitäten
 - Tageskliniken geschlossen
 - Pflegeheim von ihr abgelehnt (Besucherregelung)
 - Freunde ziehen sich zurück aus „Sicherheitsgründen“

- „Ausweg 1“:

- Er bittet befreundete Ärztin um Unterstützung beim assistierten Suizid der Ehefrau. (wurde nicht gewählt)

- „Ausweg 2“:

- Zunehmende Erschöpfung des pflegenden Angehörigen im Januar mit Übelkeit, Erbrechen, Fieber und Sturz
- Verzögerter Arztkontakt, da Unterbringung der Ehefrau sich nicht klären lässt
- 17.01.2021 – Aufnahme der Eheleute mit Covid in Lungenklinik – Infektionsweg? Pflegedienst?
- Begleitung von beiden durch den stationären Palliativdienst

- Sie (Patientin)

- Asymptomatischer Verlauf
- Einleitung eines Betreuungsverfahrens
- Unterbringung in Pflegeeinrichtung



- Er (pflegender Angehöriger)

- Akutes Lungenversagen mit Beatmung
- Versterben 2 Wochen nach Aufnahme



Offene Fragen aus dem Fall:

- Wäre „Ausweg 1“ der bessere gewesen? → der bis dahin recht fitte Ehemann, der Leben wollte, würde vermutlich noch leben, und die jetzt im Pflegeheim lebenden Ehefrau, die (evtl.) sterben „wollte“ wäre tot.
- Hätte eine bessere psychosoziale und pflegerische Unterstützung, oder die Koordination und Organisation verschiedener Unterstützungsangebote die Eskalation verhindert?
- Wäre vor 2015 (oder vor dem Februar 2020) überhaupt die Frage nach einem assistierten Suizid in dieser Situation gestellt worden?
Ist die gesellschaftliche Akzeptanz (oder Erwartung / Druck) inzwischen soweit fortgeschritten, dass ein assistierter Suizid als „normaler“ Ausweg aus einer Krisensituation betrachtet wird?

Anfragen in der DGP Geschäftsstelle

Seit dem Urteil des BVerfG im Februar 2020 erreichen die DGP Geschäftsstelle ca. drei Anfragen pro Woche zu der Frage: „Wo kann ich die Pille bekommen“

- Wer fragt?
- Wonach wird gefragt?
- Was sind die genannten Gründe für den Suizidwunsch?

Anfragen in der DGP Geschäftsstelle

Erfassung / Dokumentation der Anfragen

- Anfragende*r:
- Alter:
- Geschlecht:
- Erkrankung:
- Lebenssituation:
- Ist der Suizidwunsch / -plan mit Nahestehenden kommuniziert? Ja / Nein
- Gab es bereits einen (oder mehrere) Suizidversuche?
- Genannte Gründe für den Suizidwunsch:
- Wissensdefizite (z.B. zu Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung, medizinische Möglichkeiten, rechtliche Situation, Patientenrechte, usw.):
- Welches Vorgehen (Methode, Setting, Ort) wird gewünscht:
- Gesprächsergebnis:

Anfragen in der DGP Geschäftsstelle

Bisherige Auswertung der Anfragen (seit 11/2020 N=23)

- **Alter:** von 20 bis 87 Jahre
- **Geschlecht:** M=13 W = 10
- **Genannte Erkrankungen:** 1 Psychose / 2 Depressionen / 1 Demenz / 2 Krebs im Frühstadium / 17 keine akute schwere Erkrankung
- **Lebenssituation:** 16 alleine lebend / 4 verh./ 1 bei Eltern / 2 k.A.
- **Ist der Suizidwunsch / -plan mit Nahestehenden kommuniziert?** Ja / Nein
7 ja / 12 nein / 4 k.A.
- **Genannte Gründe für den Suizidwunsch:** Angst vor qualvollem Sterben / Angst vor Pflegebedürftigkeit / Sinnlosigkeit des Weiterlebens, Nutzlosigkeit, Einsamkeit, Gutes Leben gehabt „das ist jetzt lang genug“, keine Belastung für andere (Kostenfaktor) / psychisches Leid, Selbstbestimmung des Zeitpunktes.
- **Welches Vorgehen** (Methode, Setting, Ort) wird gewünscht: „Pille für den Notfall mit nach Hause nehmen“ / Einnahme Zuhause begleitet von Ärztin/Arzt oder Pflege / keine konkreten Vorstellungen
- **Wissensdefizite** (z.B. zu Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung, medizinische Möglichkeiten, rechtliche Situation, Patientenrechte, usw.):
→ 100%
- **Gesprächsergebnisse:** 21 zunächst zufrieden mit Aufklärung und „anderem Rettungsanker“ / 2 warten auf gesetzliche Regelungen bzw. suchen weiter

Mögliche Ursachen für vermehrte Anfragen nach Suizidhilfe

**Gedanken zur aktuellen
Sterbehilfediskussion**

Angst vor dem was kommen könnte?



- **Genannte Gründe für den Suizidwunsch:** Angst vor qualvollem Sterben / Angst vor Pflegebedürftigkeit / Sinnlosigkeit des Weiterlebens, Nutzlosigkeit, Einsamkeit, Gutes Leben gehabt „das ist jetzt lang genug“, keine Belastung für andere (Kostenfaktor) / psychisches Leid, Selbstbestimmung des Zeitpunktes.



Pflegeskandal

Prüfbericht der Krankenkassen deckt Pflege-Skandal auf
Skandalöse Zustände bei ambulanten Pflegediensten und in Pflegeheimen offenbart der Prüfbericht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDS). Jeder dritte Heimbewohner bekommt nicht genug zu essen.

HAMBURG - Dem Prüfbericht zufolge werden 35,5 Prozent der Heimbewohner und 42,4 Prozent der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, nicht häufig genug umgebetet und liegen sich wund. Jeder dritte Pflegefall (Heime: 34,4 Prozent; ambulante Pflege: 29,6 Prozent) bekommt nicht genug zu essen und zu trinken, zitiert die "Bild"-Zeitung aus dem Bericht. Keine angemessene Inkontinenzversorgung diagnostizieren die Kassenprüfer bei 15,5 Prozent der Heimbewohner und bei 21,5 Prozent der ambulant Versorgten.

Besonders Demenzerkrankte werden nicht ausreichend betreut (Heime: 30,3 Prozent, ambulant: 26,1 Prozent). Der MDS-Geschäftsführer Peter Pick sagte der Zeitung: "Wir haben in einer Reihe von Pflegeheimen nach wie vor Riesenprobleme. Es herrschen katastrophale Zustände: Dort ist Pflege

Pflege in 2030? – Erwartungen...

- Weniger Fachkräfte, mehr Laien
- Mehr Pflegehilfskräfte
- Mehr Aushilfspersonal
- Importpflegekräfte
- Noch höhere Belastungen
- Noch weniger Anerkennung und Respekt
- Pflegeroboter



Report

Erhebliche Defizite bei der Pflege

Berlin (dpa) - Bei der Pflege alter und hilfsbedürftiger Menschen gibt es trotz einiger Fortschritte nach wie vor erhebliche Missstände. Das geht aus dem Pflegebericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) hervor, der am Freitag in Berlin vorgelegt wurde. » mehr

Wer keine Angehörigen mehr hat und nicht mehr aus dem Bett rauskommt, der darf einsam im Bett verrotten.



Warum will Oma plötzlich nicht mehr ins Altenheim?



er Spirk, Berufsbetreuer



Mehr Fälle von aktiver Sterbehilfe in Belgien

Kontrollkommission berichtet: Jeder dritte Getötete war unter 60 Jahre alt

Die Zahl der Sterbehilfe-Fälle in Belgien ist im vergangenen Jahr auf knapp 500 gestiegen. Das sei rund ein Siebtel mehr als im Vorjahr, berichtete der Fernsehsender VRT. Die Euthanasie-Kontrollkommission gehe aber davon aus, dass nur etwa jeder zweite Fall gemeldet werde. Die tatsächliche Zahl würde damit doppelt so hoch liegen.

Fünf von sechs Sterbehilfe-Anträgen kommen demnach aus Flandern, der Rest aus Wallonien. Französischsprachige Ärzte seien seltener bereit, Sterbehilfe zu leisten, heißt es in dem Bericht. Jeder dritte durch Euthanasie gestorbene Patient sei unter 60 Jahre alt. Die meisten seien unheilbar Krebs erkrankt.

Voraussetzung ist, dass ein erwachsener Kranker im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte Wunsch zu sterben „freiwillig und wiederholt“ äußert.



In Würde sterben

ÄrzteZeitung

STERBEHILFE

„Wir brauchen den ärztlich assistierten Suizid“

picture alliance

APOTHEKE Zürich

Lebte wie ab

antworten

30 62 96 8

neine Legalisierung Suizids ab

beim Suizid

Prinz Friso: Sterbehilfe in Holland?

Er liegt weiter im Koma Rückkehr in Heimat

„Raum noch Hoffnung“

„Noch nie in der Geschichte der Menschheit haben Menschen so lange gelebt – und noch nie sind sie so unwürdig gestorben!“

Ist Sterben schon?

Neue BILD-Serie über die Rätsel des Todes

Quelle: YouGov, Prozentwerte gerundet von 18,83%, 71,64% und 11,53%

© ZEIT ONLINE

008 x 1347

ABONNEMENT

Sind Sie schon Mitglied?

Umfrage: Sterbehilfe

Die Beihilfe zur Selbsttötung, etwa durch Gift, ist in der Schweiz strafbar – sofern der Mensch das Gift selbst beschafft.

weil nicht

Nein, diese Fälle

DARF ICH MEINE MUTTER TÖTEN?

Dieser Mann hat es getan. Aus Liebe. Die Geschichte einer unfassbaren Tat und die Debatte um die Sterbehilfe.

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chronik eines Desasters

MONACO

Caroline Künig

Schwägerin des Prinzen

FIFA-SKANDAL

Exklusiv: Ein Video, das zeigt, wie der Mann seine Mutter tötete.

Die Chron

Die Diskussion ist in hohem Maße durch die Medien geprägt...

...und durch die Sehnsucht nach klaren Regelungen, Abgrenzungen und Verfahrensweisen



Die aktuelle Sterbehilfediskussion – Regelungen

Aktuell wird die Diskussion von 3 Rechtsentscheidungen dominiert

1. § 217 StGB 12/2015 „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ – am 26.02.2020 vom Bundesverfassungsgericht für unzulässig erklärt
2. Urteil des BVerwG 03/2017 „Erlaubnis zum Erwerb einer tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung“
3. Urteil des BGH 02/2019 – Urteil zur Schadensersatzklage aufgrund ungerechtfertigter Lebenserhaltung

„ Die aktuelle Sterbehilfediskussion – Worum geht's dabei eigentlich?!“

Aktuell wird die Diskussion von 3 Rechtsentscheidungen dominiert

1. § 217 StGB 12/2015 „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ – am 26.02.2020 vom Bundesverfassungsgericht für unzulässig erklärt

9. Int. Sylter Palliativtage



EINDEUTIGES URTEIL PRO SELBSTBESTIMMUNG

9.

Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung

Vom 3. Dezember 2015

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1 Änderung des Strafgesetzbuchs

Das Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2025) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 217 wie folgt gefasst:
„§ 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“.
2. § 217 wird wie folgt gefasst:

„§ 217

Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“

Artikel 2 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiemit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 3. Dezember 2015

Der Bundespräsident
Joachim Gauck

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister
der Justiz und für Verbraucherschutz
Heiko Maas



Strafgesetzbuch (StGB)

§ 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

- (1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

„...denn der BGH hat in seinem Grundsatzurteil klargestellt, dass eine strafbare Tötung auf Verlangen auch dann nicht vorliegt, wenn eine Behandlung entsprechend dem Willen der Patientinnen und Patienten durch aktive lebensbeendende Maßnahmen abgebrochen wird: „Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.“

Von der „Hilfe zum Sterben“ abzugrenzen ist die „Hilfe beim Sterben“, wie sie grundsätzlich in Hospizen und auf Palliativstationen geleistet wird. Unter „Hilfe beim Sterben“ werden ärztliche und pflegerische Maßnahmen verstanden, durch die ohne das Ziel der Lebensverkürzung Schmerzen gelindert werden (vgl. Eser/Sternberg-Lieben in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Auflage 2014, Vorbemerkungen zu §§ 211 ff. Rn. 23).

Die „Hilfe beim Sterben“ ist strafrechtlich irrelevant und stellt keine geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung im Sinne dieses Gesetzes dar. Vielmehr ist sie ein selbstverständliches Gebot der Humanität. Sie wird durch den Gesetzentwurf nicht kriminalisiert. Im Gegenteil führt die Neuregelung auch gegenüber der „Hilfe beim Sterben“ zu einer stärkeren Rechtssicherheit.

Rechtliche Fragen

Worauf zielte der § 217 ab?

SterbeHilfeDeutschland e.V.

**Wir helfen
unseren Mitgliedern:**

**Wir unterstützen sie bei
der Durchsetzung ihres
Selbstbestimmungsrechts
im Leben und im Sterben.**

**Wir unterstützen sie bei
der Abfassung und Durch-
setzung ihrer individuellen
Patientenverfügung.**

**Bei hoffnungsloser
Prognose, unerträglichen
Beschwerden oder un-
zumutbarer Behinderung
ermöglichen wir einen
begleiteten Suizid.**

9. Int. Sylter Palliativloge

Rechtliche Relevanz / Konsequenzen des berufsrechtlichen Verbots des ärztlich assistierten Suizids

Urteil zur Untersagungsverfügung einer Ärztekammer wegen Überlassung tödlicher Substanzen

Gericht: VG Berlin 9. Kammer

Entscheidungsdatum: 30.03.2012

Aktenzeichen: 9 K 63.09

Uwe-Christian Arnold

†11.04.2019

Ca. 200 assistierte Suizide in 15 Jahren (nach eigenen Angaben)

Auszüge aus der Urteilsbegründung des VG Berlin

37/ 2. Die Untersagungsverfügung verstößt aber jedenfalls gegen höherrangiges Recht, soweit sie die Weitergabe todbringender Substanzen an Suizidwillige ausnahmslos verbietet.

41 Ein gesetzliches Verbot ärztlicher Beihilfe zum Suizid etwa durch Überlassen todbringender Medikamente besteht nicht (vgl. Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 6. Aufl. 2008, Rn. 676). Beihilfe zur Selbsttötung ist straflos, auch soweit sie von einem Arzt geleistet wird. Die Verschreibung todbringender verschreibungspflichtiger Medikamente für einen geplanten Suizid dürfte zwar Sinn und Zweck der arzneimittelrechtlichen Verschreibungspflicht gemäß § 48 Arzneimittelgesetz (AMG) widersprechen, die gerade eine nicht indizierte, missbräuchliche Verwendung von Medikamenten verhindern will (so auch VG Hamburg, Beschluss vom 6. Februar 2009 – 8 E 3301/08 –, Rn. 50). Gleichwohl ist eine solche Verschreibung durch einen Arzt weder strafbar (nicht von § 96 Nr. 13 AMG erfasst) noch sonst verboten.

„Ärzte könnten Patienten beim Suizid etwa durch das Ausstellen eines Rezeptes helfen, ohne Angst haben zu müssen, bestraft zu werden oder die ärztliche Zulassung zu verlieren.“

(Bundesärztekammerpräsident Hoppe in einem Spiegel Interview vom 19. Juli 2010)

Außer dem Fall Hackethal kein weiteres berufsgerichtliches Verfahren wegen Beihilfe zum Suizid.

Keine einzige Sanktionierung!

Aus dem Brief einer Angehörigen

Mit diesem Erlebnisbericht möchte ich mir Luft verschaffen, nachdem mein Mann unter einer tödlich verlaufenden Krankheit im Endstadium gelitten hat.

Mein Mann hat Herrn Arnold angerufen und ihn damit beauftragt, seinem Leben ein Ende zu bereiten.

Herr Arnold hat uns mehrfach (3-4 mal) besucht, musste aber unverrichteter Dinge wieder gehen, weil mein Mann sich zu der über 1 ½ Stunden andauernden Prozedur mit dem Auslöffeln eines Breitellers mit Zwischengetränken nicht überwinden konnte. Der Sterbevorgang mit der Kaffeemühle sollte am Abend vollzogen werden, wobei Herr Arnold anschließend die Wohnung verlassen wollte. Ich sollte dann bis in die Morgenstunden abwarten, bis ich den Hausarzt über den Tod telefonisch informiere. Mir wurde aufgetragen den Fall so zu schildern, dass ich meinen Mann am Morgen in seinem Fernsehsessel leblos vorgefunden habe. Alleine schon diese Vorstellung war für mich eine grauenhafte Zumutung.

Im Verlauf einer Verschlimmerung des Gesundheitszustandes hat sich mein Mann für die Einlieferung in ein Krankenhaus entschieden. Dort war er zunächst auf einer normalen Station, [....] Es folgte die Verlegung auf die dortige Palliativstation, wo mein Mann dann nach 2 Tagen friedlich eingeschlafen ist.

Anstelle von informativer Aufklärung über die Möglichkeiten einer Palliativstation, wurden von Herrn Arnold bei seinem Besuch lediglich Witze vorgetragen, die bei meinem Mann zunehmende Zweifel an der Seriosität seines Arztberufes aufkommen ließen.

Herr Arnold hat von meinem Mann 4.000,- Euro in bar erhalten. Während meines informierenden Anrufes am Sterbetag, wollte Herr Arnold mich nochmals mit seiner Frau besuchen, da er einen „erhöhten Aufwand“ gehabt habe und darüber noch gesprochen werden müsse. Für mich hörte sich das deutlich wie eine Nachforderung an.

Ich habe dann Herrn Arnold schriftlich um eine Erklärung und Verdeutlichung dieses „erhöhten Aufwandes“ gebeten. Hierbei kann es sich allenfalls um Kosten für die Anfahrten handeln. Da die geplante Leistung nicht erbracht wurde, habe ich Herrn Arnold um eine Erklärung oder Erstattung des von ihm vereinnahmten Geldes gebeten. Eine Antwort habe ich bislang nicht bekommen. Dieses Verhalten hinterlässt einen bitteren Beigeschmack.

Ich versichere die wahrheitsgemäße Richtigkeit meiner Angaben an Eides statt.

EINDEUTIGES URTEIL PRO SELBSTBESTIMMUNG



**Oder eindeutiges Urteil gegen
die Schutzpflicht des Staates
bei Suizidwilligen?**



Bundesverfassungsgericht

Leitsätze

Zum Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020

- 2 BvR 2347/15 -

- 2 BvR 651/16 -

- 2 BvR 1261/16 -

- 2 BvR 1593/16 -

- 2 BvR 2354/16 -

- 2 BvR 2527/16 -

1. a) Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.

b) Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem 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.

c) Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.

- Das „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ (Leitsatz 1. a., Rn. 202) folgt aus **Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG**, dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Rn. 202). „Dieses Recht besteht in jeder Phase menschlicher Existenz“ (Rn. 210).
- Es „gewährleistet das Recht, selbstbestimmt die Entscheidung zu treffen, sein Leben **eigenhändig** bewusst und gewollt zu beenden und bei der Umsetzung der **Selbsttötung auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen**“ (Rn. 203), also insoweit „**angebotene** Hilfe anzunehmen“ (Rn. 213), *insb. die* „**fachkundige Hilfe kompetenter und bereitwilliger [...] Ärzte**“ (Rn. 213); auch muss es **faktisch realisierbar** sein (Rn. 278, 280, 284, 301).
- Das (vgl. Rn. 222) „Recht auf Selbsttötung“ (Rn. 208) steht nur „zur freien **Selbstbestimmung** und **Eigenverantwortung fähigen** Menschen“ (Rn. 204) zu. Es gelten „**dieselben Grundsätze wie bei einer Einwilligung in eine Heilbehandlung**“ (Rn. 242) einschließlich von Beratung und Aufklärung (Rn. 246).

- Der Suizidentschluss muss u.a. „unbeeinflusst von einer **akuten psychischen Störung**“ (Rn. 241) sein, darf aber auch nicht bloß Ausdruck einer „**vorübergehende[n] Lebenskrise**“ (Rn. 244) sein (zur hohen Zahl psychischer Erkrankungen Rn. 245)
- Der „Wille des Grundrechtsträgers“ (Rn. 210), seine „Willensfreiheit“ (Rn. 235), darf „keinen **unzulässigen** Einflussnahmen oder Druck“ (Rn. 243) bzw. „äußere[m] Druck“ (Rn. 216) ausgesetzt sein, so dass einerseits „Zwang, Drohung oder Täuschung“ (Rn. 247) ausgeschlossen sein müssen, andererseits aber auch „sonstige Formen der Einflussnahme [...], wenn diese geeignet sind, eine **reflektierte, abwägende** Entscheidung orientiert am eigenen **Selbstbild** zu verhindern oder wesentlich zu beeinträchtigen“ (Rn. 247. siehe auch Rn. 242).
- Die Beweggründe dürfen auch nicht verkappt auf **soziale Pressionen** bzw. damit verbundene **gesellschaftliche Erwartungshaltungen**, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, hindeuten (Rn. 235, 250 f.).

- Darüber hinaus muss der Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, „von einer **gewissen ‚Dauerhaftigkeit‘** und **‚inneren Festigkeit‘** getragen“ (Rn. 244) sein, also **ernsthaft** bestehen (Rn. 244).
- Allerdings muss der Suizidwillige **nicht die „autonomiefeindliche Pflicht“** (Rn. 299) dulden, anstatt Suizid zu begehen, die Möglichkeiten etwa der **Palliativmedizin in Anspruch zu nehmen** (vgl. Rn. 299).
- Auch „**[a]ltruistische Beweggründe**“ (Rn. 259) – dazu rechnet das BVerfG **auch den Grund, der Familie oder der Gesellschaft nicht zur Last zu fallen** (Rn. 259) – sind zu akzeptieren.
- **Irgendeiner Begründung oder Rechtfertigung für den Wunsch, das Leben zu beenden, bedarf es nicht** (Rn. 209/210).

- Das Selbsttötungsrecht ist „insbesondere **nicht** auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt“ (Rn. 210) beschränkt bzw. darf **nicht** „etwa vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig“ (Rn. 340) gemacht werden. → Das Urteil befasst sich **generell** mit Suizid.
- Auch solche Beschränkungen auf bestimmte Phasen wären unzulässige „materielle Kriterien“ (Rn. 340), die nach verfassungsrechtlich inakzeptablen „**Maßstäben objektiver Vernünftigkeit**“ (Rn. 340) den Suizident-schluss bewerten würden.
- „**konkret** drohende Gefahren für die persönliche Autonomie“ (Rn. 233) und auch das „hohe Rechtsgut Leben“ (Rn. 223)
- Der Gesetzgeber darf auch **verhindern**, „dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt“ (Rn. 233), wenn er damit nicht bestimmte (mutmaßlich) konsenterte „Werte- und Moralvorstellungen“ (Rn. 234) schützt.

„ Die aktuelle Sterbehilfediskussion – Worum geht's dabei eigentlich?!“

Aktuell wird die Diskussion von 3 Rechtsentscheidungen dominiert

1. § 217 StGB 12/2015 „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ – dazu am 16./17.04.2019 mündliche Verhandlung des BVerfG (6 Anträge zur Verfassungswidrigkeit)
2. **Urteil des BVerwG 03/2017 „Erlaubnis zum Erwerb einer tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung“**
3. Urteil des BGH 02/2019 – Urteil zur Schadensersatzklage aufgrund ungerechtfertigter Lebenserhaltung

Position der Palliativmedizin / DGP zu diesen 3 rechtlichen Aspekten

Sterbehilfe

EXKLUSIV 19.08.2018, 18:06 Uhr

Wie die Regierung beschloss, das höchstrichterliche Urteil zu ignorieren

In „extremen Ausnahmefällen“ dürfen Patienten auf tödliche Medikamente bestehen. Interne Akten beweisen: Im Ministerium beschloss man, diese Entscheidung zu ignorieren. Wie es dazu kam. von

JOST MÜLLER-NEUHOF





BUNDESVERWALTUNGSGERICHT

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

BVerwG 3 C 19.15
OVG 13 A 1299/14

Verkündet
am 2. März 2017

...
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In der Verwaltungsstreitsache

9. Int. Sylter Palliativtage

hat der 3. Senat des Bundesverwaltungsgerichts
auf die mündliche Verhandlung vom 2. März 2017
durch die Vorsitzende Richterin am Bundesverwaltungsgericht Dr. Philipp,
die Richter am Bundesverwaltungsgericht Liebler, Dr. Wysk,
die Richterin am Bundesverwaltungsgericht Dr. Kuhlmann und
den Richter am Bundesverwaltungsgericht Rothfuß

für Recht erkannt:

Das Urteil des Oberverwaltungsgerichts für das Land
Nordrhein-Westfalen vom 19. August 2015 und das Urteil
des Verwaltungsgerichts Köln vom 13. Mai 2014 werden
geändert.

Es wird festgestellt, dass der Bescheid des Bundesinsti-
tuts für Arzneimittel und Medizinprodukte vom 16. Dezem-
ber 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom
3. März 2005 rechtswidrig gewesen ist.

Die weitergehende Revision des Klägers wird zurückge-
wiesen.

Der Kläger und die Beklagte tragen die Kosten des Ver-
fahrens jeweils zur Hälfte.

G r ü n d e :

I

- 1 Der Kläger begehrt im Wege der Restitutionsklage die Feststellung, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (im Folgenden: BfArM) verpflichtet war, seiner mittlerweile verstorbenen Ehefrau den Erwerb von 15 g Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung zu erlauben.



BUNDESVERWALTUNGSGERICHT

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

„...wenn sich der Erwerber wegen einer schweren und unheilbaren Erkrankung in einer extremen Notlage befindet.

Das ist der Fall, wenn:

- erstens - die schwere und unheilbare Erkrankung mit gravierenden körperlichen Leiden, insbesondere starken Schmerzen verbunden ist, die bei dem Betroffenen zu einem unerträglichen Leidensdruck führen und nicht ausreichend gelindert werden können (vgl. Lindner, NJW 2013, 136 <138>; Roxin, NStZ 2016, 185 <187>),
- zweitens - der Betroffene entscheidungsfähig ist und sich frei und ernsthaft entschieden hat, sein Leben beenden zu wollen und ihm
- drittens - eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung steht.

„ Die aktuelle Sterbehilfediskussion – Worum geht's dabei eigentlich?!“

Aktuell wird die Diskussion von 3 Rechtsentscheidungen dominiert

1. § 217 StGB 12/2015 „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ – dazu am 16./17.04.2019 mündliche Verhandlung des BVerfG (6 Anträge zur Verfassungswidrigkeit)
2. Urteil des BVerwG 03/2017 „Erlaubnis zum Erwerb einer tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung
3. Urteil des BGH 02/2019 – Urteil zur Schadensersatzklage aufgrund ungerechtfertigter Lebenserhaltung

Position der Palliativmedizin / DGP zu diesen 3 rechtlichen Aspekten

Nachrichten > Gesundheit > Diagnose & Therapie > Ärzte > BGH entscheidet über Sterbehilfe: Haften Ärzte für sinnloses Leiden?

Bundesgerichtshof entscheidet über Sterbehilfe

Haften Ärzte für sinnloses Leiden?

Heinrich Sening überlebte nur, weil ihn eine Magensonde ernährte. Sein Sohn fordert deshalb Schmerzensgeld vom behandelnden Arzt. Dieser hätte seinen Vater sterben lassen müssen. Nun entscheidet der BGH über den Fall.



Kläger Heinz Sening

START › AKTUELL › BGH-URTEIL ZUR INTENSIVMEDIZIN: EIN LÄNGERES LEBEN KANN KEIN SCHADEN SEIN

AKTUELL

NEWSLETTER

BGH-Urteil zur Intensivmedizin: Ein längeres Leben kann kein Schaden sein

Von **Daniel Pöhler** - 5. April 2019

👁 323

💬 0



Bil



LTO Legal Tribune Online

AKTUELLES KANZLEIEN & UNTERNEHMEN ANWALTSBERUF JUSTIZ STUDIUM

Home > Hintergründe

| BGH lehnt Arzthaftung für "Wrongful Life" ab
Es gibt kein "falsches" Leben

von Maximilian Amos

02.04.2019

A close-up photograph of an elderly person's hand, showing wrinkles and age spots, resting on a light-colored surface with a small floral pattern.



BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

VI ZR 13/18

Verkündet am:
2. April 2019
Holmes
Justizangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: ja

BGHR: ja

BGB § 249 A, § 253

- a) Das menschliche Leben ist ein höchstrangiges Rechtsgut und absolut erhaltungswürdig. Das Urteil über seinen Wert steht keinem Dritten zu. Deshalb verbietet es sich, das Leben - auch ein leidensbehaftetes Weiterleben - als Schaden anzusehen. Aus dem durch lebenserhaltende Maßnahmen ermöglichten Weiterleben eines Patienten lässt sich daher ein Anspruch auf Zahlung von Schmerzensgeld nicht herleiten.



BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

VI ZR 13/18

Verkündet am:
2. April 2019
Holmes
Justizangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: ja

BGHR: ja

BGB § 249 A, § 253

a) Das menschliche Leben ist ein höchstwertiges Rechtsgut und absolut erhaltungswürdig. Das Urteil über seinen Wert steht keinem Dritten zu. Deshalb verbietet es sich, das Leben - auch ein lebensgefährdetes Weiterleben - als Schaden anzusehen. Aus dem durch lebenserhaltende Maßnahmen ermöglichten Weiterleben eines Patienten lässt sich daher ein Anspruch auf Zahlung von Schmerzensgeld nicht herleiten.

„...Abgesehen davon entzieht es sich menschlicher Erkenntnisfähigkeit, ob ein lebensgefährdetes Leben gegenüber dem Tod ein Nachteil ist.“

Aktuelle Entwürfe

Deutscher Bundestag

19. Wahlperiode

Drucksache 19/[...]

[Datum]

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Karl Lauterbach, Dr. Petra Sitte, Swen Schulz und Otto Fricke

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe

Deutscher Bundestag

19. Wahlperiode

Drucksache 19/[...]

[Datum]

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen
Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention

Stand: 24.02.2021

Artikel 1

Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende - Suizidhilfegesetz

§ 1 Recht auf Hilfe zur Selbsttötung

Jeder, der aus autonom gebildetem, freiem Willen sein Leben beenden möchte, hat das Recht, hierbei Hilfe in Anspruch zu nehmen.

§ 2 Recht zur Hilfeleistung

- (1) Jeder darf einem anderen, der aus autonom gebildetem, freiem Willen sein Leben beenden möchte, Hilfe leisten.
- (2) Niemand kann verpflichtet werden, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.
- (3) Niemandem darf unbeschadet des § 6 aufgrund seiner Berufszugehörigkeit untersagt werden, Hilfe zu leisten oder Hilfeleistung zu verweigern.

§ 3 Autonom gebildeter, freier Wille

- (1) Ein autonom gebildeter, freier Wille setzt die Fähigkeit voraus, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können. Es ist davon auszugehen, dass eine Person regelmäßig erst mit Vollendung des 18. Lebensjahres die Bedeutung und Tragweite einer Suizident-scheidung vollumfänglich zu erfassen vermag.
- (2) Dem Suizidwilligen müssen alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte bekannt sein. Erforderlich ist, dass er über sämtliche Informationen verfügt, die ihn befähigen, auf einer hinreichenden Beurteilungsgrundlage realitätsgerecht das Für und Wider abzuwägen. Dies setzt insbesondere voraus, dass der Suizidwillige Handlungsalternativen zum Suizid kennt, ihre jeweiligen Folgen bewerten kann und seine Entscheidung in Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen trifft.
- (3) Von einem autonom gebildeten, freien Willen ist nur auszugehen, wenn der Entschluss zur Selbsttötung ohne unzulässige Einflussnahmen oder Druck gebildet worden ist.
- (4) Von einem autonom gebildeten, freien Willen kann nur dann ausgegangen werden, wenn der Entschluss von einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit getragen ist.

§ 4 Beratung

- (1) Jeder, der seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat, hat das Recht, sich zu Fragen der Suizidhilfe beraten zu lassen. **Die Beratung ist ergebnisoffen zu führen und soll nicht bevormunden.**
- (2) Die Beratung soll die Informationen vermitteln, die den Suizidwilligen befähigen, auf einer hinreichenden Beurteilungsgrundlage realitätsgerecht das Für und Wider der Entscheidung abzuwägen. Die Beratung umfasst insbesondere Informationen über
1. die Bedeutung und die Tragweite der Selbsttötung;
 2. Handlungsalternativen zum Suizid, sofern der Suizidwillige seinerseits entsprechende Informationen zugänglich macht, auch über den eigenen gesundheitlichen Zustand sowie im Falle einer Erkrankung in Betracht kommende alternative therapeutische Maßnahmen und pflegerische oder palliativmedizinische Möglichkeiten;
 3. die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Suizidhilfe;
 4. die Folgen eines Suizides und eines fehlgeschlagenen Suizidversuches für den Suizidwilligen und sein näheres persönliches und familiäres Umfeld;
 5. **Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Betreuungsangeboten** sowie;
 6. jede nach Sachlage erforderliche weitere medizinische, soziale und juristische Information.

§ 4 Beratung

- (3) Eine suizidwillige Person ist unverzüglich zu beraten.
- (4) Die suizidwillige Person kann auf ihren Wunsch gegenüber der sie beratenden Person anonym bleiben.
- (5) Die Beratung darf nicht von der Person vorgenommen werden, die an der spätere Suizidhilfe beteiligt ist.
- (6) Soweit erforderlich sind zur Beratung im Einvernehmen mit dem Suizidwilligen
 1. andere, insbesondere ärztlich, fachärztlich, psychologisch, sozialpädagogisch, sozialarbeiterisch oder juristisch ausgebildete Fachkräfte und
 2. andere Personen, insbesondere nahe Angehörige hinzuzuziehen.
- (7) Die Beratungsstelle hat nach Abschluss der Beratung der beratenen Person eine mit Namen und Datum versehene Bescheinigung darüber auszustellen, dass eine Beratung stattgefunden hat. Hat die beratende Person begründete Zweifel daran, dass die beratene Person aus autonom gebildetem, freiem Willen im Sinne des § 3 Absatz 1 und Absatz 3 heraus in Betracht zieht, sein Leben zu beenden, hat sie dies auf der Bescheinigung zu vermerken.
- (8) Die Beratung ist für die beratene Person und die nach Absatz 6 Nummer 2 hinzugezogenen Personen unentgeltlich.

§ 5 Beratungsstellen

- (1) Für die Beratung nach § 4 haben die Länder ein ausreichendes plurales Angebot an wohnortnahen Beratungsstellen sicherzustellen. Sie tragen dafür Sorge, dass für Suizidwillige mit körperlichen Einschränkungen ein auf-suchendes Beratungsangebot besteht. Die Beratungsstellen bedürfen besonderer staatlicher Anerkennung nach Absatz 2. Als Beratungsstellen können auch Einrichtungen freier Träger sowie Ärztinnen und Ärzte anerkannt werden.
- (2) Eine Beratungsstelle darf nur anerkannt werden, wenn sie die Gewähr für eine fachgerechte Beratung nach § 4 bietet und zur Durchführung der Beratung in der Lage ist, insbesondere
1. über hinreichend persönlich und fachlich qualifiziertes und der Zahl nach ausreichendes Personal verfügt,
 2. sicherstellt, dass zur Durchführung der Beratung erforderlichenfalls kurzfristig eine ärztlich, fachärztlich, psychologisch, sozialpädagogisch, sozialarbeiterisch oder juristisch ausgebildete Fachkraft hinzugezogen werden kann,
 3. mit allen Stellen zusammenarbeitet, die öffentliche und private Hilfen für Suizidwillige gewähren, und
 4. mit keiner Einrichtung, in der Suizidhilfe geleistet wird, derart organisatorisch oder durch wirtschaftliche Interessen verbunden ist, dass hiernach ein materielles Interesse der Beratungseinrichtung an der Durchführung von Suizidhilfe nicht auszuschließen ist.

§ 5 Beratungsstellen

- (3) Die zur Sicherstellung eines ausreichenden Angebotes erforderlichen **Beratungsstellen haben Anspruch auf eine angemessene öffentliche Förderung der Personal- und Sachkosten.**
- (4) Die Beratungsstellen sind verpflichtet, die ihrer Beratungstätigkeit zugrunde liegenden Maßstäbe und die dabei gesammelten Erfahrungen jährlich in einem schriftlichen Bericht niederzulegen. Als Grundlage für den schriftlichen Bericht nach Satz 1 hat die beratende Person über jedes Beratungsgespräch eine Aufzeichnung zu fertigen. Diese darf **keine Rückschlüsse auf die Identität der beratenen Person und der zum Beratungsgespräch hinzugezogenen weiteren Personen ermöglichen.** Sie hält den wesentlichen Inhalt der Beratung und angebotene Hilfsmaßnahmen fest.
- (5) Die zuständige Behörde hat mindestens im Abstand von drei Jahren zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung nach Absatz 2 noch vorliegen. Sie kann sich zu diesem Zweck die Berichte nach Absatz 4 Satz 1 vorlegen lassen und Einsicht in die nach Absatz 4 Satz 2 anzufertigenden Aufzeichnungen nehmen. Liegt eine der Voraussetzungen des Absatz 2 nicht mehr vor, ist die Anerkennung zu widerrufen.
- (7) Näheres regelt das Landesrecht.

§ 6 Verschreibung eines Arzneimittels zum Zwecke der Selbsttötung

- (1) Ein Arzt darf einer Person, die aus autonom gebildetem, freiem Willen ihr Leben im Sinne des § 3 beenden möchte, ein Arzneimittel zum Zwecke der Selbsttötung verschreiben.
- (2) Der Arzt ist verpflichtet, den Suizidenten mündlich und in verständlicher Form über sämtliche für die Selbsttötung wesentlichen medizinischen Umstände aufzuklären. Dazu gehören der voraussichtliche Ablauf der Selbsttötung sowie der Hilfe hierzu und der Risiken der medizinischen Methode. Bei der Aufklärung ist, sofern der Suizidwillige unter einer Erkrankung leidet, auch auf Behandlungsmöglichkeiten und Möglichkeiten der Palliativmedizin hinzuweisen.
- (3) Der Arzt hat sich durch Vorlage der Bescheinigung nach § 4 Absatz 7 nachweisen zu lassen, dass sich die suizidwillige Person **höchstens 8 Wochen zuvor** in einer Beratungsstelle hat beraten lassen.
- (4) Von einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit des Sterbewunsches darf der Arzt in der Regel erst ausgehen, wenn **zehn Tage** seit der Beratung vergangen sind.
- (5) Der Arzt ist verpflichtet, sämtliche für die Beurteilung des autonom gebildeten, freien Willens zur Lebensbeendigung wesentlichen Gesichtspunkte, insbesondere auch seine Aufklärung des Suizidwilligen nach Absatz 2 zu dokumentieren. Die Beratungsbescheinigung nach § 4 Absatz 7 ist zur Dokumentation zu nehmen.
- (6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Suizidhilfe zu regeln, insbesondere zu den Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte, Meldepflichten, der Vergütung der Hilfe zur Selbsttötung und der Prävention vor der Etablierung rein auf Gewinnstreben ausgerichteter, insbesondere institutionalisierter, Angebote.

§ 7 Berichtswesen, Evaluation

- (1) Die Bundesregierung erstellt jährlich, erstmals ein Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes, einen Bericht über die vorgenommenen Beratungen nach § 4 sowie die Verschreibungen nach § 6. Der Bericht soll darüber hinaus erkennbare Entwicklungen in der Hilfe zur Selbsttötung und insbesondere auch hinsichtlich potenzieller rein auf Gewinnstreben ausgerichteter Angebote enthalten.
- (2) Die Bundesregierung evaluiert alle drei Jahre, erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes, dessen Wirksamkeit.

Aktuelle Entwürfe

Deutscher Bundestag

19. Wahlperiode

Drucksache 19/[...]

[Datum]

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Karl Lauterbach, Dr. Petra Sitte, Swen Schulz und Otto Fricke

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe

Deutscher Bundestag

19. Wahlperiode

Drucksache 19/[...]

[Datum]

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen
Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention

Stand: 24.02.2021

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben

Artikel 1

Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben (Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetz - SelbstG)

§ 1

Zweck des Gesetzes und Grundsatz

(1) Dieses Gesetz dient dem Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes, und auf freiem Willen beruhendes Sterben.

Zu diesem Zweck eröffnet es Sterbewilligen einen kontrollierten Zugang zu Betäubungsmitteln, um unwürdige, unzumutbare und nicht von einem freien Willen getragene Umsetzungen des Sterbewunsches möglichst zu verhindern sowie eine autonome und vollinformierte Entscheidungsfindung der Sterbewilligen abzusichern.

(2) Kein Mensch ist verpflichtet, bei einer Selbsttötung zu helfen. Dies gilt auch für alle nach diesem Gesetz

zulässigen Handlungen, die Sterbewilligen Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung ermöglichen.

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben

§ 2**Verhältnis zu anderen Gesetzen und Begriffsbestimmungen**

(1) Sterbewillige im Sinne dieses Gesetzes sind volljährige Menschen, die eine vom freien Willen getragene feste Entscheidung getroffen haben, dass sie ihrem Leben ein Ende setzen wollen. Ein freier Wille in diesem Sinne setzt sowohl Einsichtsfähigkeit in die Bedeutung der getroffenen Entscheidung als auch das Vermögen voraus, nach den gewonnen Einsichten zu handeln. Letzteres ist nicht der Fall, wenn es an der Fähigkeit mangelt, sich von etwaigen Einflussnahmen Dritter abzugrenzen. Eine freie Willensbildung kann insbesondere durch die in § § 104, 105, 1896 Absatz 1, 1906 Absatz 1 Nummer 1 und 2229 Absatz 4 des Bürgerlichen Gesetzbuches beschriebenen Umstände ausgeschlossen sein.

(2) Diese Gesetz lässt die Strafbarkeit nach § 216 des Strafgesetzbuches unberührt. Unberührt bleibt dabei auch die Rechtslage zur straffreien Sterbehilfe in den Fällen

1. einer Inkaufnahme eines früheren unbeabsichtigten Todeseintritts bei einem sterbenden oder todkranken Menschen infolge einer medizinisch indizierten schmerz- oder in sonstiger Weise leidensmindernden Therapie und
2. einer aktiven oder passiven Begrenzung oder Beendigung einer lebenserhaltenden oder lebensverlängernden medizinischen Maßnahme im Einklang mit dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen.

(3) Die Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes bleiben anwendbar, soweit sie nicht durch die nachstehenden Regelungen modifiziert werden.

[(4) Geeignetes Betäubungsmittel im Sinne dieses Gesetzes ist, vorbehaltlich der Bestimmung weiterer geeigneter Betäubungsmittel durch Rechtsverordnung, Natrium-Pentobarbital.]

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben

§ 3

Verfahren des Zugangs in medizinischer Notlage

(1) Sind Sterbewillige in einer medizinischen Notlage, die mit schweren Leiden, insbesondere starken Schmerzen, verbunden ist, und befinden sich die Sterbewilligen wegen dieser Notlage in ärztlicher Behandlung, so kann ihnen der oder die behandelnde Arzt oder Ärztin bei Vorliegen aller nachgenannten Voraussetzungen geeignete Betäubungsmittel nach § 13 Absatz 1 Satz 1 des Betäubungsmittelgesetzes zum Zwecke der Selbsttötung verschreiben:

1. Sterbewillige haben ihren Willen, wegen der extremen Notlage sterben zu wollen, dem Arzt oder der Ärztin zu erläutern. Die Erklärung ist schriftlich festzuhalten.
2. Zur ärztlichen Überzeugung muss feststehen, dass eine vom freien Willen getragene feste Entscheidung im Sinne des § 2 Absatz 1 getroffen wurde. Bestehen auch nur geringe Zweifel an einer freien Willensbildung, so ist zusätzlich ein Gutachten einzuholen, das geeignet ist, diese Bedenken zu überprüfen.
3. Die Sterbewilligen sind ärztlich auf alle in Frage kommenden medizinischen Mittel hingewiesen worden, die das die Notlage begründende Leid auch nur geringfügig mildern könnten. Dabei ist eine ärztliche Vergewisserung erforderlich, dass auch spezialisierte Ärzte keine anerkannten medizinischen Mittel kennen, die den beschriebenen Leidensdruck minimieren könnten.
4. Zur ärztlichen Überzeugung muss feststehen, dass es sich um einen absehbar nicht mehr veränderlichen Sterbewunsch handelt.
5. Die Sterbewilligen sind ärztlich darüber informiert worden, welche Wirkungsweise das verschriebene Hilfsmittel hat und welche Nebenwirkungen es haben kann.
6. Ein zweiter Arzt oder eine zweite Ärztin bestätigt schriftlich, dass auch nach seiner Überzeugung die tatsächlichen Annahmen der vorgenannten Voraussetzungen vorliegen.

(2) Das Vorliegen der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen ist zu dokumentieren. Sterbewilligen ist eine ärztliche Bescheinigung auszustellen, dass die Voraussetzungen für die Bereitstellung des Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung vorliegen.

(3) Zwischen der Bescheinigung nach Absatz 2 Satz 2 und der Verschreibung sollen mindestens zwei Wochen liegen. Die Verschreibung unterbleibt, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 nicht oder nicht mehr vorliegen. Die Verschreibung ist der nach Landesrecht zuständigen Stelle von dem Arzt oder der Ärztin anzuzeigen.

(4) Von der zeitlichen Vorgabe des Absatzes 3 Satz 1 kann im Falle einer außergewöhnlichen Härte abgesehen werden.

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben

§ 4

Allgemeines Verfahren des Zugangs

(1) Sterbewillige, die eine vom freien Willen getragene feste Entscheidung im Sinne des § 2 Absatz 1 getroffen haben, aus dem Leben zu scheiden, ist nach den Maßgaben der folgenden Absätze auf Antrag Zugang zu geeigneten Betäubungsmitteln zum Zweck des selbstbestimmten Sterbens zu gewähren. Über den Antrag entscheidet die nach Landesrecht zuständige Stelle.

(2) Der Nachweis der Voraussetzungen des Absatzes 1 setzt voraus, dass Sterbewillige ihren Sterbewunsch in einer schriftlichen Erklärungen bekunden, die zum Zeitpunkt des Antrages nach Absatz 1 Satz 1 nicht älter als einen Monat sein darf und die

1. den Sterbewunsch und die Ursachen hierfür,
 2. seine Dauerhaftigkeit ,
 3. das Freisein der Erklärenden von Druck und Zwang und ähnlichen Einflussnahmen sowie
 4. die Frage, warum staatliche oder private Hilfsangebote nicht geeignet sind, den Sterbewunsch zu beseitigen,
- schlüssig erörtert.

(3) Weitere Voraussetzung ist, dass sich die Sterbewilligen von einer zugelassenen privaten unabhängigen Beratungsstelle [innerhalb eines Zeitraums von mindestens einem Jahr] mindesten zwei Mal beraten lassen und die Beratungsstelle bescheinigt, dass keine Zweifel an den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen bestehen. Das Beratungsgespräch hat vom Grundwert jedes Menschenlebens auszugehen und verfolgt im Übrigen das Ziel, dass den Sterbewilligen alle Umstände und Hilfsangebote bekannt werden, die ihre Entscheidung ändern könnten. Entsprechende Beratungsstellen sind durch die zuständigen Stellen zuzulassen, wenn

1. das vorzulegende Konzept der Beratungsarbeit dem Satz 2 entspricht,
2. zugesagt und gesichert wird, dass das eingesetzte ehrenamtliche oder sonstige Personal zuverlässig ist und eine hinreichende fachliche Kompetenz zur Durchführung der Beratungsziele hat und
3. die Beratungsstelle in entsprechender Anwendung des § 55 Abgabenordnung Sterbewillige selbstlos zu unterstützen trachtet

Zuständige Stelle sind die nach Landesrecht zuständigen Behörden, bei über ein Land hinaus tätigen Organisationen die zuständige Behörde des Sitzlandes.

(4) Ist der Nachweis der Voraussetzungen geführt, ist Sterbewilligen von der in Absatz 1 Satz 2 genannten Behörde eine schriftliche Belehrung über die Wirkungsweise und mögliche Nebenwirkungen des Betäubungsmittels zuzuleiten. Wird der Erhalt dieser Belehrung von den Sterbewilligen hierauf ebenso wie der weiter bestehende Wille zur Selbsttötung schriftlich bestätigt, so erstellt die genannte Behörde eine Bescheinigung über das Recht des oder der Sterbewilligen auf Zugang zu dem geeigneten Betäubungsmittel. Diese Bescheinigung verliert ihre Gültigkeit ein Jahr nach der Ausstellung.

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben

§ 5**Umsetzung des Sterbewunsches**

(1) Die Selbsttötung muss von Sterbewilligen in Ausübung ihres freien Willens selbst vollzogen werden (Selbstvollzug). Insoweit berechtigen auch Verschreibungen nach § 3 den Arzt nicht zu einer hiervon abweichenden Verabreichung des Betäubungsmittels. Vielmehr können vorbehaltlich des Absatzes 4 die Betäubungsmittel von den in § 4 Absatz 1 Nummer 1 des Betäubungsmittelgesetzes genannten Stellen auf Grund der Verschreibung oder der Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 unmittelbar an die Sterbewilligen abgegeben und von diesen erworben werden.

(2) Den Sterbewilligen steht es im Übrigen frei, sich bei der Umsetzung des Sterbewillens durch sie selbst von Ärzten oder Ärztinnen sowie von jedweden Dritten (natürliche oder juristische Personen) begleiten und unterstützen zu lassen. Zu solchen Leistungen sind jedoch natürliche oder juristische Personen, die Sterbebegleitung geschäftsmäßig anbieten (Hilfeanbieter), nur berechtigt, wenn sie hierzu nach Absatz 3 zugelassen sind.

(3) Hilfeanbieter sind durch die nach Landesrecht zuständige Stelle zuzulassen, wenn

1. gesichert ist, dass sie und etwaiges zur Sterbebegleitung eingesetztes ehrenamtliches oder professionelles Personal die hierfür erforderliche Zuverlässigkeit besitzen und
2. sie die Sterbewilligen in entsprechender Anwendung des § 55 Abgabenordnung selbstlos zu unterstützen trachten.

Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen oder Hilfeanbieter gegen die Vorschriften dieses Gesetzes verstoßen. Sie ist zu widerrufen, wenn es sich nicht nur um vereinzelte und geringfügige Verstöße handelt.

(4) Aufgrund ausdrücklichen Wunsches der Sterbewilligen kann das Mittel auch an einen Arzt, eine Ärztin oder an einen zugelassenen Hilfeanbieter abgegeben werden, um dieses im Rahmen der Sterbebegleitung den Sterbewilligen zum Selbstvollzug auszuhandigen. An andere Hilfspersonen darf auch auf Wunsch der Sterbewilligen das Betäubungsmittel zu diesem Zweck nur abgegeben werden, wenn ihre Zuverlässigkeit im Einzelfall nachgewiesen wird.

(5) Sterbewillige und, soweit überhaupt nach dem Vorstehenden zum Besitz zugelassen, Hilfspersonen sind verpflichtet, die Betäubungsmittel bis zum Vollzug des Sterbewunsches so aufzubewahren, dass sie vor dem Zugriff Dritter angemessen gesichert sind. Die Weitergabe an andere ist unerlaubt.

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben

§ 6**Abbruch der Umsetzung**

- (1) Die nach diesem Gesetz abgegebenen Betäubungsmittel sind binnen vier Wochen zurückzugeben, wenn die Sterbewilligen von ihrem Sterbewunsch Abstand genommen haben. Das ist anzunehmen, wenn die Selbsttötung nicht binnen Jahresfrist nach Abgabe des Mittels vollzogen wurde.
- (2) Der Abbruch des Vollzuges hindert nicht eine erneute Antragstellung.

§ 7**[Minderjährige;] Betreuung; Patientenverfügung**

[(1) Sterbewillige nach diesem Gesetz können nur Volljährige sein. Abweichend hiervon können Minderjährige wirksame Erklärungen nach § 3 abgeben, wenn

1. die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 durch ein gesondertes und hierzu geeignetes kinderpsychologisches oder kinder-psychiatrisches Gutachten bestätigt wird und

2. die Personensorgeberechtigten die Erklärung genehmigt haben.

Soll in diesem Falle ein Mittel an die Minderjährigen abgegeben werden, so ist dieses zunächst den Personensorgeberechtigten auszuhändigen, die die Pflicht zur sicheren Aufbewahrung trifft, bis sie das Mittel den Minderjährigen zum Selbstvollzug aushändigen.]

(2) Betreuer können für den Betreuten im Rahmen der §§ 3 und 4 keine Erklärungen abgeben. Erforderlich ist eine vom freien Willen getragene Entscheidung des Sterbewilligen im Sinne von § 2 Absatz 1. Ist für den Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt angeordnet, indiziert das, dass die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 nicht vorliegen.

(3) Eine getroffene Patientenverfügung ersetzt nicht die nach diesem Gesetz erforderliche Erklärung der Sterbewilligen.

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben

§ 8**Straftaten und Ordnungswidrigkeiten**

(1) **Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren wird bestraft,** wer unrichtige Angaben macht, um für sich oder einen anderen eine Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 Satz 2 zu erlangen.

(2) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 3 Absatz 3 Satz 4 eine Verschreibung nicht der nach Landesrecht zuständigen Behörde anzeigt,
2. ohne Zulassung einen Geschäftsbetrieb als Hilfeanbieter im Sinne des § 5 Absatz 2 und 3 betreibt,
3. entgegen § 5 Absatz 5 Betäubungsmittel ohne angemessene Sicherung aufbewahrt oder
4. entgegen § 6 Absatz 1 Betäubungsmittel, die auch ein Jahr nach ihrer Abgabe nicht eingesetzt wurden, nicht binnen vier Wochen nach Ablauf dieses Jahres zurückgeben hat.

Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von bis zu [fünfundzwanzigtausend] Euro geahndet werden.

[(3) Ordnungswidrig handelt auch, wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch das Verbreiten von Inhalten (§ 11 Absatz 3 Strafgesetzbuch) in grob anstößiger Weise für Leistungen, die er oder sie im Rahmen dieses Gesetzes zur Ermöglichung einer Selbsttötung zu leisten bereit ist, wirbt oder diese sonst anpreist. Die sachliche Information darüber, dass Tätigkeiten im Rahmen dieses Gesetzes vorgenommen werden, sowie über sämtliche Abläufe und die Wirkungsweise der einzusetzenden Betäubungsmittel ist weder ein Anpreisen noch anstößig. Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von bis zu [hunderttausend] Euro geahndet werden.]

(4) § 30 Abs. 2 Satz 3 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ist anzuwenden.

§ 9**Evaluierung**

(1) Die Wirkungen dieses Gesetz sind von der Bundesregierung unter Beachtung der Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz und unter Heranziehung externen Sachverständs juristisch, medizinisch und in Hinblick auf die gesellschaftlichen Auswirkungen umfassend zu evaluieren. Basis sind dabei Angaben der Länder zur Praxis ihrer Behörden und der Stellen nach § 4 und die ärztlichen Dokumentationen nach § 3 Absatz 2 Satz 1. Zu diesem Zweck sind Ärzte und Ärztinnen verpflichtet, die genannte Dokumentation auf Anforderung des [Bundesamtes für Justiz [Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte]] zu übermitteln oder auf sonstige Weise zugänglich zu machen. Die Anforderung kann auch durch Rechtsverordnung der Bundesregierung ergehen.

(2) Die Bundesregierung erstattet dem Bundestag einen umfassenden schriftlichen Evaluationsbericht spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes und danach regelmäßig im Abstand von vier Jahren.

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben

§ 10**Gebühren, Vergütungen, Kosten**

(1) Der behandelnde Arzt und der zweite Arzt können für ihre Leistungen nach § 3 Absatz 1 jeweils eine unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Sterbewilligen zu bemessende Gebühr erheben. Die Gebühr darf jeweils **[250] Euro** nicht übersteigen.

[Anmerkung und Frage:

Abrechnung über GKV und PKV wohl nicht möglich, weil keine Leistung dieser Systeme.

Lässt sich ermitteln, was ggf. jetzt nach allgemeiner Rechtslage abgerechnet würde?]

(2) Die Gebühr für die Erteilung einer Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 ist unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu bemessen. Sie darf [250] Euro nicht übersteigen.

(3) Für den Erwerb eines Betäubungsmittels nach § 5 Absatz 1 Satz 3 darf kein höherer Preis verlangt werden, als der ansonsten marktübliche.

§ 11**Verordnungsermächtigungen**

Die Bundesregierung wird ermächtigt durch Rechtsverordnung [mit/ohne] Zustimmung des Bundesrates

[1. weitere Betäubungsmittel als zum Zwecke der Selbsttötung nach diesem Gesetz geeignet anzuerkennen,]

2. nähere Einzelheiten zur Erfüllung der Dokumentationspflicht nach § 3 Absatz 2 Satz bestimmen,

3. festzulegen, dass und in welcher Form Informationen über die Dokumentation nach § 9 Absatz 1 Satz 3 zu übermitteln sind und

[4. Ermächtigung für die Anpassung der Gebühren? = eher unüblich]

§ 12**Übermittlungen**

Personen und Stellen, die nach den §§ 3, 4 oder 5 mit einem Wunsch zu sterben konfrontiert werden und die, die Überzeugung gewonnen haben, dass

1. dieser Wunsch nicht auf einem freien Willen im Sinne des § 2 Absatz 1 beruht und

2. die akute Gefahr besteht, dass der Wunsch dennoch außerhalb des Verfahrens dieses Gesetzes

kurzfristig zur Selbsttötung führen könnte,

sind berechtigt die nach Landesrecht zur Abwehr derartiger Gefahren zuständigen Stellen über diese Gefahren zu unterrichten.

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben

Artikel 2**Änderung des Betäubungsmittelgesetzes**

Das Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 30. November 2020 (BGBl. I S. 2600) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Zum erlaubnisfreien Betrieb der in Nummer 1 genannten Stellen gehört auch die Abgabe aufgrund einer Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetz. Der Erwerb auf Grundlage der genannten Bescheinigung bedarf keiner weiteren Erlaubnis.“

2. In § 13 Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Für die Verschreibung zum Zwecke der Selbsttötung gilt § 3 Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetz.“

Aktuelle Entwürfe

Deutscher Bundestag

19. Wahlperiode

Drucksache 19/[...]

[Datum]

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Karl Lauterbach, Dr. Petra Sitte, Swen Schulz und Otto Fricke

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe

Deutscher Bundestag

19. Wahlperiode

Drucksache 19/[...]

[Datum]

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen
Neuregulierung der Suizidassistentz und Stärkung der Suizidprävention

Stand: 24.02.2021

Einführung

Wenngleich nach dem Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 die rechtliche Situation zu Fragen des Suizides (und der Suizidassistenz) in Deutschland identisch ist wie vor der Schaffung des § 217 StGB im Dezember 2015, erleben wir eine vermehrte Diskussion zu einer neuen gesetzlichen Regelung des assistierten Suizides. Eine solche Regelungsmöglichkeit hat auch das BVerfG in seiner Urteilsbegründung eingeräumt, ohne diese explizit zu fordern. Auch wenn die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin neue gesetzliche Regelungen nicht zwingend für erforderlich hält, ja sogar neue Gefahren entstehen können, möchte die DGP mit den unten aufgeführten Eckpunkten ihrer Verantwortung gerecht werden und die jahrzehntelange Expertise und Erfahrungen in der Begleitung Sterbender und im Umgang mit Sterbewünschen in die Diskussion einbringen.

Die aktuelle Diskussion ist stark geprägt von den Begriffen der „Selbstbestimmung“, der „Verwirklichung des freien Willens“ und „Selbstbestimmtes Sterben“. Selbstbestimmung ist aber kein absolutes Gut, sondern wird im sozialen Miteinander an vielen Stellen durch Regelungen und Normen eingeschränkt. Zeitpunkt und Art des Sterbens kann nicht in jede Richtung selbst bestimmt werden. Die von den meisten Menschen gewünschte Art „im Schlaf zu sterben“ kann nicht bestimmt werden. Niemand hat die Möglichkeit zu bestimmen, wie lang sein Leben dauert, sondern allenfalls wie kurz es sein soll. Inwieweit ein Wille wirklich „frei“ und nicht von äußeren Faktoren beeinflusst ist, scheint ebenfalls fraglich. Es gibt bislang kein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium zur Erfassung der „Freiverantwortlichkeit“ und des „autonom gebildeten Willens“ eines suizidalen Menschen und insbesondere keine praktisch umsetzbare Möglichkeit, dies sicher und zweifelsfrei festzustellen. Dies schränkt die Validität von formulierten Eckpunkten ein.

Die aus einem vermeintlich „freien Willen“ resultierenden Entscheidungen können aber immer nur getroffen werden, wenn ausreichende Informationen und Kenntnisse zu den Folgen einer Entscheidung und zu möglichen Alternativen vorliegen. Darum ist eine umfassende Beratung notwendig.

Oft werden Wünsche nach leicht zugänglichen Angeboten einer Suizidhilfe nicht von Menschen geäußert, die sich in einer Leidsituation am Lebensende befinden, sondern weitaus früher, wofür meist Lebenskrisen psychischen oder sozialen Ursprungs oder Ängste vor einem bevorstehenden physischen Leiden oder Autonomieverlust ursächlich sind. Es geht also häufig mehr um die Möglichkeit im Sinne eines „Rettungsankers“, durch eine vorzeitige Beendigung des Lebens zukünftiges Leid zu vermeiden. Die DGP hält es nicht für geboten, solchen Ängsten in erster Linie durch einen erleichterten Zugang zu Möglichkeiten des Suizides zu begegnen, sondern sieht hier eine gesellschaftliche und politische Verantwortung, eine breit angelegte Aufklärung zu Patientenrechten und den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung zu befördern. Ebenso müssen der Ausbau und die Verbesserung der Versorgung von hochbetagten und schwer erkrankten Menschen, sowie die Qualifikation der Akteure im Gesundheitswesen (auch bezüglich des Umgangs mit Sterbewünschen) weiter gestärkt werden. Bei einer gesetzlich und gesellschaftlich akzeptierten Regelung zum assistierten Suizid ist zu befürchten, dass sich stark pflegebedürftige Menschen einer Erwartungshaltung oder einem gesellschaftlichen Druck ausgesetzt fühlen, keine Belastung für Familie oder Gesellschaft zu sein. Auch diese Problematik muss in einer Neuregelung angemessenen Berücksichtigung finden. Eine Regelung zur Suizidassistenz kann aus Sicht der DGP nur geschaffen werden, wenn dabei auch die Suizidprävention umfassend gestärkt wird. Die Palliativmedizin versteht sich dabei selbst auch als ein Teil der Suizidprävention, da sie durch Linderung von Leidenszuständen, einer ganzheitlichen Betrachtung von Patienten und Zugehörigen und einer Verbesserung der Lebensqualität in sehr vielen Fällen Sterbewünschen effektiv begegnen kann. Zudem verfügt die Palliativmedizin durch wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen über ein differenziertes Bild von Sterbe- und Todeswünschen, die zumeist von großer Ambivalenz gekennzeichnet sind. Im Falle neuer Regelungen zur Suizidassistenz sieht die DGP die Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen Menschen, deren Lebenserwartung durch eine schwere Erkrankung auf Wochen oder Monate begrenzt ist und Menschen, die frei von jeglicher Erkrankung oder durch krankheits- oder krisenbedingte Situationen eine Unterstützung beim Suizid wünschen. Insbesondere von Menschen, die durch einen Schicksalsschlag getroffen wurden (wie z. B. durch Unfälle, die zu einer andauernden Lähmung oder anderen Einschränkungen führen oder durch den Tod eines eigenen Kindes), wissen wir, dass Suizidwünsche stark ausgeprägt sein können, was über einen Zeitraum von einem Jahr und länger andauern kann. Dennoch finden die meisten dieser Menschen nach einem Zeitraum guter Begleitung und Unterstützung wieder in ein lebenswertes Leben zurück. In solchen Fällen muss ein Schutzkonzept unter Umständen auch dazu geeignet sein, Menschen nicht nur vor anderen zu schützen, sondern gegebenenfalls auch vor sich selbst, bzw. vor situationsbezogenen Reaktionen oder Affekthandlungen, die sich in Suizidwünschen äußern, welche voraussichtlich von begrenzter Dauer sind.

Auch die in der aktuellen Diskussion besonders herausgestellte Rolle von Ärzt*innen bei der Durchführung der Suizidassistenz sieht die DGP kritisch. Eine obligate ärztliche Verordnung würde den Eindruck einer ärztlichen Indikationsstellung erwecken und damit die autonome Handlung der Sterbewilligen infrage stellen. Dadurch würde die Verantwortung unzulässig und ausschließlich auf die Ärzt*innen verlagert.

Die DGP sieht nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts die Gefahr einer Normalisierung der Suizidbeihilfe.

Die DGP unterstützt die Positionen der Bundesärztekammer in den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung, in denen es heißt: „Ärzt*innen haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen“. Eine Definition zu den Aufgaben von Ärzt*innen obliegt einzig diesem Berufsstand selbst und darf nicht von außen festgelegt werden.

Die DGP sieht die Beihilfe zum Suizid nicht als Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung und ist nach wie vor der Überzeugung, dass von dem Ausbau der organisierten Beihilfe zur Selbsttötung eine besondere Gefährdung der Selbstbestimmung, insbesondere kranker, schwacher und abhängiger Menschen ausgeht.

Forderungen im Rahmen einer möglichen gesetzlichen Regelung der Suizidassistenz

- Offene und breite gesellschaftliche Auseinandersetzung zu den Vorstellungen über den Umgang am Lebensende sowie die Beseitigung von bestehenden Informationsdefiziten in der Bevölkerung zu den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung, der Patientenrechte bei schweren Krankheiten und am Lebensende, sowie zur Suizidprävention. Das BMG soll hierzu einen öffentlichen Diskurs initiieren.
- Stärkung der Suizidprävention durch niedrigschwellige Angebote zur Suizidprävention und einen Ausbau und Förderung der Hospizarbeit und Palliativversorgung.
- Begleitende Forschung zum assistierten Suizid und zu Umständen, die zu Suizidwünschen führen.
- Konsequente Verankerung von Aus-, Fort- und Weiterbildung aller relevanter Berufsgruppen im Gesundheitswesen und in der Suizidprävention zum Umgang mit Sterbewünschen und den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung.
- Qualitätssicherung der bestehenden Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Suizidprävention.

Eckpunkte zur Beratung und Begutachtung der Kriterien zur Freiwilligkeit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit eines Suizidwunsches

	Ohne schwere/lebenslimitierende Erkrankung/Multimorbidität	Mit schwerer/lebenslimitierender Erkrankung/Multimorbidität
Beratung	Suizidpräventionsberatung plus Sozialrechtliche Beratung zu möglichen psychosozialen und finanziellen Problemen	Beratung zum Lebensende und zur Palliativversorgung durch qualifizierte Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung (zu allen Dimensionen der Palliativversorgung: körperlich, psychisch, sozial und spirituell)
Begutachtung zur Freiwilligkeit und Ernsthaftigkeit	Zweimalige Begutachtung basierend auf Kenntnissen zur individuellen Lebenssituation der Betroffenen, im Abstand von mind. 6 Monaten zur Überprüfung der Freiwilligkeit und Ernsthaftigkeit durch qualifizierte Fachkräfte mit einer speziellen Befähigung zum Ausschluss einer Beeinträchtigung der freien Willensbildung durch somatische, psychische und soziale Faktoren. Plus Alter ≥ 18 Jahre	Begutachtung zur Überprüfung der Freiwilligkeit und Ernsthaftigkeit basierend auf Kenntnissen zur individuellen Lebenssituation der Betroffenen von zwei unabhängigen qualifizierten Fachkräften mit einer speziellen Befähigung, davon mindestens ein*e Ärzt*in mit spezialisierter palliativmedizinischer oder psychotherapeutischer/psychiatrischer Erfahrung zum Ausschluss einer Beeinträchtigung der freien Willensbildung durch somatische, psychische und soziale Faktoren. plus Alter ≥ 18 Jahre

Eckpunkte zur Beratung und Begutachtung der Kriterien zur Freiwilligkeit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit eines Suizidwunsches

Dauerhaftigkeit	Mindestens ein Jahr zwischen erster Begutachtung und Ausführung In der Zeit zwischen Begutachtung und Ausführung des Suizids sollten Beratung, Unterstützung und Begleitung in angemessenen Zeitintervallen angeboten werden, um eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit und Begleitung bei dem Sterbewunsch zu ermöglichen.	Mindestens 30 Tage zwischen erster Begutachtung und Ausführung In der Zeit zwischen Begutachtung und Ausführung des Suizids sollten Beratung, Unterstützung und Begleitung in angemessenen Zeitintervallen angeboten werden, um eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit und Begleitung bei dem Sterbewunsch zu ermöglichen.
Durchführung der Suizidbeihilfe	Strikte Trennung von: 1. Beratenden Institutionen und Personen 2. Begutachtenden Institutionen und Personen 3. Personen oder Institutionen, die Beihilfe zum Suizid leisten. Neben einer vielfach diskutierten ärztlichen Verordnung sind zwingend alternative Wege, wie z. B. Abgabe einer zum Tode führenden Substanz durch eine Behörde, zu prüfen, da die Ausübung eines Grundrechtes nicht zwingend an eine ärztliche Beteiligung gebunden sein kann. Für die verwendeten Betäubungsmittel muss ein Sicherungssystem für vorsätzlichen oder versehentlichen Fehlgebrauch eingerichtet werden.	

Eckpunkte zur Beratung und Begutachtung der Kriterien zur Freiwilligkeit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit eines Suizidwunsches

Qualitätssicherung	• Begutachtende Institutionen und Personen sowie Personen oder Einrichtungen, die Beihilfe zum Suizid leisten, sollten jährlich an das Bundesministerium für Gesundheit oder an den Gemeinsamen Bundesausschuss über Anzahl und Ergebnis der Begutachtungen und über Anzahl der abgegebenen und der eingenommenen Substanzen berichten. • Angabe des assistierten Suizides auf der Todesbescheinigung. • Jährliche Evaluation und Bericht über Umstände und Anzahl durchgeführter assistierter Suizide durch das BMG.
---------------------------	---

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin steht für Erläuterungen zu den genannten Eckpunkten, sowie für weitere Diskussionen gerne zur Verfügung.

Weiterentwicklung der Eckpunkte – regelmäßige Diskussionen (jeden letzten Donnerstag im Monat) per Zoom mit allen interessierten DGP-Mitgliedern

Was bedeutet „Sterbewunsch“ ?

Todeswunsch - Lebenswille



*SAHD-D Validierung, DFG Projekt
Voltz et al., 2010, Supp Care Cancer*

Was bedeutet „Sterbewunsch“ ?

Todeswunsch - Lebenswille

„... wenn mir jemand etwas
gäbe und mir sagte – es ist in
zwei Sekunden alles vorbei –
ich würde es nehmen...“

Was bedeutet „Sterbewunsch“ ?

Todeswunsch - Lebenswille

„... wenn mir jemand etwas
gäbe und mir sagte – es ist in
zwei Sekunden alles vorbei –
ich würde es nehmen...“

„...ich möchte leben, oh mein
Gott...“ – Patient bricht in
Tränen aus

Was bedeutet „Sterbewunsch“ ?

Todeswunsch in früheren Krisen

„Also, wenn Sie mir jetzt diese Frage **vor zehn Wochen circa** gestellt hätten, hätt ich gesacht, ich hab keine Perspektive, ich hab keine Zukunft, mein Leben iss zu Ende, ich will so nich mehr. Mein Leben iss nich lebenswert. Die Antwort **hätt ich Ihnen gegeben, vor 'n paar Wochen.**“

Int 8, Frau, ledig, keine Kinder, arbeitslos

Tod als eine Option

I: Und **was wär das für 'ne Situation** wo Sie sagen würden, „da will ich nicht mehr“? [...]

E: Mhm. ** Gar nichts mehr, **dass da gar nichts mehr geht**, dass mich jemand waschen muss, putzen muss, dass ich nicht allein auf Toilette gehen kann, das iss für mich schon * zu viel.

I: *5* Mhm. Was würden Sie machen dann?

E: **Ich würd' mir das Leben nehmen.** Ich sag das knallhart. Weil, im vollen Bewusstsein, * ich werd' 'n Ende setzen. * /I: Mhm/ *2* Weil das ne Sache iss, ich weiß nich, viele sagen ja, Hoffnung nich aufgeben, man muss stark sein und so. Aber ich denk mir mal, das iss ne individuelle Sache, und ich kann nich JEDEN Tag 'n bisschen sterben. Dann lieber einmal und * Schluss. * So seh ich das. /I: Mhm/ *

Int 8, Frau, ledig, keine Kinder, arbeitslos

Antworten der Palliativmedizin

The image shows the cover of a guideline document. At the top right, there is a logo consisting of three horizontal orange bars of decreasing length, followed by the text 'Leitlinienprogramm Onkologie'. The main title is centered in a white rounded rectangle: 'Konsultationsfassung', 'Erweiterte S3-Leitlinie', 'Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung'. Below the title, in smaller text, it says 'Langversion 2.01 - Dezember 2018' and 'AWMF-Registernummer: 128/001-OL'. At the bottom left, there is an orange rounded rectangle with the text 'Leitlinie (Langversion)'. A large, diagonal, semi-transparent red watermark '9. Int. Symp. Palliativpflege' is overlaid across the entire cover.

Leitlinienprogramm
Onkologie

Konsultationsfassung
Erweiterte S3-Leitlinie
Palliativmedizin für Patienten
mit einer nicht-heilbaren
Krebserkrankung

Langversion 2.01 - Dezember 2018
AWMF-Registernummer: 128/001-OL

Leitlinie (Langversion)

Das ist neu!
Das hat sich geändert!

Wesentliche Neuerungen der erweiterten Version 2019 der Leitlinie

A. Es wurden **acht neue Kapitel** im Rahmen der zweiten Entwicklungsphase der Leitlinie (2016-2019) verfasst, die zu den ursprünglichen sieben Kapiteln zugefügt wurden: Das sind die neuen Kapitel:

- Therapiezielfindung und Kriterien der Entscheidungsfindung,
- Fatigue,
- Schlafbezogene Erkrankungen/ Nächtliche Unruhe,
- Übelkeit und Erbrechen (unabhängig von einer Chemotherapie),
- Maligne intestinale Obstruktion,
- Maligne Wunden,
- Angst,
- Todeswünsche.

„...dazu aufgeführten Begriffe werden wie folgt definiert [1497]:

- **Lebenssatttheit** – Zufrieden mit dem Erlebten und Erreichten, auch dem Sterben gegenüber ohne Groll: „C'est ici que j'attends la mort sans la desirer ny la craindre“ - Es ist hier, wo ich den Tod erwarte, ohne Verlangen und ohne Furcht (François Maynard, 1582-1646) [1502].
- **Lebensmüdigkeit** – Wunsch, zu sterben, ohne eigene Aktivität: „Abends einschlafen und nicht wieder aufwachen“.
- **Distanzierte Suizidalität** – Vorstellungen, Phantasien und Pläne durch eigenes Tun oder Lassen das eigene Leben zu beenden, auch ohne Behandlung der Suizidalität ist kein lebensbeendender Handlungsdruck zu erwarten.
- **Latente Suizidalität** - Vorstellungen, Phantasien und Pläne durch eigenes Tun oder Lassen das eigene Leben zu beenden, ohne Behandlung ist bei (erneuter) Belastung ein deutlicher Handlungsdruck zu erwarten.
- **Akute Suizidalität** - Vorstellungen, Phantasien und Pläne durch eigenes Tun oder Lassen das eigene Leben zu beenden, es besteht aktuell ein erheblicher Handlungsdruck.
- **Suizid** – durchgeführte Selbsttötung.

Offene Fragen

Ist der assistierte Suizid eine Aufgabe für:

- Die Hospizarbeit und Palliativversorgung ?
- Ärztinnen und Ärzte ?
- Pflegekräfte ?
- Andere Berufsgruppen oder Ehrenamtliche ?
- Vereine oder Organisationen ?
- Brauchen wir überhaupt weitere gesetzliche Regelungen / Verbote ?

WHO Definition (2002) Palliativversorgung - Deutsche Übersetzung

Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch **frühzeitige** Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Palliativmedizin:

- ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- **Bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an**
- **beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes**
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung
- bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig
- fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen
- Kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln.

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt eine palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.

Die Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt.

Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.

A 346

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 108 | Heft 7 | 18. Februar 2011

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

Diese Grundsätze sollen dem Arzt eine Orientierung geben, können ihm jedoch die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls getroffen werden. In Zweifelsfällen kann eine Ethikberatung hilfreich sein.

IV. Ermittlung des Patientenwillens

Die Entscheidung über die Einleitung, die weitere Durchführung oder Beendigung einer ärztlichen Maßnahme wird in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess von Arzt und Patient bzw. Patientenvertreter getroffen. Das Behandlungsziel, die Indikation

Neues Gesetz zur Suizidassistenz ?

- Jedes neue Gesetz würde eine Einschränkung bedeuten!
Mit Grenzen und evtl. verfassungswidrigen Aus- / Eingrenzungen
(mit Ausnahme einer Zulassung für bestimmte Substanzen)
- Gesetze schaffen allgemeine Regelungen, die zu einer Normierung führen und der Subjektivität Einzelner nicht immer gerecht werden
- Gesetzliche Regelungen dazu, wer, wann unter welchen Umständen „professionelle“ Unterstützung beim Suizid erhalten kann, eröffnen für Jede*n die Frage, wann dafür der „richtige“ Zeitpunkt sein könnte.
- Gesetze schaffen Normen, die nicht ohne gesellschaftliche Konsequenzen bleiben können.

Worum geht es aus Sicht der DGP?

- Eigene Haltung zum Suizid
- Informationen / Wissensvermittlung zu den Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung – und der Patientenrechte!
- Weiterqualifizierung der Behandler*innen und Begleiter*innen
- Offenes Ansprechen von Sterbe- und Lebenswünschen

Wo stehen wir?

Blickwinkel Fachgesellschaft DGP

Einige Sorgen / Bedenken

- Zu starke Fokussierung auf die juristische Ebene – Normierung höchst individueller Situationen und Bedürfnisse
- Überwiegend theoretische Diskussion (ethische / moralische Diskussionen auf der Metaebene) mit erheblicher Distanz zur Versorgungsrealität / Erfahrungen aus der Hospiz- und Palliativversorgung
- „Sehnsucht“ nach der „schnellen“ (kostengünstigen?) Lösung – Ausbau der Palliativversorgung könnte in den Hintergrund treten
- Gesellschaftlicher „Druck“ durch Normierung
- Reduzierung der Diskussion auf eine „Methode“ und eine Berufsgruppe (entspricht nicht der Realität)
- Gefahr von „Kollateralschäden“



Phänomenologie der Sterbe- und Selbsttötungswünsche



17. Dezember 2020

09:30 Uhr - 13:40 Uhr

Recht auf Selbsttötung?



22. Oktober 2020

09:30 Uhr - 13:40 Uhr



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

9. Int. Synter Palliativtage

Heiner Melching, Berlin

Geschäftsführer der DGP www.palliativmedizin.de

E-Mail: heiner.melching@palliativmedizin.de

Definitionen

Frühere Terminologie (bis 2011)
Passive Sterbehilfe
Indirekte Sterbehilfe
Beihilfe zum Suizid
Aktive Sterbehilfe

9. Int. Sylter Palliativtage

Definitionen

Frühere Terminologie (bis 2011)	Vorschlag Nationaler Ethikrat
Passive Sterbehilfe	Sterben zulassen
Indirekte Sterbehilfe	Therapien am Lebensende
Beihilfe zum Suizid	Beihilfe zur Selbsttötung
Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen

Definitionen

Frühere Terminologie (bis 2011)	Vorschlag Nationaler Ethikrat	Deutschland Rechtliche Situation
Passive Sterbehilfe	Sterben zulassen	
Indirekte Sterbehilfe	Therapien am Lebensende	
Beihilfe zum Suizid	Beihilfe zur Selbsttötung	
Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen	

Definitionen

Bisherige Terminologie	Vorschlag Nationaler Ethikrat	Deutschland Rechtliche Situation
Passive Sterbehilfe	Sterben zulassen	
Indirekte Sterbehilfe	Therapien am Lebensende	
Beihilfe zum Suizid	Beihilfe zur Selbsttötung	
Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen	

Definitionen

Bisherige Terminologie	Vorschlag Nationaler Ethikrat	Deutschland Rechtliche Situation
Passive Sterbehilfe	Sterben zulassen	
Indirekte Sterbehilfe	Therapien am Lebensende	
Beihilfe zum Suizid	Beihilfe zur Selbsttötung	
Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen	

Definitionen

Bisherige Terminologie	Vorschlag Nationaler Ethikrat	Deutschland Rechtliche Situation
Passive Sterbehilfe	Sterben zulassen	
Indirekte Sterbehilfe	Therapien am Lebensende	
Beihilfe zum Suizid	Beihilfe zur Selbsttötung	
Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen	

Definitionen

Bisherige Terminologie	Vorschlag Nationaler Ethikrat	Deutschland Rechtliche Situation
Passive Sterbehilfe	Sterben zulassen	
Indirekte Sterbehilfe	Therapien am Lebensende	
Beihilfe zum Suizid	Beihilfe zur Selbsttötung	
Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen	

„Theoretisches“ Verbot
durch Berufsordnungen

Definitionen

Frühere Terminologie (bis 2011)	Vorschlag Nationaler Ethikrat	Deutschland Rechtliche Situation
Passive Sterbehilfe	Sterben zulassen	
Indirekte Sterbehilfe	Therapien am Lebensende	
Beihilfe zum Suizid	Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid)	„theoretisches“ Verbot durch Berufsordnungen
Neu seit 12/2015 – bis 02/2020	Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung §217 StGB	
Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen	

Definitionen

Frühere Terminologie (bis 2011)	Vorschlag Nationaler Ethikrat	Deutschland Rechtliche Situation
Passive Sterbehilfe	Sterben zulassen	
Indirekte Sterbehilfe	Therapien am Lebensende	
Beihilfe zum Suizid	Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid)	„theoretisches“ Verbot durch Berufsordnungen
Neu seit 12/2015 – bis 02/2020	Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung §217 StGB	
Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen	

Bis zum 22.10.2020 kein Bestandteil der politischen Diskussionen / Gesetzesvorschläge

Rechtliche Fragen

Strafgesetzbuch

9. Int. Sylter Palliativtage

Rechtliche Fragen

Strafgesetzbuch

Begriffe, die im StGB **NICHT** auftauchen:

- Sterbehilfe
- Aktive Sterbehilfe
- Passive Sterbehilfe
- Indirekte Sterbehilfe
- Suizid
- Beihilfe zum Suizid

Rechtliche Fragen

Strafgesetzbuch

Begriffe, die im StGB NICHT auftauchen:

- Sterbehilfe
- Aktive Sterbehilfe
- Passive Sterbehilfe
- Indirekte Sterbehilfe
- Suizid
- Beihilfe zum Suizid (anders als z.B. in den Niederlanden und Österreich)

§ 78 öStGB: Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

Rechtliche Fragen

Strafgesetzbuch

§ 216 Tötung auf Verlangen

- (1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.
- (2) Der Versuch ist strafbar.

Rechtliche Fragen

Strafgesetzbuch

§ 216 Tötung auf Verlangen

- (1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.
- (2) Der Versuch ist strafbar.

Bisher im Kontext der Diskussion als „Aktive Sterbehilfe“ bezeichnet