

Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB

Stand: 25.06.2021

Präambel

Aufgabe von Ärzten¹ ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Vor diesem Hintergrund formuliert die Bundesärztekammer (BÄK) die folgenden Hinweise zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen. Sie beruhen auf den Beratungen im Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen, im Vorstand der Bundesärztekammer und der Grundsatzdebatte auf dem 124. Deutschen Ärztetag 2021. Sie sollen Ärzten eine Orientierung geben, um eine eigene Position zu finden, wenn sie mit Wünschen nach einer ärztlichen Assistenz bei einem Suizid konfrontiert werden. Die individuelle Entscheidung in der konkreten Situation bleibt in der eigenen Verantwortung eines Arztes.

I. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB

Am 26. Februar 2020 hat das *Bundesverfassungsgericht* (BVerfG) festgestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) auch das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben umfasst, und dass dieses Recht die Freiheit einschließt, sich selbst zu töten und hierbei auf die freiwillig geleistete Hilfe Dritter zurückzugreifen. Deshalb hat das Gericht das im November 2015 eingeführte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gemäß § 217 Strafgesetzbuch (StGB) für verfassungswidrig und nichtig erklärt.²

In seiner Urteilsbegründung führt das Gericht aus, dass die freiverantwortliche Entscheidung des Einzelnen, das eigene Leben zu beenden, als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft respektiert werden müsse. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben sei nicht auf bestimmte Lebens- oder Krankheitssituationen, wie z. B. das Vorliegen einer unheilbaren Erkrankung, beschränkt, sondern stehe grundsätzlich jedem Bürger unabhängig von den Gründen für seinen Todeswunsch zu. Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung habe es jedoch faktisch unmöglich gemacht, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen. Deshalb stelle § 217 StGB einen unverhältnismäßigen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht dar.

Der Gesetzgeber dürfe hingegen Regelungen schaffen, um zu verhindern, dass Menschen sich unter Druck gesetzt fühlen, Suizidhilfe in Anspruch nehmen zu müssen, z. B. durch Aufklärungs- und Wartepflichten oder durch eine Kontrolle der Sterbehilfevereine. Die staatlichen Regelungen und Maßnahmen dürften aber nicht so weit gehen, den Suizid und die Hilfe dazu fak-

tisch unmöglich zu machen. Unbenommen bleibe es dem Staat, allgemeine Suizidprävention zu betreiben und durch Ausbau palliativer Versorgungsangebote krankheitsbedingten Suiziden entgegenzuwirken.

Ausdrücklich wies das Gericht darauf hin, dass es aber auch keine Verpflichtung zur Suizidhilfe geben darf. Auch im Rahmen einer künftigen gesetzlichen Regelung der Suizidhilfe können Ärzte deshalb nicht dazu verpflichtet werden, bei der Selbsttötung eines Menschen mitzuwirken.

II. Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen

Suizidalität stellt ein komplexes Phänomen dar. Sie umfasst alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die auf eine selbst herbeigeführte Beendigung des eigenen Lebens zielen, wobei der innere Druck, suizidale Gedanken in Handlungen umzusetzen, entscheidend ist. Suizidalität zielt auf eine Veränderung unerträglich empfundenen Leids; angestrebt wird Ruhe und Leidensfreiheit. Suizidalität ist nicht identisch mit Todeswünschen. Beide Phänomene überschneiden sich jedoch. Menschen können sich am Lebensende den Tod wünschen, ohne suizidal zu sein (z. B. als Lebenssattheit). Sie können sich den Tod auch wünschen, ohne ihn aktiv herbeiführen zu wollen (im Sinne von Lebensmüdigkeit). Je stärker der Wunsch ist, aktiv handelnd das Leben zu beenden oder beenden zu lassen, umso ausgeprägter ist die Suizidalität. Suizidalität und Todeswünsche treten häufig nicht als stabile Phänomene auf, sondern können über die Zeit in Art und Intensität, beeinflusst von äußeren und inneren Faktoren, fluktuieren.

Suizidalität ist stark assoziiert mit psychischen Störungen, besonders Depressivität. Sie wird ausgelöst durch Trennungen, Verluste, Verletzungen und die psychosozialen Folgen körperlicher Erkrankungen. Suizidalität findet meist im Kontext von Beziehungen statt oder ist auf bestimmte Beziehungen bezogen, kann aber auch Ergebnis von Vereinsamung und sozialer Desintegration sein. Die innere Motivlage, die zu Suizidwünschen führt, ist der Person oftmals nicht bewusst, jedoch verbunden mit lebenslangen Erfahrungen und aktuellen, bedrückenden Gefühlen und Lebensbedingungen.

Die Ursachen für Suizidalität und Todeswünsche können somit vielfältig determiniert sein. Sie können Ausdruck einer körperlichen, psychischen, sozialen oder existentiellen, u. U. auch spirituellen Not des Patienten sein. Aber auch persönlichkeitsbezogene Aspekte, wie ein erlebter Identitätsverlust oder der Konflikt zwischen Autonomie und Bindungswünschen, können suizidale Wünsche und Todeswünsche begründen. Gerade bei schwerer körperli-

¹ Ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personen-, Funktions- und Berufsbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

² Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a.

cher Krankheit und angesichts des bevorstehenden Sterbens können sich Todeswünsche auf die Befürchtung einer nicht beherrschbaren, sehr belastenden Zukunft beziehen. Sie stellen dann eine mögliche „Exit-Strategie“ dar, deren Möglichkeit für die betroffenen Patienten auch eine entlastende Funktion haben kann.³

Im Rahmen der Suizidprävention gibt es ein breites Angebot an Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene wie Beratung (u. a. Telefonseelsorge), Krisenintervention, Psychotherapie, psychiatrische und psychopharmakologische Behandlungen (s. dazu näher unter VIII.). Zentral ist dabei das ernstnehmende, akzeptierende und vertrauensförderliche Gesprächsangebot mit dem Ziel, die Belastungen und Hintergründe des suizidalen Erlebens zu verstehen und individuell angemessene Hilfsangebote machen zu können. Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Suizidwilligen ist dabei ebenso wichtig, wie die Fürsorge für den suizidgefährdeten Menschen.

Äußert ein schwerkranker oder sterbender Patient, insbesondere in der palliativen Situation, einen Todeswunsch, sollte der Arzt mit dem Patienten empathisch und wertfrei über Ausprägung und Hintergründe dieses Wunsches sprechen und dies dokumentieren. Insbesondere wenn die Situation vom Patienten als sehr belastend erlebt wird bzw. diese mit einem hohen Handlungsdruck, den Todeswunsch umzusetzen, verbunden ist, sollte der Arzt gemeinsam mit dem Patienten nach Lösungen suchen, wie das unerträglich erlebte Leid oder die Beschwerden gemindert oder gelöst werden können. Dies kann in end-of-life-Situationen auch durch Therapiebegrenzung und palliative Sedierung geschehen. Diese Maßnahmen sind aber nicht nur auf Einrichtungen der Palliativ- und Hospizversorgung beschränkt, sondern sind im Prinzip in allen Bereichen des Gesundheitswesens umsetzbar. Im Bedarfsfall sind weitere (z. B. palliativmedizinische, psychotherapeutische) Experten hinzuzuziehen.

III. Rechtlicher Handlungsrahmen

Bei der Frage nach einem angemessenen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen ist der rechtliche Handlungsrahmen zu beachten. Die folgende Übersicht zeigt auf, welche Handlungen von Ärzten rechtlich zulässig und welche unter Strafandrohung verboten sind.

1. Erlaubte Behandlungsbegrenzung und Sterbebegleitung

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. 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.⁴

Unter *Behandlungsbegrenzung*⁵ (früher: „passive Sterbehilfe“) versteht man das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen (z. B. der Verzicht auf künstliche Ernährung oder das Abschalten eines Beatmungsgeräts). Eine derartige Behandlungsbegrenzung ist zulässig und geboten,

wenn die lebenserhaltenden Maßnahmen nicht bzw. nicht mehr indiziert sind oder sie dem aktuellen oder früher erklärten Willen des Patienten nicht bzw. nicht mehr entsprechen (§ 1901a BGB und § 630d Abs. 1 BGB).

Mit *Sterbebegleitung* sind alle Maßnahmen der ärztlichen Versorgung und Begleitung Sterbender, insbesondere Maßnahmen der palliativen Versorgung, gemeint.⁶ Diese Maßnahmen sind bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation und in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten auch dann zulässig und geboten, wenn eine lebensverkürzende Nebenwirkung nicht ausgeschlossen werden kann (früher: „indirekte Sterbehilfe“).

Bei Behandlungsbegrenzung und Sterbebegleitung handelt es sich um ärztliche Behandlungsentscheidungen, die sich – wie andere Behandlungsentscheidungen auch – an dem Behandlungsziel, der Indikation und am Patientenwillen auszurichten haben.

2. Verbotene Tötung auf Verlangen

Unter *Tötung auf Verlangen* (früher: „aktive Sterbehilfe“) versteht man die gezielte Herbeiführung des Todes eines anderen Menschen auf dessen ausdrücklichen und ernstlichen Wunsch durch einen nicht seiner Heilung, der Symptomkontrolle oder Behandlungsbegrenzung dienenden Eingriff. Der Täter hat dabei die Herrschaft über den letzten, unwiderruflich zum Tod führenden Akt (z. B. Injektion mit bewusster Überdosierung eines Medikaments mit dem Ziel der Beschleunigung des Sterbens). Diese aktive Tötung ist in Deutschland – unabhängig davon, ob zwischen der sterbewilligen Person und dem ausführenden Arzt ein Behandlungsverhältnis besteht oder nicht – verboten (§ 216 StGB). Erfolgt die Tötung nicht auf Verlangen des Getöteten, macht sich der ausführende Arzt wegen Totschlags (§ 212 StGB) oder unter bestimmten Umständen sogar wegen Mordes (§ 211 StGB) strafbar.

3. Hilfe zum Suizid

Beim Suizid tötet sich ein Mensch selbst. Er nimmt z. B. eigenhändig ein tödlich wirkendes Medikament ein. Die *Hilfe zum Suizid* (auch: Beihilfe zum Suizid, (ärztliche) Assistenz beim Suizid) umfasst Handlungen, mit denen eine Person dabei unterstützt wird, ihren Wunsch, sich selbst zu töten, in die Tat umzusetzen (z. B. durch die konkrete Anleitung zum Suizid oder das Verschreiben, Überlassen oder sonstige Verschaffen eines Medikaments zum Zweck der Selbsttötung, s. dazu unter V.). Die rechtliche Bewertung von (ärztlichen) Handlungen im Zusammenhang mit einem Suizid hängt entscheidend von der Freiverantwortlichkeit der Suizidhandlung ab.

Strafbar ist die *Hilfe zu einem Suizid, der nicht freiverantwortlich* begangen wird. Ein Suizid ist nach der Rechtsprechung nicht freiverantwortlich, wenn dem Suizidenten die Einsichts- oder Urteilsfähigkeit fehlt, d. h. die Fähigkeit, die Tragweite und Bedeutung seines Entschlusses zur Selbsttötung zu erkennen, oder die Fähigkeit abzuwägen und sich nach seiner Einsicht zu richten (z. B. aufgrund von Alter, Krankheit, psychischer Störung oder Alkohol- bzw. Drogeneinfluss). Er ist ebenfalls nicht freiverantwortlich, wenn der Entschluss zur Selbsttötung auf Zwang, Drohung oder Täuschung beruht, es an einer tieferen Reflexion über

³ Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (abgerufen am: 25.06.2021).

⁴ Bundesärztekammer, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 2011, A-346 ff., Präambel.

⁵ Die Strafrechtsprechung spricht von „Behandlungsabbruch“ (vgl. Bundesgerichtshof, Urteil vom 25.06.2010 - 2 StR 454/09), meint damit aber dasselbe.

⁶ Bundesärztekammer, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 2011, A-346 ff.

den eigenen Todeswunsch fehlt oder der Entschluss nicht von innerer Festigkeit und Zielstrebigkeit getragen ist. Wer einen solchen, nicht freiverantwortlichen Suizid zulässt oder gar unterstützt, kann sich je nach den Umständen des Einzelfalls wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB), u. U. auch wegen vorsätzlicher Tötung durch aktives Tun oder Unterlassen (§§ 212, 13 StGB) oder fahrlässiger Tötung (§ 222 StGB) strafbar machen.

Zulässig ist hingegen die *Hilfe bei einem freiverantwortlichen Suizid* – seit der Aufhebung des § 217 StGB durch das oben genannte Urteil des *BVerfG* auch dann, wenn diese Hilfe geschäftsmäßig, d. h. in Wiederholungsabsicht erfolgt. Darüber hinaus ist inzwischen durch den *Bundesgerichtshof* (BGH) höchststrichterlich anerkannt, dass Ärzte auch nicht wegen einer Tötung durch Unterlassen oder wegen unterlassener Hilfeleistung bestraft werden, wenn sie den Tod nach einem freiverantwortlichen Suizid ihres Patienten nicht verhindern und auch nicht eingreifen, nachdem dieser bewusstlos geworden ist.⁷

4. Betäubungsmittelrechtliche Aspekte

Ein assistierter Suizid wird meist mit Betäubungsmitteln (z. B. Natrium-Pentobarbital) herbeigeführt, deren Erwerb und Abgabe nach dem Betäubungsmittelgesetz grundsätzlich verboten sind.⁸ Suizidwillige können auf zwei verschiedenen Wegen versuchen, tödlich wirkende Betäubungsmittel zu erlangen: Sie können entweder selbst eine Erlaubnis zum Erwerb des Betäubungsmittels beim *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* (BfArM) beantragen⁹ (a) oder sie versuchen, das Betäubungsmittel über Ärzte zu erhalten¹⁰ (b). Die Rechtslage ist zurzeit weitgehend unklar.

a) Erlaubnis durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Das BfArM erteilt bis heute auf Weisung des Bundesministeriums für Gesundheit keine Erlaubnisse zum Erwerb von Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung. Vor dem Urteil des *BVerfG* hatte das *Bundesverwaltungsgericht* (*BVerwG*) allerdings einmal ausnahmsweise einen Anspruch auf eine solche Erlaubnis angenommen, wenn sich ein Suizidwilliger wegen schwerer und unheilbarer Krankheit in einer extremen Notlage befindet.¹¹ Ob diese Ansicht auch nach dem Urteil des *BVerfG* noch Bestand hat, ist jedoch umstritten. Das *Verwaltungsgericht Köln* (*VG Köln*) hat dies verneint und entschieden, dass heute kein Anspruch auf den Zugang zu einem Betäubungsmittel zur Selbsttötung besteht.¹² Nach der Aufhebung des § 217 StGB sei es Suizidwilligen für eine Übergangszeit zumutbar, andere Formen des Suizids und der Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, bis der Gesetzgeber ein tragfähiges Schutzkonzept für u. a. die Verwendung suizidgeeigneter Betäubungsmittel und ggf. die staatliche Überwachung von Sterbehilfeorganisationen entwickelt habe.

b) Verschreibung durch Ärzte

Betäubungsmittel dürfen auf Grund einer ärztlichen Verschreibung abgegeben oder auch zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen Körper „begründet ist“.¹³ Bislang versteht man darunter, dass das Betäubungsmittel im Rahmen einer medizinischen Behandlung zu therapeutischen Zwecken („als Heilmittel“) verwendet wird und dafür eine Indikation besteht.¹⁴ Daran fehlt es jedoch, wenn das Betäubungsmittel im Rahmen eines geplanten Suizids zur Selbsttötung eingenommen wird. Für den Zweck der Selbsttötung sind Betäubungsmittel danach nicht verschreibungsfähig.

Ob das nach der Entscheidung des *BVerfG* zu § 217 StGB noch uneingeschränkt gilt, ist ebenfalls umstritten. In einer anderen Entscheidung hat das *BVerfG* die „Möglichkeit einer verfassungskonformen Auslegung des § 13 Abs. 1 BtMG“ angedeutet, durch die ein Zugang zu Natrium-Pentobarbital durch eine ärztliche Verschreibung eröffnet werden könne.¹⁵ Allerdings hat das *BVerfG* die Frage letztlich nicht beantwortet. Bis zu einer Änderung des Betäubungsmittelrechts durch den Gesetzgeber ist die Verschreibung von Betäubungsmitteln zur Selbsttötung deshalb mit rechtlichen Risiken verbunden.

IV. Ärztliche Aufgaben bei Suizidgedanken oder Todeswünschen

Äußert der Patient den Wunsch zu sterben oder Suizidgedanken, muss der Arzt ihm mit Gesprächsbereitschaft begegnen und Anlass, Motive und Hintergründe zu ergründen suchen (s. II.). Das vertrauensvolle Gespräch über den Wunsch des Patienten, zu sterben oder sein Leben zu beenden, gehört zum Kern der ärztlichen Tätigkeit und zwar nicht nur im Rahmen der Begleitung kranker oder sterbender Menschen, sondern auch bei suizidalen Gedanken außerhalb dieses Kontextes. Einem schwerkranken oder sterbenden Patienten sollte der Arzt zudem frühzeitig und wiederholt die ausdrückliche Bereitschaft vermitteln, auch über das Sterben an der Erkrankung und den Tod zu sprechen. Dabei ist der Arzt zur Beratung und Aufklärung über bestehende Erkrankungen und ihren voraussehbaren Verlauf, über Therapien und alternative (z. B. palliativmedizinische oder psychotherapeutische) Angebote verpflichtet, um dem Patienten eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen und ggf. mit ihm gemeinsam ein Behandlungskonzept zu entwickeln und dieses umzusetzen. Im Rahmen eines solchen Gesprächs hat sich der Arzt auch über die Einwilligungsfähigkeit des Patienten zu vergewissern.¹⁶

Diese ärztlichen Aufgaben bestehen unabhängig von dem Kontext, in dem Todeswünsche oder Suizidgedanken geäußert werden. Sie gehören deshalb zu den ärztlichen Pflichten, wenn sich ein Patient bereits in der Behandlung des Arztes befindet, wenn er sich wegen einer Erkrankung in Behandlung begibt oder wenn

⁷ *Bundesgerichtshof*, Urteile vom 03.07.2019 – 5 StR 132/18 und 5 StR 393/18.

⁸ § 1 Abs. 1 BtMG i. V. m. Anlage III und §§ 29 ff. BtMG.

⁹ § 3 Abs. 1 BtMG.

¹⁰ § 13 Abs. 1 und 1a BtMG.

¹¹ *Bundesverwaltungsgericht*, Urteil vom 02.03.2017 – 3 C 19/15. In einem späteren Urteil vom 28.05.2019 – 3 C 6.17 hat das Bundesverwaltungsgericht einen solchen Anspruch abgelehnt, weil dessen Voraussetzungen im konkreten Fall nicht erfüllt seien. Beide Urteile ergingen vor der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts.

¹² *Verwaltungsgericht Köln*, Urteil vom 24.11.2020 – 7 K 13803/17, 7 K 14642/17, 7 K 8560/18.

¹³ § 13 Abs. 1 S. 1 BtMG.

¹⁴ So bislang *Bundesgerichtshof*, Urteil vom 28.01.2014 – 1 StR 494/13, Rn. 39.

¹⁵ *Bundesverfassungsgericht*, Beschluss vom 20.05.2020 – Az. 1 BvL 2/20 u. a.

¹⁶ S. näher *Bundesärztekammer*, Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zu Patientenverfügungen und anderen vorsorglichen Willensbekundungen bei Patienten mit einer Demenzerkrankung, *Deutsches Ärzteblatt* 2018, A-952 ff.; *Bundesärztekammer*, Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten, *Deutsches Ärzteblatt* 2019, A-1133; *Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer* (ZEKO), Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin, über www.baek.de; Hinweise und Empfehlungen zu Patientenverfügungen und anderen vorsorglichen Willensbekundungen bei Patienten mit einer Demenzerkrankung, abrufbar über www.baek.de.

sich jemand unabhängig von einer Erkrankung mit einem Todeswunsch oder dem konkreten Wunsch zur Hilfe beim Suizid an einen Arzt wendet.

Diese Tätigkeiten gehören seit jeher zu den Aufgaben von Ärzten. Sie sind auf die Behandlung des Patienten unter Einschluss der palliativen Versorgung oder suizidpräventiver Beratung bezogen und zeigen ihm alternative Möglichkeiten auf, um das seinem Todeswunsch bzw. seinen Suizidgedanken nicht selten zugrundeliegende Leid zu lindern. Sie können insofern auch dazu beitragen, Suizide zu verhindern.

Das Gespräch über Suizidalität und Todeswünsche ist eine ärztliche Aufgabe. Es stellt keine Mithilfe beim Suizid dar. Keine Mitwirkung bei der Selbsttötung stellt es auch dar, wenn ein Arzt einem sterbenden Patienten beisteht und sein Leid mindert. Sterbegleitung und Leidminderung gehören unabhängig von der Ursache des Sterbens zu den ärztlichen Aufgaben – also auch dann, wenn der Patient seinen freiverantwortlichen Suizidwillen (s. VI.) bereits in die Tat umgesetzt hat, der Tod aber noch nicht eingetreten ist. Dadurch werden aber ärztliche Sterbegleitung und Leidminderung in dieser Phase nicht zur Mitwirkung beim Suizid.

Alle vorgenannten ärztlichen Handlungen beim Umgang mit Todeswünschen oder Suizidgedanken stellen keine Mitwirkung („Assistenz“, Hilfe) beim Suizid dar. Sie bleiben deshalb auch dann ärztliche Aufgaben, wenn im Rahmen einer künftigen gesetzlichen Regelung die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer wie auch immer ausgestalteten Suizidhilfe geschaffen werden.

V. Mitwirkung bei der Selbsttötung

Die Bundesärztekammer und der Deutsche Ärztetag – zuletzt bestätigt auf dem 124. Deutschen Ärztetag 2021 – vertreten die Auffassung, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist.¹⁷ Mit dieser Aussage sind folgende Aspekte verbunden:

- Die Hilfe zur Selbsttötung gehört nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufs. Ärzte sehen sich verpflichtet, das Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen (vgl. § 1 MBO-Ä, § 16 S. 1 MBO-Ä) und dabei das Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu achten (§ 7 Abs. 1 S. 1 MBO-Ä). Die Hilfe bei der Verwirklichung der Absicht, sich selbst zu töten, gehört hingegen nicht zu den beruflichen Aufgaben eines Arztes.
- Kein Arzt ist verpflichtet, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.¹⁸
- Es bleibt eine freie und individuelle Entscheidung, ob sich ein Arzt in einem konkreten Einzelfall dazu entschließt, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten und an einem Suizid mitzuwirken.

Die beschriebenen ärztlichen Tätigkeiten beim Umgang mit Todeswünschen oder Suizidgedanken (II. und IV.) gehören anerkanntermaßen zu den Aufgaben von Ärzten. Darin liegt keine Mitwirkung bei der Selbsttötung.

Eine Mitwirkung bei der Selbsttötung stellen hingegen Tätigkeiten eines Arztes dar, die auf die Unterstützung eines Suizidwilligen bei der *konkreten Durchführung seiner Selbsttötung* zielen. Dazu gehören etwa

- Beratungstätigkeiten wie z. B. die konkrete Anleitung zur Planung und Durchführung des Suizids,

- die Vermittlung an eine Organisation zur Suizidhilfe (im Gegensatz zu dem schlichten Hinweis darauf),
- die Verordnung oder das Überlassen eines Medikamentes zur Durchführung des Suizids (im Gegensatz zur Verordnung einer medizinisch indizierten Bedarfsmedikation, die der Patient nicht einnimmt, sondern für seinen Suizid sammelt) oder
- die zielgerichtete Erstellung von Gutachten für Sterbehilfevereine als Voraussetzung für die Durchführung eines assistierten Suizids.

VI. Kriterien des Bundesverfassungsgerichts für einen freiverantwortlichen Suizid

Die Mitwirkung bei der Selbsttötung („ärztliche Assistenz beim Suizid“, „ärztliche Suizidhilfe“) aufgrund einer individuellen Entscheidung eines Arztes setzt stets voraus, dass der Suizid *freiverantwortlich* begangen wird. Ist der Suizidentschluss dagegen nicht freiverantwortlich gefasst, ist ein Arzt – ebenso wie ein Nicht-Arzt – zur Intervention (Lebensrettung) verpflichtet (s. III., 3.).

Das BVerfG hat in seiner Entscheidung zu § 217 StGB betont, dass es bei einem freiverantwortlichen Suizid um das Recht des Einzelnen geht, selbstbestimmt zu entscheiden, sein Leben eigenhändig, bewusst und gewollt zu beenden. Der vom BVerfG ebenfalls genannte Aspekt der eigenhändigen Durchführung des Suizids betrifft nicht seine Freiverantwortlichkeit, sondern die Abgrenzung der Suizidhilfe von der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) und bleibt daher im Folgenden außer Betracht.

Ein freiverantwortlicher Suizid liegt nach dem BVerfG vor, wenn der Entschluss auf dem freien Willen des Suizidenten beruht, der zur Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähig ist, sowie bewusst und gewollt auf der Grundlage einer realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider getroffen wird. Bei der Konkretisierung dieser Anforderungen orientiert sich das BVerfG an den Grundsätzen zur informierten Einwilligung eines Patienten in medizinische Maßnahmen.

Maßgeblich sind danach folgende Kriterien¹⁹:

- (1) die Fähigkeit des Suizidwilligen, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können (Einwilligungsfähigkeit, d. h. Einsichts- und Urteilsfähigkeit für die konkrete Entscheidung);
- (2) die Kenntnis des Suizidwilligen von allen entscheidungserheblichen Gesichtspunkten nach Aufklärung, insbesondere der Handlungsalternativen zum Suizid und der Folgen seiner möglichen Handlungen;
- (3) die Abwesenheit von Zwang, Drohung oder Täuschung oder einer anderen Form der unzulässigen Einflussnahme;
- (4) die Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches, die sich in einer „gewissen Dauerhaftigkeit“ und „inneren Festigkeit“ dieses Wunsches ausdrückt und damit ausschließt, dass der Entschluss zum Suizid auf einer vorübergehenden Lebenskrise oder aktuellen Stimmungslage beruht oder vorschnell und unüberlegt getroffen oder von Ambivalenz begleitet wird.

Fehlt es an einem oder gar mehreren dieser Kriterien, liegt kein freiverantwortlicher Suizidentschluss vor.

¹⁷ 124. Deutscher Ärztetag 2021, Beschluss IVa-03; s. zuvor 114. Deutscher Ärztetag 2011 in Kiel, Beschluss zur Vorstandsüberweisung VI-18, VI-60 und VI-78; Bundesärztekammer, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung, Deutsches Ärzteblatt 2011, A-346 ff., Präambel; Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Deutsches Ärzteblatt 2011, A-301.

¹⁸ So neben dem Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u. a., LS 6, Rn. 342, auch schon World Medical Association, 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019.

¹⁹ Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u. a., Rz. 240 ff.

VII. Individuelle Entscheidungen des Arztes

Kein Arzt kann zur Mitwirkung an einer Selbsttötung verpflichtet werden. Dies gilt sowohl im rechtlichen Sinne (z. B. mit Blick auf eine künftige gesetzliche Regelung der Suizidhilfe), als auch im moralischen Sinne (kein moralischer Anspruch des Patienten, dass sein Arzt ihm beim Suizid assistiert, auch wenn dieser rechtlich zulässig ist). Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist seinem Wesen nach vor allem ein Abwehrrecht: Der Patient hat das Recht, von ihm nicht gewollte ärztliche Maßnahmen verbindlich abzulehnen, er kann aber keine Maßnahmen einfordern, die aus ärztlicher Sicht nicht indiziert sind oder die der Arzt mit seinem ärztlichen Selbstverständnis für nicht vereinbar hält.

Es bleibt also eine *individuelle Entscheidung des einzelnen Arztes*, ob er den an ihn herangetragenen Wunsch nach assistiertem Suizid nachkommt und ein solches Handeln mit seinem Gewissen und seinem ärztlichen Selbstverständnis vereinbaren kann.

Während der Gesetzgeber nach dem Urteil des *BVerfG* die freiwillig geleistete Suizidhilfe nicht auf bestimmte Personen, Lebens- oder Krankheitssituationen beschränken darf, sondern prinzipiell allen Suizidwilligen in gleicher Weise ermöglichen muss, ist der Arzt in seiner individuellen Entscheidung frei, in jedem Einzelfall alle für ihn persönlich wichtigen Umstände und Kriterien zu berücksichtigen.

VIII. Suizidprävention

Die ärztliche Position zu Suizidalität, zum Umgang mit Suizidwünschen und zur Assistenz bei der Durchführung von Suizidwünschen basiert auf den vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen über Suizid und Suizidalität. Aus Sicht der Ärzteschaft folgen daraus die Notwendigkeit und der Primat der Suizidprävention. Diese Perspektive entspricht den Positionen des Deutschen Ethikrates, wie dieser sie u. a. in seinen Stellungnahmen 2014 und 2017 dargelegt hat.²⁰

Aus diesem Grund folgt die ärztliche Position zum Suizid und damit auch zur Assistenz beim Suizid dem grundsätzlichen Paradigma der Hilfe und der Unterstützung für leidende Menschen in

allen Lebenslagen. Bei Suizidwünschen, ob in psychischen oder körperlichen Notlagen geäußert, bieten Ärzte die direkte, persönliche und professionelle Zuwendung an. Je nach Problematik besteht ein breites Angebot an Möglichkeiten medizinischer und psychosozialer, insbesondere palliativmedizinischer, hospizlicher, psychotherapeutischer, psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungen. Diese sind allerdings noch nicht ausreichend und flächendeckend etabliert und müssen weiter ausgebaut werden.

Im Rahmen der individuellen Suizidprävention geht es um das Verständnis der individuellen Umstände des Suizidwilligen und das Angebot zur Hilfe, über dessen Annahme oder Ablehnung der Betroffene selbst entscheidet.

Es gehört zur ärztlichen Tätigkeit, sensibel und offen auf die von Patienten geäußerten Todes- und Suizidwünsche zu reagieren und sie ggf. auf entsprechende Angebote palliativmedizinischer Versorgung und der ärztlich unterstützten Suizidprävention hinzuweisen.

Erarbeitet durch die Mitglieder des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen:

Dr. med. (I) Klaus Reinhardt (Vorsitzender)
 Dr. med. Martina Wenker (Vorsitzende)
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Jens Atzpodien
 Prof. Dr. med. Claudia Bausewein, PhD MSc
 Erik Bodendieck
 Prof. Dr. med. Eike Sebastian Debus
 Prof. Dr. jur. Dr. h. c. Volker Lipp (Federführung)
 Prof. Dr. med. Giovanni Maio M.A. phil.
 Prof. Dr. phil. Alfred Simon (Federführung)
 PD Dr. med. Ulrich Wedding

Gast:

Prof. Dr. med. Reinhard Lindner
 (Nationales Suizidpräventionsprogramm)

Geschäftsführung:

Hon.-Prof. Dr. jur. Karsten Scholz
 Dr. jur. Carsten Dochow

²⁰ Deutscher Ethikrat, Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention, 2014, abrufbar unter: Deutscher Ethikrat, Suizidprävention statt Suizidunterstützung. Erinnerung an eine Forderung des Deutschen Ethikrates anlässlich einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts, 2017, abrufbar unter: (alle abgerufen am: 25.06.2021).

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Änderung der Satzung der Bundesärztekammer

bezüglich der §§ 1 Abs. 3, 4 Abs. 1, 1a und 4, 5 Abs. 7 sowie § 9 Abs. 2 S. 1

Der 124. Deutsche Ärztetag (Online) hat am 05.05.2021 Änderungen der Satzung der Bundesärztekammer beschlossen. Diese beziehen sich auf die §§ 1 Abs. 3 (Streichung), 4 Abs. 1, 1a (Einfügung) und 4, 5 Abs. 7 sowie § 9 Abs. 2 S. 1 der Satzung.

Die Satzung der Bundesärztekammer in der Fassung der Beschlüsse des 124. Deutschen Ärztetags 2021 (Online) in Berlin ist über die Internetseite der Bundesärztekammer abrufbar.

www.bundesaerztekammer.de