



Wortprotokoll der 39. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 20. Februar 2019,

14.30 bis 16.00 Uhr

Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Anhörungssaal 3 101

Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 4

Antrag der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Stephan Thomae, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Rechtssicherheit für schwer und unheilbar Erkrankte in einer extremen Notlage schaffen

BT-Drucksache 19/4834

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Völlers, Marja-Liisa Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Gehrke, Dr. Axel Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev	Braun, Jürgen Hemmelgarn, Udo Theodor Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Möhring, Cornelia Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung 14.33 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich darf Sie ganz herzlich zur 39. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit begrüßen. Ich freue mich, die Parlamentarische Staatssekretärin Sabine Weiss und weitere Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung (BReg) hier zu begrüßen. Die heutige öffentliche Anhörung bezieht sich auf den Antrag der FDP „Rechtssicherheit für schwer und unheilbar Erkrankte in einer extremen Notlage schaffen“. Die FDP fordert in ihrem Antrag die gesetzliche Klarstellung, um schwer und unheilbar Erkrankten in einer extremen Notlage, die eine Selbsttötung beabsichtigen, den Erwerb eines Betäubungsmittels (BTM) hierfür zu ermöglichen. Außerdem soll ein Bescheidungsverfahren für die Anträge Betroffener geschaffen werden, das eine sachverständige ärztliche Beurteilung, ggf. auch einer entsprechenden Kommission, vorsieht. Die Antragsteller beziehen sich auf ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom März 2017, wonach das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) den BTM-Erwerb, das eine schmerzlose Selbsttötung ermöglicht, in extremen Ausnahmesituationen nicht verwehren dürfe. Wir freuen uns, diese Thematik heute mit den Experten besprechen zu dürfen. Einige kurze Informationen zum Ablauf: Die Anhörung dauert 90 Minuten. Wir werden abwechselnd in der Reihenfolge der Stärkeverhältnisse der Fraktionen die Fragen stellen. Jede fragestellende Fraktion stellt eine Frage an einen Sachverständigen. Nach genau 90 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Ich bitte die Fragesteller und die Antwortenden sich entsprechend kurz zu fassen. Dazu die Bitte, das Mikrofon zu nutzen und den Namen und Verband zu nennen. Es dient der besseren Erkennbarkeit für diejenigen, die die Anhörung zu Hause oder im Büro begleiten. Mobiltelefone sollten abgeschaltet sein, ansonsten kommt jemand und kassiert fünf Euro für einen guten Zweck. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen. Außerdem kann die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages angeschaut werden. Das Wortprotokoll wird im Internet veröffentlicht. Wir kommen jetzt zur ersten Frage.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Sitte. Sie sind Palliativmediziner und begleiten die schwer und unheilbar Erkrankten in extremen Notlagen und haben dazu auch umfangreich geforscht. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund, mit Ihrer medizinischen Erfahrung, die Forderungen, die hier erhoben werden, auch mit dem Blick darauf, was ein Patient in der Palliativversorgung benötigt? Bitte gehen Sie bei Ihrer Antwort darauf ein, was die Palliativmedizin heute bereits kann und was möglich ist.

ESV **Dr. Thomas Sitte**: Worum geht es heute eigentlich? Es geht darum, dass wir Rechtssicherheit für Patienten schaffen wollen und letztlich auch, was nicht im Antrag steht, Rechtssicherheit für die Ärzte. Ich bin Arzt und Palliativmediziner. Ich habe in meiner ärztlichen Tätigkeit in den letzten 30 Jahren die Erfahrung gemacht, dass echte Rechtssicherheit niemals möglich ist. Die Patienten an sich, wenn ich den Antrag der FDP anschau, haben aus ihrer Sicht viele Möglichkeiten, rechtssicher Beihilfe zur Selbsttötung zu bekommen. Wenn ich aber als Palliativmediziner hinschau und frage, was diese Patienten eigentlich brauchen, ist es in der Regel eine sehr gute Begleitung, eine Verfügbarkeit von Experten für eine effektive Leidens- und Symptomlinderung oder im besten Falle auch Symptomkontrolle, damit sie selbst keinen Kontrollverlust erleiden müssen. Es wird immer wieder vorgetragen, dass die Patienten vielleicht ersticken und an unerträglichen Schmerzen leiden müssten. Das ist zum Glück seit vielen Jahren nicht mehr so, wenn wir eine gute, palliativmedizinisch und palliativpflegerisch umfassende Versorgung vor Ort beim Patienten haben. In der Regel ist diese in Deutschland verfügbar, wenn man sie haben möchte. Die Antragsteller, wie es auch in den Stellungnahmen einiger Sachverständiger heißt, wollen diese Versorgung nicht haben. Ich kann aus der Praxis sagen, wenn mich jemand um Hilfe zur Leidenslinderung bittet, kann ich die wirklich leisten. Vielleicht darf ich Ihnen zwei Beispiele aus dem letzten Jahr schildern. Eine Dame, sie war 79 Jahre alt, hat mich besonders berührt. Ich bin letztes Jahr 60 geworden, sie wurde fast zeitgleich 80. Einen Tag vor meinem Geburtstag habe ich sie kennengelernt. Sie war extrem leidend mit schwerster Atemnot und das seit vielen Tagen, nicht gelindert mit einfachsten Medikamenten. Sie wurde mit einer Atemmaske vor dem Gesicht beatmet, mit der sie zwei, drei Worte



sagen konnte. Darüber haben wir uns verständigt. Sie wollte sterben. Sie hat mich gebeten, sie zu töten, sie vom Leiden zu erlösen. Innerhalb von wenigen Minuten war es möglich, sie mit Medikamenten, die überall in Deutschland verfügbar sind, von der Atemnot zu erlösen. Ich musste sie nicht vom Leben erlösen, aber von der Atemnot. Sie war glücklich, aber ihre Energie war aufgebraucht. Sie hat mir sehr berührend gesagt, feiern sie schön. Das hat sie rausgebracht und ist am nächsten Tag gestorben. Hätte man sie vorher leidenslindernd gegen die Atemnot behandelt, hätte sie sicherlich noch mehr Energie gehabt. Wie eine andere Patientin von mir, 65 Jahre alt, mit Bauchspeicheldrüsenkrebs, schlimmem Erbrechen, schlimmen Schmerzen, die auch nicht mehr leben wollte. Sie war völlig verzweifelt. Wir haben vereinbart, dass ich sie etwas schlafen lasse. Ich habe dann zu Hause eine sogenannte palliative Sedierung gemacht, die absoluter Standard in der heutigen Palliativversorgung ist, und habe ihr gesagt, wir schauen morgen, ob sie damit klarkommen kann. Nach 10 bis 15 Minuten war sie ausreichend schlafend, hat bis zum nächsten Tag geschlafen und dann gesagt, dass es jetzt geht. Sie hat noch 6 Wochen wach gelebt, aber ohne weitere Bitten an mich oder an andere, dass sie getötet wird oder irgendwelche Wünsche, Hilfe bei der Selbsttötung zu erhalten. Das Problem in Deutschland ist, dass die meisten Menschen nicht wissen, was möglich ist. Ich will als Arzt niemandem der am Leben an sich leidet oder sich nicht bei körperlichen Gebrechen und Problemen helfen lassen möchte, bei der Selbsttötung helfen. Für die Patienten, die an körperlichen Leiden leiden, brauchen wir keine Suizidassistenten. Das ist das eine. Die Möglichkeiten für schwerst leidende Patienten Hilfe bei der Selbsttötung zu bekommen, sind hier in Deutschland wirklich unglaublich. Wir haben ganz viele verschiedene Medikamente. Als ich im Zug noch mal gegoogelt und nach Methoden für Selbstmord gesucht habe, kam ein Artikel vom 1. August 2008 von Matthias Kamann in „Die Welt“, wo er präzise beschreibt, wie viel von welchen Medikamenten ich brauche. Neun Gramm von zwei verschiedenen Medikamenten und die sind weitgehend todsicher. Genauso sicher wie das Barbiturat, was gefordert wird, nicht mehr, nicht weniger. Dieses BTM brauche ich dafür nicht. Es ist wirklich eine realitätsferne Fiktion, dass wir meinen, wir müssten BTM zum Zwecke der Selbsttötung verschrieben bekommen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an den ESV Prof. Dr. Merkel. Sie üben in Ihrem vielbeachteten Artikel in der FAZ, mit dem Titel „Der Staat darf beim Suizid helfen“, Kritik an dem Gutachten Ihres Kollegen Prof. Dr. Dr. Di Fabio, das er im Auftrag des BfArM gefertigt hat. Bitte erläutern Sie uns Ihre grundsätzliche juristische Kritik und gehen Sie dabei explizit auf Ihr Verständnis von medizinischer Versorgung als Aufgabe des Staates ein.

ESV **Prof. Dr. Reinhard Merkel**: Ich bin ganz dankbar, dass ich zunächst die Überschrift des Artikels in der FAZ korrigieren kann. Da steht nämlich „Der Staat darf beim Suizid helfen“. Ich sage in diesem Artikel nachgerade das Gegenteil. Die Überschrift stammt nicht von mir. Diese Art von Hilfe, um die es hier geht, ist keine Hilfe zum Suizid. Damit bin ich bei dem ersten der Einwände, die üblicherweise gegen das BVerwG formuliert werden. Zwei sind es, auf die sich die Kritik von Herrn Prof. Dr. Dr. Di Fabio stützt und ersichtlich auch der Nichtanwendungserlass, wenn man das mal salopp so nennen darf, seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) an das BfArM. Der erste Einwand lautet, dass das Urteil den Staat verpflichte in bestimmten extremen Ausnahmefällen, eine Art Hilfe zum Suizid, zu leisten. Der zweite Einwand gegen das Urteil lautet, die Entscheidung verletze § 5 Absatz 1 Nr. 6 Betäubungsmittelgesetz (BtMG), der Ausnahmegenehmigungen für das Barbiturat Natrium-Pentobarbital (NaP) nur in Fällen vorsieht, in denen es der medizinischen Versorgung der Bevölkerung dient. Ein Tötungsmittel, so das Argument, könne nie der medizinischen Versorgung dienen. Beide Einwände gegen das Urteil sind nicht richtig. Zum ersten Einwand: Wenn jemand, der ein abstraktes Verbot erlassen hat, in bestimmten Ausnahmefällen dazu verpflichtet wird, dieses Verbot aufzuheben, sozusagen die Barriere, die Blockade, die er vorher gesetzt hat, zu liften, heißt das nicht, dass er für die anschließende selbstbestimmte Handlung einer anderen Person Beihilfe leisten würde. Das Argument, um das zu veranschaulichen, ist ähnlich abwegig, wie die Behauptung, ein verwaltungsgerichtliches Urteil, das eine abgeneigte Gemeinde verpflichtet, vor Wahlen das Aufstellen eines NPD-Standes zu erlauben, verpflichte den Staat zur Unterstützung der NPD. Das ist rundum verfehlt. Dies erste und für Herrn Prof. Dr. Dr. Di Fabio zentrale Argument ist unrichtig. Das zweite Argument, das lautet, Tötungsmittel



könnten nie der medizinischen Versorgung dienen, wird an anderen Stellen der Rechtsordnung schlagend widerlegt. In § 218a Absatz 1 bis 3 Strafgesetzbuch (StGB) wird für jeden legitimen oder tatbestandslosen Schwangerschaftsabbruch zwingend eine Arztpflicht, und zwar strafbewährt, vorgeschrieben. Das heißt, hier geht es nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) bei dem Schwangerschaftsabbruch, um das Töten eines Dritten, eines grundrechtsgeschützten Embryos, der natürlich nicht einwilligen kann und nicht eingewilligt hat. Dagegen geht es in dem Fall des BVerwG um einen legitimen Suizid, den niemand für rechtswidrig hält. Dort gehört natürlich zur medizinischen Versorgung, eine Arztpflicht für diese Art pränataler Tötungshandlung, die der Abbruch nun einmal ist, vorzuschreiben. Wir kennen, wenn Sie mir das noch gestatten, in § 47a Arzneimittelgesetz die spezifische Regelung eines besonderen Vertriebsweges für das Abbruchmittel Mifegyne®. Dabei handelt es sich um ein Abtötungsmittel, wenn Sie es maliziös formulieren wollen. Das heißt, die Rechtsordnung kennt in bestimmten Notlagefällen, die durchaus auch extreme Notlagen markieren, sehr wohl Aufgaben der medizinischen Versorgung an, die außerhalb der klassischen Bereiche von Diagnose, Therapie und Prävention liegen. Sie erkennt an, dass Menschen manchmal nur noch geholfen werden kann, indem man eine auf dem angemessenen Stand der medizinischen Entwicklung liegende Hilfe anbietet, die nicht mehr Therapie, nicht mehr Prävention oder Diagnose ist. Das zweite Argument von Herrn Prof. Dr. Dr. Di Fabio und, wenn ich recht sehe, wohl auch des Bundesgesundheitsministers, ist unrichtig. Ehrlich gesagt fällt für jemanden wie mich als Rechtstheoretiker die gesamte Argumentation des Gutachtens von Herrn Prof. Dr. Dr. Di Fabio in sich zusammen. Nun haben Sie mich nach meinem Begriff der medizinischen Versorgung gefragt. Im Wesentlichen habe ich das skizziert.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Meine Frage geht an die BÄK. Wir haben gerade über den legitimen Suizid gehört. Auf der anderen Seite hat im Jahr 2015 der Gesetzgeber neue gesetzliche Regelungen zum Ausbau der palliativen und Hospizversorgung beschlossen. Reichen die derzeitigen Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung aus und wo gibt es ggf. weiteren Verbesserungsbedarf gerade im Hinblick auf die heutige Diskussion?

SV **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery** (Bundesärztekammer (BÄK)): Der Gesetzgeber hat in der Tat in einem, wie ich finde, bemerkenswerten Akt, bevor er über § 217 StGB und damit über das Verbot der gewerbsmäßigen Sterbehilfe abstimmt, diskutiert hat, klar gesagt, dass er für eine Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung ist. Das finde ich ausgesprochen gut. Er hat das wichtige Signal in die Zukunft gesetzt, dass das der Weg ist, mit dem wir der Leidenssituation, dem Leidensdruck schwerstkranker Menschen, begegnen wollen. Das war hervorragend und ist im Aufbau. Bitte verstehen Sie es nicht falsch, wenn ich gleichwohl sage, dass man das noch verbessern kann. Herr Dr. Sitte hat sehr überzeugend dargelegt, und einige der anderen Sachverständigen werden das auch noch tun, was wir heute mit Palliativmedizin alles bewirken können. Wir dürfen nie vergessen, dass das hier schon mehrfach zitierte BVerwG-Urteil auf einer Rechtslage von 2005 beruht. Damals gab es in Deutschland praktisch keine Palliativmedizin. Wir haben heute eine andere Situation und die kommt in diesem Gesetz auch zum Ausdruck.

Abg. **Michael Brand** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Prof. Dr. Augsberg. Ich möchte Sie fragen, wie Sie die Forderung des Antragstellers aus verfassungsrechtlicher Perspektive beurteilen?

ESV **Prof. Dr. Steffen Augsberg**: Kurz zusammengefasst halte ich die Forderung nach einer gesetzlichen Kodifizierung der bundesverwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung, nach einer Positivierung dieser Konstellation einer, wie es auch im Antrags-titel heißt, extremen Notlage, nicht nur für problematisch oder sinnlos, sondern für nahezu verfassungswidrig. Ich will das in zwei Schritten kurz begründen. Das eine ist ein genuin grundrechtliches, das zweite ist ein eher kohärenztheoretisches Argument. In grundrechtlicher Hinsicht müssen wir uns vorstellen, dass diese gesetzliche Regelung das in den legislativen Prozess hinein verlängerte, was das BVerwG meines Erachtens in verfassungsrechtlich unzulässiger Weise fordert. Eine staatliche Behörde würde nämlich eine Prüfung vornehmen, ob ein Suizidverlangen dazu führt, dass letztlich mit ihrer Erlaubnis der Erwerb eines tödlich wirkenden BTM erfolgen kann. Das setzt notwendig eine entsprechende Bewertung voraus. Das ist ein komplexer Prozess, bei dem eine höchst-



persönliche, verfassungsnormativ im Persönlichkeitsrecht und im Würdeschutz wurzelnde Entscheidung, auf eine staatliche Behörde delegiert wird, ohne dass dafür Kriterien in einer nachvollziehbaren Weise existent sind. Bislang aber auch, und das ist mein entscheidender Punkt, ohne dass man sich vorstellen kann, wie das in einer verfassungslegitimen Weise funktionieren könnte. In jedem Fall bliebe es dabei, dass die staatliche Behörde oder auch der Gesetzgeber als staatliche Instanz festlegt, unter welchen Bedingungen und anhand welcher Kriterien eine solche Entscheidung von uns hinzunehmen ist. Das ist eine Qualifizierung menschlichen Lebens, wie sie mit unserem Verfassungssystem, das vor allem eine Reaktion auf historisch erfahrenes Unrecht ist, nicht zu vereinbaren ist. Der Kohärenztheoretische Einwand bezieht sich auf die erwähnte Überlegung, dass wir erst vor kurzem eine mit breiter Mehrheit im Bundestag getragene und vorab intensiv diskutierte StGB-Änderung erfahren haben. § 217 StGB fügt sich insoweit konsistent in das bestehende Regime. Er setzt gewissermaßen zwanglos oder jedenfalls konsequent die Regelung des § 216 StGB fort und schützt in spezifischen prekären Situationen die autonome Entscheidungsfindung des suizidwilligen Patienten. Wenn wir an dieser Stelle eine entsprechende staatliche Erlaubnis etablieren, führt das dazu, dass genau das, was ein Grund für die Schaffung des § 217 StGB war, nämlich die Furcht vor einer Normalisierung und vor Gewöhnungseffekten, in vermehrtem Maße gegeben ist. Wir haben da eine administrative Routine, wir haben Prozesse, die sich immer wieder wiederholen, wir haben entsprechende Kriterien, die abgearbeitet werden müssen. Das kann mit den theologischen Erwägungen, die hinter § 217 StGB stehen, nicht vernünftig in Einklang gebracht werden. Insofern ist es überaus vernünftig abzuwarten, was die aktuell zur Kontrolle anstehende strafgesetzliche Norm erbringt, konkret, was die Entscheidung des BVerfG dazu enthält.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Herr Prof. Dr. Frister, das BMG hat das BfArM angewiesen, das Urteil des BVerwG in vergleichbaren Fällen nicht zu beachten. Halten Sie das für haltbar?

ESV **Prof. Dr. Helmut Frister**: Ich halte diese Anweisung, wenn man sie als Anweisung qualifiziert, für sehr problematisch. Grundsätzlich ist es so, dass Behörden dazu verpflichtet sind, höchstrichterliche Urteile umzusetzen. Das ist notwendig, weil sonst die Rechtsprechung ihre Aufgabe, das Recht zu konkretisieren und auszulegen, nicht erfüllen kann. Von diesem Grundsatz gibt es im vorliegenden Fall keine tragfähige Ausnahme. Diese Ausnahme ergibt sich insbesondere nicht aus der Regelung des § 217 StGB. Denn § 217 StGB lässt sich, wenn überhaupt – das BVerfG wird über die Norm entscheiden – nur damit legitimieren, dass der abstrakten Gefahr entgegengewirkt werden soll, dass durch die Schaffung eines allgemeinen Dienstleistungsangebots der Hilfe zur Selbsttötung nicht frei verantwortliche Selbsttötungen vorgenommen werden. Dass diese abstrakte Gefahr auch besteht, wenn in den vom BVerwG beschriebenen engen Notlagen, sozusagen unter Kontrolle, in Ausnahmefällen der Zugang zu BTM gewährt wird, kann man meines Erachtens nicht ernsthaft annehmen. Deshalb sehe ich diesen Konflikt zu § 217 StGB nicht. Es ist auch daran zu erinnern, dass in der Gesetzesbegründung zu § 217 StGB ausdrücklich steht, dass die Hilfe zur Selbsttötung in extremen Notsituationen nicht kriminalisiert werden soll. Also sehe ich da keinen Widerspruch. Letztlich sieht das auch Herr Prof. Dr. Di Fabio in seinem Gutachten so. Auch er sagt, unter § 217 StGB könne man das nicht subsumieren. Er meint nur, dass das Ganze eine so zentrale Frage sei, dass der Gesetzgeber nicht priorisiert werden dürfe. Er ist der Auffassung, dass ein solcher Nichtanwendungserlass bis zu einer gesetzgeberischen Klärung erlaubt ist. Ich weiß nicht, ob man das im Hinblick auf die Not der Betroffenen, denen man kaum zumuten kann, in jedem Einzelfall den mehrjährigen Weg durch die Instanzen zu gehen, so sehen kann. Aber selbst wenn man der Auffassung von Prof. Dr. Di Fabio folgt, ist festzuhalten, dass er das Ganze nur bis zu einer gesetzgeberischen Klärung für zulässig erachtet. Das bedeutet doch, dass der Gesetzgeber so oder so tätig werden muss und nicht die Hände in den Schoß legen kann. Der Gesetzgeber muss sich entscheiden, ob er dezidiert gegen das Urteil des BVerwG Stellung nimmt und durch eine klare gesetzliche Regelung deutlich macht, dass ein solcher Zugang zu BTM nicht gewährt wird. Wenn das BVerwG aus verfassungsrechtlichen Gründen auf seiner Regelung



beharrt, muss es die Sache dem BVerfG vorlegen und dann wird dort eine Entscheidung ergehen. Oder der Gesetzgeber muss sagen, wir halten das, was das BVerfG gesagt hat, im Grundsatz für überzeugend. Dann muss er einen Weg finden, einen solchen Zugang zu BTM in extremen Notlagen zu ermöglichen. Das muss nicht notwendiger Weise der Weg einer Genehmigung durch das BfArM sein. Das kann auch die Zulassung einer ärztlichen Verschreibung in bestimmten Konstellationen sein, die man von einem Betreuungsgericht überprüfen lassen könnte.

Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.): Unsere erste Frage geht an Herrn Prof. Roßbruch. Herr Prof. Roßbruch, neben Ihrem Lehrauftrag vertreten Sie als Rechtsanwalt vor dem Verwaltungsgericht Köln zurzeit vier Antragstellerinnen und Antragsteller gegenüber dem BfArM bei ihrem Bemühen um ein selbstbestimmtes Lebensende. Könnten Sie uns bitte die Situation Ihrer Mandantinnen und Mandanten kurz schildern und welche Schutzpflichten des Staates Sie im Hinblick auf dieses Bemühen um ein selbstbestimmtes Lebensende sehen?

ESV Prof. Robert Roßbruch: Ich gehe davon aus, dass ich nicht als Hochschullehrer, sondern aufgrund der Tatsache, dass ich als Anwalt vier Antragsteller anwaltlich vertrete, eingeladen bin. Es waren ursprünglich sieben Antragsteller, drei Antragstellerinnen sind mittlerweile verstorben. Zwei Fälle möchte ich Ihnen gerne schildern. Es gibt einen Antragsteller, der seit 20 Jahren an multiple Sklerose (MS) leidet. Er ist jetzt 47 Jahre alt. Seine Erkrankung ist derart fortgeschritten, dass er völlig bewegungsunfähig ist. Er sitzt in einem Spezialrollstuhl und wird rund um die Uhr pflegerisch und betreuungsmäßig versorgt. Er kommuniziert mit der Außenwelt über einen sprachgesteuerten Computer. Er telefoniert über diesen und schreibt darüber E-Mails. Er ist sich als informierter Patient sehr wohl darüber im Klaren, was Palliativmedizin möglicherweise leisten könnte oder nicht. Man muss dazu sagen, bei ihm werden mittlerweile nur noch palliativmedizinische Maßnahmen vorgenommen, weil eine Heilung in diesem Stadium der Erkrankung nicht mehr möglich ist. Er erlebt sein Leben als sehr unerträglich und würdelos. Er hat Angst, dass er am Ende seiner Krankheit an einem Erstickungstod versterben wird und hat mich daher

beauftragt, für ihn den Antrag zu stellen, NaP zu erwerben. Bei dem anderen Fall geht es um eine 65-jährige Antragstellerin, die seit fünf Jahren an einem Liposarkom im CT-Abdomen leidet. Nach den Prognosen der behandelnden Ärzte hätte die Antragstellerin schon seit etlicher Zeit tot sein müssen. Durch immer wieder neu entstehende Rezidive des Liposarkoms, es sind mittlerweile insgesamt acht, musste sich die Antragstellerin immer wieder entsprechenden Operationen unterziehen. Diese verfolgen keinen kurativen, sondern haben nur noch einen palliativen Zweck, denn die Erkrankung der Antragstellerin ist unheilbar und final. Dies alles beeinträchtigt das Leben meiner Mandantin massiv und nachhaltig, mit zunehmender Schmerzsymptomatik und steter Verschlechterung ihres Allgemeinzustandes. Beide Patienten sind über die palliativmedizinischen Möglichkeiten informiert. Es werden auch palliativmedizinische Maßnahmen an diesen Antragstellern vorgenommen. Bei den anderen Antragstellern ist das im Übrigen genauso. Dennoch wollen alle vier NaP zur Selbsttötung erhalten. Nun komme ich zu den Schutzpflichten des Staates. Die Würde des Menschen und das sich aus ihr ergebende Selbstbestimmungsrecht ist der zentrale Wert unseres Grundgesetzes (GG) und steht daher nicht zufällig in den ersten beiden Artikeln des GG. Dies bedeutet für einen Suizidwilligen, der sein Leben in frei verantwortlicher Selbstbestimmung vorzeitig beenden will, dass ihm die staatliche Lebensschutzpflicht nicht entgegengehalten werden kann. Das Selbstbestimmungsrecht ist vorrangig. Voraussetzung ist lediglich, dass der Suizidwillige seine Entscheidung frei verantwortlich getroffen hat. Der Suizidwillige darf mithin nicht getäuscht, bedroht, unter Druck gesetzt worden sein oder zu schnell und unüberlegt handeln. Davor, nicht aber vor der frei verantwortlichen Entscheidung zum Suizid, muss der Staat den Suizidwilligen schützen. Nach dieser seitiger Rechtsauffassung besteht im Übrigen bei einem frei verantwortlichen Suizid keine Kollision zwischen dem Selbstbestimmungsrecht und der Lebensschutzpflicht des Staates. Denn das Selbstbestimmungsrecht des Grundrechtsträgers auf Leben muss sich grundsätzlich gegen den staatlichen Lebensschutz durchsetzen. Ansonsten würde das Selbstbestimmungsrecht, insbesondere das am Lebensende, leerlaufen. Ist die Freiverantwortlichkeit gegeben, ist das Ergebnis der selbstbestimmenden Entscheidung, auch wenn es sich gegen das



eigene Leben richtet, nicht nur staatlicherseits zu respektieren, sondern der Staat hat die Voraussetzungen für den legalen Erwerb eines letal wirkenden Medikamentes zu schaffen, um einen schmerzfreien, sicheren und humanen Suizid zu gewährleisten. Ich kann keinen Wertungswiderspruch zwischen § 217 StGB und dem BVerwG-Urteil erkennen. Aus meiner Sicht ist eine verfassungs- und europarechtskonforme Regelung des BtMG zwingend notwendig.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Frau Prof. Dr. Dr. Graumann. Welche gesellschaftlichen Folgen könnte die staatliche Abgabe von Suizidmitteln, z. B. im Hinblick auf sozialen Druck auf Kranke oder auch administrative Routine haben, und wie ordnen Sie diese sozioethisch ein?

ESVe Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann: Ich möchte vorneweg sagen, dass ich wie die beiden anderen Ethikratsmitglieder hier, nicht für den Ethikrat spreche, sondern als Ethikerin. Die Frage war, was die geregelte Abgabe gesellschaftlich bewirken würde. Ich denke, es wird hier immer wieder vom extremen Notfall gesprochen. Es wird von Ausnahmen gesprochen, auch in dem FDP-Antrag. Ich denke, dass in dem Moment, indem wir eine Abgabe von Suizidmitteln erlauben, der Notfall, der extreme Notfall oder der Ausnahmefall zum erlaubten Normalfall wird. Das hat Prof. Dr. Steffen Augsberg schon angesprochen. Es werden sich in dem Moment, in dem wir so eine Regelung schaffen, Routinen und Verfahren entwickeln, es werden Kriterien etabliert werden müssen, unter denen solche Mittel abgegeben werden. Diese Kriterien sind ohne eine Lebenswertbeurteilung nicht machbar. Das halte ich für das zentrale Problem. Die Möglichkeit einer individuellen Hilfe in tragischen Einzelsituationen haben wir bereits. Um den extremen Notfall geht es hier nicht. Es geht darum, ob wir einen erlaubten Normalfall und kein Ausnahmefall zulassen wollen. Zu welchen Folgen für Schwerstkranken Patienten und Personen, die mit dem baldigen Sterben konfrontiert sind, führt das? Ich denke in dem Moment, in dem ich ein Normalangebot habe, wird sozialer Druck erzeugt. Davon geht ein Sog aus und es wird Nachfrage induziert. In dem Moment, in dem ich ein Angebot mache, muss sich

eine Person, die das potentiell in Anspruch nehmen kann, dafür oder dagegen entscheiden. Dadurch, dass wir diese Extremsituationen diskutieren, sich der Fokus auf die Normalität von Schwerstkranken richtet, die häufig instabile, vorübergehende Sterbewünsche haben, denen mit palliativmedizinischen Mitteln, wie es Kollege Dr. Sitte schon beschrieben hat, begegnet werden kann, kommen Schwerstkranken in die Situation, dass sie sich mit dem Angebot auseinandersetzen müssen. Sie können sich nicht selbstverständlich darauf verlassen, dass die ärztliche Begleitung eine Begleitung in der Endphase in einer Situation schwerster Krankheit ist, dass es um eine Begleitung im Sterben oder wie es in der Stellungnahme der BÄK auch heißt, nicht zum Sterben, geht. Ich wünsche mir einen Fokus auf die Palliativmedizin. Ich denke, dass es da noch viel Luft nach oben gibt. Das kann ich aus persönlichen Erlebnissen in den letzten Jahren sagen. Wir brauchen niedrigschwelligere Zugänge. Wir müssen Bevölkerungsgruppen erreichen, die von sich aus nicht aktiv dazu in der Lage sind, sich alle Hilfen zu suchen, die sie brauchen. Ich stehe hinter der Forderung des Ethikrates, dass wir einen Fokus auf Suizidprävention brauchen, gerade bei Schwerstkranken, sodass diese schwierigen Situationen nicht dazu führen, dass sich Personen in diese Lösung verrennen, sondern rechtzeitig erreicht werden, um Lebensmut, auch in einer Lebenssituation mit extremen Einschränkungen, wiedergewinnen zu können.

Abg. Martina Stamm-Fiebig (SPD): Herr Prof. Dr. Merkel, es wird immer wieder das Argument vorgetragen, dass sich die Frage von extremer Sterbenot mit Blick auf eine nur ausreichende Palliativversorgung in der Form nicht stellen würde. Die hier anwesende Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin verweist bspw. darauf, dass sich Möglichkeiten bis hin zum künstlichen Dauerschlaf für die Patienten bieten würden. Was halten Sie von diesen Argumenten?

ESV Prof. Dr. Reinhard Merkel: Zu Ihrer ersten Frage. Ich halte von diesem Argument, dass Sie formuliert haben, nicht viel. Das ist eine Umgehungsstrategie und sie ist in Wahrheit wenig aufrichtig. Im Übrigen möchte ich auf etwas hinweisen, was in der Diskussion überwiegend übersehen wird. Diese Strategie, der künstliche Dauerschlaf, streift das



Risiko der strafbaren Tötung auf Verlangen. Dieser künstliche Dauerschlaf hat für den unbedingt Sterbewilligen, der glaubt und Gründe dafür hat, nicht mehr leben zu können, nur dann eine sinnvolle Funktion, wenn er vor dem Tod nicht mehr endet. Den Wachzustand erträgt der Sterbewillige nicht mehr. In vielen Fällen, wie in dem, der dem Urteil des BVerwG zugrunde lag, tritt der Tod nicht von selbst ein. Dann muss man entweder die Beatmung, wie in dem Fall des BVerwG, bei dem die Frau beatmungspflichtig war, oder die Ernährung einstellen. Gewiss der Sterbewillige willigt in das Einstellen der Ernährung oder der Beatmung, nachdem er in den Schlaf gesetzt worden ist, ein. Er macht das, weil er vorher in den Schlaf versetzt wird und deswegen nicht fürchten muss, subjektiv ein Verhungern oder Ersticken erleben zu müssen. Damit wird, und das möchte ich unterstreichen, das aktive in den Schlaf versetzen zur notwendigen Bedingung des anschließenden Sterbeprozesses. Das reicht für eine strafrechtliche Zurechnung aus. Ich kenne die Diskussion in der Bioethik, wo das umstritten ist, aber strafrechtlich kann man zeigen, dass das in den Schlaf versetzen eine aktive Bedingung für den anschließend mit Einwilligung des Sterbewilligen ausgelösten Sterbeprozess darstellt. Das ist ein strafrechtliches Risiko. Wenn Sie das mit meiner Bemerkung am Anfang kurzschließen, dass es ohnehin eine etwas unaufrichtige Umgehungslösung ist, spricht nichts dafür.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an das Katholische Büro. Ihrer Stellungnahme ist zu entnehmen, dass Sie den Antrag ablehnen. Ich möchte Sie bitten Ihre Haltung zu erläutern und insbesondere auch auf die ethische Dimension einzugehen.

Sve **Katharina Jestaedt** (Kommissariat der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin): Wir halten es ethisch und juristisch für hoch problematisch, wenn sich der Staat an der Realisierung von Suizidwünschen in der Art, wie der Antrag es nahelegt, beteiligt. Selbstverständlich ist es eine Beteiligung, auch wenn es strafrechtlich keine Beihilfe ist. Der Staat würde damit dokumentieren, dass er in der Selbsttötung für bestimmte Fälle eine adäquate Alternative zur Unterstützung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen durch palliative und hospizliche Angebote sieht.

Die Selbsttötung als staatlich anerkannte und gleichsam abgesegnete Alternative würde das Wertefundament des Zusammenlebens nach unserer Überzeugung entscheidend verändern und das menschliche Leben gerade in seiner verletzlichsten Phase größeren Gefährdungen aussetzen, die nicht hinzunehmen sind. Es stünde zu befürchten, dass sich Menschen in einer extrem belastenden Lebenssituation, wie es die letzte Lebensphase ist, innerlich oder äußerlich unter Druck gesetzt sehen könnten, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Dagegen kann nicht angeführt werden, dass das BVerwG nur von ganz extremen Ausnahmefällen gesprochen hat. Es ist, das wurde von Herrn Prof. Dr. Augsberg gesagt, völlig klar, dass, wenn die Vorgaben des BVerwG umgesetzt würden, und das sage ich auch als ehemalige Verwaltungsrichterin, die sich mit Verwaltungsverfahren auskennt, in der Verwaltungspraxis eine Kasuistik der Ausnahmefälle entstehen würde. Es würde eine Prozeduralisierung geben und die Ausnahmefälle definiert werden, die Fallkonstellationen, in denen der Staat das menschliche Leben nicht mehr als erträglich ansieht. Diese hoheitliche Bewertung von menschlichem Leben widerspricht fundamental den ethischen Grundentscheidungen unserer Verfassungsordnung, die jedes menschliche Leben, ungeachtet seiner Leistungsfähigkeit oder seines Zustandes achtet. Es hält jedes menschliche Leben für gleich wertvoll und gleich schützenswert in jeder Phase des Lebens. Diese Kategorisierung der Legitimität von Suizidwünschen durch den Staat würde nach unserer Überzeugung zu einer Erosion sozialer Normen führen, in denen sich der besondere Respekt vor dem Leben ausdrückt. So hat es die Mehrheit des deutschen Ethikrates auch überzeugend dargelegt. Dieser Zerfall gesellschaftlicher Normen lässt sich in unseren Nachbarländern, wie in den Niederlanden oder in Belgien, in denen neben dem assistierten Suizid auch die aktive Sterbehilfe zugelassen ist, nicht nur zahlenmäßig belegen. Dort ist auch in trauriger Weise belegt, dass die Eröffnung der Option des assistierten Suizids oder andere Formen der Sterbehilfe dazu führt, dass immer weitere Tatbestände beschrieben werden, in denen die Menschen diese Angebote in Anspruch nehmen können. Zunächst waren es nur physisch kranke Menschen, jetzt sind es zunehmend auch psychisch kranke Menschen, bisweilen sogar solche, die nicht mehr einwilligungsfähig sind. Man ist sogar zu Kindern übergegangen. Für uns ist ganz



klar, dass die angemessene gesellschaftliche Reaktion auf die sehr berechtigten Ängste und Nöte in der letzten Lebensphase nur ein weiterer Ausbau des begonnenen guten Angebotes der hospizlichen und palliativen Versorgung sein kann. Die Schaffung staatlicher Optionen zur Suizidhilfe sind ein Versagen und ein Armutszeugnis für eine Gesellschaft, die Besseres können sollte.

Abg. Prof. Dr. Claudia Schmidtke (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Radbruch als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Ich möchte von Ihnen aus Ihrer Expertise als Palliativmediziner erfahren, ob Sie die Forderungen der Antragsteller für geeignet halten, um dem Bedarf von Menschen bei schwerer und/oder unheilbarer Krankheit mit dem Wunsch nach Suizid zu begegnen.

SV Prof. Dr. Lukas Radbruch (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)): Für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin kann ich klar sagen, dass wir die geforderten Maßnahmen nicht für geeignet halten. Es ist mehrfach angesprochen worden, dass die Trennung zwischen dem körperlichen und anderem Leid extrem schwierig ist. Meine Erfahrung als Palliativmediziner aus vielen Jahren mit vielen tausend Patienten, wo durchaus immer wieder Menschen mit einem Sterbewunsch dabei sind, ist, dass es praktisch nie Schmerzen oder starke Luftnot sind, sondern die Angst vor der Luftnot ist. Noch viel häufiger höre ich so etwas wie: ich möchte meinen Angehörigen nicht zur Last fallen, ich möchte nicht von anderen abhängig sein, ich möchte nicht in Pflege kommen und keine Belastung für andere sein. Auch wenn ich diese Wünsche als Palliativmediziner durchaus respektiere und die Autonomie der Patienten beachten möchte, kann das keine Begründung für eine staatliche Unterstützung dieses Wunsches sein. Da sehe ich eine Schwierigkeit. Wenn man, wie gefordert, Kommissionen oder Gutachter einsetzen will, die bewerten, ob das Leid unerträglich ist, und das BVerwG bezieht sich eindeutig auf körperliches Leid, stellt sich die Frage, wie ich als Gutachter feststellen soll, welches Leid unerträglich genug ist, um eine Abgabe des Barbiturats zu rechtfertigen. Leiden ist zutiefst subjektiv. Wie soll ich feststellen, ob nicht gleichzeitig eine Depression vorliegt. Auch als erfahrener Arzt ist es in der

Betreuung von Schwerstkranken extrem schwierig, z. B. bei Menschen mit Tumorerkrankungen, eine behandlungsbedürftige Depression auszuschließen. Können das die Gutachter? Wenn ja, will ich jemandem, der eine Depression hat, der existenzielles Leid hat, der sagt, ich halte die Situation so nicht aus, absprechen, dass er unerträgliches Leid hat? Wenn ich es ihm nicht abspreche, würde ich das für diesen Menschen ermöglichen? Damit haben wir die von Frau Prof. Dr. Dr. Graumann erwähnte Ausweitung. Wir sehen durchaus reichlich Alternativen. Die Symptomlinderung reicht aus. Wir können den Menschen, die Angst vor dem Erstickten haben, sagen, dass wir Luftnot am Lebensende, auch bei MS, auch bei anderen neurologischen Erkrankungen, fast immer gut behandeln können. Bei den wenigen, wo das vielleicht nicht ausreichend geht, ist die palliative Sedierung eine Alternative und da möchte ich Herrn Prof. Dr. Merkel vehement widersprechen. Die Idee dahinter ist nicht, eine Bedingung zum Sterben zu schaffen, sondern dass wir damit das Leiden der Patienten vermindern können. Ich habe übrigens durchaus auch bei Patienten nach Absprache nach ein oder zwei Tagen die Sedierung beendet und festgestellt, dass der Sterbewunsch verschwunden war. Jeder Palliativmediziner kann Ihnen ähnliche Geschichten berichten, wo der Patient, die Patientin wach wird und sagt, eigentlich will ich jetzt nicht mehr sterben. Die Letzte sagte mir, vielleicht kann man jetzt einen Krankengymnasten holen lassen und gucken, ob ich nicht doch wieder aufstehen kann. Es gibt also durchaus auch Veränderungen in diesem Wunsch. Wir haben die Möglichkeit des Therapieverzichts. Bei dem Fall des BVerwG hätte man nach heutigem Verständnis die Beatmung beenden können. Das kann ich mit der Palliativversorgung so begleiten, dass sie dabei nicht ersticken wird. Genauso haben Menschen das Recht freiwillig auf Essen und Trinken zu verzichten. Das ist eine Entscheidung, die jedem Menschen zusteht und wenn er nicht an einer psychiatrischen Erkrankung leidet, muss ich als Arzt nicht einschreiten. Es gibt keine Pflicht zur Zwangsernährung. Mit den Möglichkeiten die wir haben, können wir verhindern, dass das Hunger- und Durstgefühl zu beeinträchtigend ist. Mit all diesen Optionen haben wir genügend Möglichkeiten an der Hand, die Menschen mit Sterbewunsch für sich nutzen können. Wir sehen keine Notwendigkeit durch Gutachten oder Kommissionen Änderungen zu schaffen.



Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an Prof. Dr. Augsberg. Ist es nach dem bisher Gehörtem aus Ihrer Sicht angemessen und sachgerecht, eine solche grundsätzliche und in Teilen ethische Debatte in parteipolitischen Grenzen zu führen, wie es der vorliegende Antrag uns nahelegt, zumal weiterhin Entscheidungen zur Sache beim BVerfG anhängig sind?

ESV **Prof. Dr. Steffen Augsberg**: Es spricht nichts dagegen. Ethische Grundsatzfragen können selbstverständlich innerhalb von Fraktionen und an Fraktionsgrenzen geführt werden. Es ist nicht so, dass man sagen kann, dass es eine vorzugswürdige Alternative ist, wenn das nicht in den Fraktionen diskutiert wird. Ich gehe davon aus, dass die Debatten auch innerhalb der Fraktionen stattgefunden haben. Es geht darum, dass danach eine gemeinsame Position vermittelt wird. Das ist verfassungsrechtlich völlig akzeptabel. Es gibt eine gewisse Präponderanz, dass die Wertigkeit höher ist, wenn die Fraktionsdisziplin aufgehoben ist. Das mag so sein, ist aber verfassungsrechtlich nicht vorgegeben. Es geht letztlich darum, dass wir eine offene Diskussion führen, dass unterschiedliche Positionen, unterschiedliche denkbare Varianten in die parlamentarische Debatte eingespeist werden. Ob das in interfraktionellen Zusammenarbeit geschieht, wie es beim § 217 StGB der Fall war oder in einer Variante, die vielleicht eher klassischer Natur ist, wie hier, dass die Fraktion tätig wird, oder ob die BReg etwas in den parlamentarischen Prozess einbringt, ist aus verfassungsrechtlicher Sicht gleichwertig. Entscheidend ist das Niveau des Diskurses. Es gibt in der Tat, das wäre mein Zugeständnis, gewisse Indizien dafür, dass man sagen kann, die Ernsthaftigkeit der parlamentarischen Debatten war, wie zuletzt bei § 217 StGB beeindruckend, dort, wo die Debatte freigegeben wurde. Das hängt aber vor allen Dingen auch mit der persönlichen Betroffenheit oder dem persönlichen Näheverhältnis der Redner zusammen und weniger damit, dass man eine spezifische Freiheit genießt, die man innerhalb der Fraktionsdisziplin nicht hätte. Ich muss das so sagen, weil ich mich dazu auch schon einmal schriftlich geäußert habe. Ich halte es für eine problematische Vorstellung zu sagen, dass nur diese offenen, nicht von Fraktionsdisziplin getragenen Entscheidungen Sternstunden sind. Ich glaube, wir haben Grund stolz zu sein auf die offen und intensiv geführten Debatten, aber wir

müssen aufpassen, dass wir nicht den Normalfall der politischen Debatte abwerten, indem wir gewissermaßen nur die eine Situation hervorheben und besonders positiv bewerten.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Sie hatten über die vertrauensvollen Gespräche im Rahmen der Palliativmedizin gesprochen. Können Sie sagen oder einschätzen, wie häufig ein solches Gesprächsangebot angenommen wurde und wie viel Prozent der Patienten ungefähr im Anschluss an dieses Gespräch von ihrem Sterbewunsch Abstand genommen haben?

SV **Prof. Dr. Lukas Radbruch** (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)): Wir haben wissenschaftlich versucht zu erfassen, wie häufig solche Wünsche geäußert werden und stellen fest, dass bei vielen Menschen mit schweren unheilbaren Erkrankungen zu dem einen oder anderen Zeitpunkt ein Sterbewunsch besteht. Allerdings ist der selten so ausgeprägt, dass wir konkret nach einer Unterstützung, z. B. der Überlassung einer tödlichen Medikation, gefragt werden. Bei den wenigen Menschen, die das tun, ist es so, dass das Gesprächsangebot sehr oft angenommen wird. Wir haben in einer Studie vor nicht allzu langer Zeit, auch in Interviews mit diesen Menschen, gefragt, was sie von uns erwarten. Da war die erste Aussage, dass ihr Wunsch respektiert wird und wir nicht versuchen, ihnen das auszureden oder abzusprechen. Das zweite war allerdings, dass sie gerne Alternativen dazu hören würden. In der überwiegenden Mehrzahl ist es so, dass die Menschen sagen, ich habe diesen Gedanken für mich und überlege, ob ich das vielleicht später machen muss. Sie möchten im Vorfeld klären, ob es eine Möglichkeit der Bereitstellung gäbe. Die Zahl der Menschen, die nach einem Gespräch mit unserem Behandlungsteam mit diesem Wunsch zu sterben weiter vorangehen, sogar möglicherweise in die Schweiz fahren, ist gering. In den Einrichtungen, die ich betreue, gibt es ungefähr 2 000 Menschen im Jahr mit solchen Erkrankungen und ich mache das schon einige Jahre. Ich kann mich an drei oder vier Menschen erinnern, die tatsächlich dann Suizid begangen haben.



Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an Herrn Prof. Dr. Augsberg. Wir haben einige Wortbeiträge zum Thema palliative Sedierung gehört. Mich interessiert, wie Sie dieses Thema aus juristischer Sicht bewerten.

ESV **Prof. Dr. Steffen Augsberg**: Ich sehe das gänzlich anders als Kollege Prof. Dr. Merkel. Ich glaube nicht, dass es eine Situation ist, die in die Nähe des § 216 StGB gerückt werden kann und sollte. Wenn die Argumentation mit den erforderlichen notwendigen Bedingungen stimmte, müsste Selbiges für alle Konstellationen gelten, in denen eine Krankenhausaufnahme einer letztlich zum Tode führenden Behandlung vorausgeht. Das scheint mir eine eher spitzfindige Herangehensweise zu sein. Ich kann nicht sehen, dass in der Praxis diesbezüglich, das mögen aber die Kollegen aus der Medizin bestätigen, Probleme bestehen. Die palliative Sedierung ist, so wurde es mir aus der Medizin berichtet, eine Möglichkeit, in bestimmten besonders problematischen Fällen, wo es anders nicht geht, Linderung zu schaffen. Das hat mit aktiver Sterbehilfe, Suizidassistenz oder mit §§ 216 und 217 StGB nichts zu tun. Das ist gewissermaßen die schon im Rechtssystem vorhandene praktikable Alternative, zu dem, was der vorliegende Gesetzesvorschlag oder der Antrag auf einen Gesetzesvorschlag anstrebt.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Herr Prof. Dr. Frister, gibt es aus Ihrer Sicht eine verfassungsrechtliche Verpflichtung, Patienten in einer extremen Notlage den Zugang zu BTM zur Selbsttötung zu ermöglichen?

ESV **Prof. Dr. Helmut Frister**: Das ist eine schwierige Frage. Auf der einen Seite glaube ich, dass ein absolutes Verbot, auch für Patienten in der vom BVerwG beschriebenen extremen Notlage, BTM erlangen zu können, erheblich in deren Grundrecht eingreift und zwar nicht nur in das allgemeine Persönlichkeitsrecht, was das Recht zur freiverantwortlichen Selbsttötung umfasst, sondern auch in das Recht auf körperliche Unversehrtheit, weil diese Menschen leiden. Die Frage ist, ob dieser Grundrechtseingriff gerechtfertigt werden kann. Als Rechtfertigung verbleibt nur die Überlegung, die Frau Kollegin Prof. Dr. Dr. Graumann formuliert hat, nämlich dass das Ganze, wenn man es regelt,

zur Regel werden würde. Es handelt sich also um das Dammbbruch-Argument. Es ist eine schwierige Abwägungsentscheidung, ob man dem Einzelnen wirklich zumuten kann, zu sagen, wir sehen dein Leid, aber du musst das wegen der allgemeinen Auswirkungen die eine Zulassung hätte, aushalten. Das ist letztlich die Wertung, die dahintersteht. Ich halte es für eine Verengung der Diskussion, wenn man immer sagt, es müsse eine Genehmigung des BfArM, ein staatliches Verwaltungsverfahren, geben. Das BVerwG hat nur deshalb auf die Genehmigung des BfArM abgestellt, weil es gesagt hat, dass der Weg über eine ärztliche Verordnung derzeit nicht eröffnet sei. Es wäre durch eine Klarstellung im BtMG ohne weiteres möglich zu regeln, dass eine ärztliche Verordnung in bestimmten Extremfällen möglich ist. Dann könnte man diese z. B. auch an eine vorherige unabhängige palliativmedizinische Beratung knüpfen, um sicherzustellen, dass diejenigen, die davon Gebrauch machen wollen, über die gesamte Palette der Möglichkeiten informiert sind. Wenn man ganz sicher gehen will, könnte man, was heute in anderen Zusammenhängen geschieht, das Betreuungsgericht einschalten. Es gibt Möglichkeiten zur Lösung des Problems, die nicht auf ein staatliches Verwaltungsverfahren hinauslaufen. Das wäre mir wichtig.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Auch meine zweite Frage geht an Herrn Prof. Roßbruch. Das BVerwG hat entschieden, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht explizit das Recht umfasst, für einen unheilbar schwer erkrankten Patienten zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt er sein Leben beenden möchte. Die BReg hat es bislang unterlassen das BVerfG für eine weitere Klärung anzurufen. Stattdessen hat Gesundheitsminister Spahn das BfArM angewiesen, das Urteil nicht umzusetzen und alle Anträge abzulehnen. Welche Bindungswirkung entfaltet das Urteil für das BfArM und welche Rückschlüsse ziehen Sie aus dem Vorgehen der BReg?

ESV **Prof. Robert Roßbruch**: Es ist bereits gesagt worden, dass der sogenannte Nichtanwendungserlass, man könnte auch sagen die Bitte, die vom BMG mit Schreiben vom 29. Juni 2018 an den Präsidenten des BfArM gestellt wurde, eine Anweisung ist. Wenn ein Ministerium eine unterstellte Behörde bittet, ist das als Anweisung zu erkennen



und diese Anweisung war aus meiner Sicht in zweifacher Weise rechtswidrig. Zum einen, weil das BMG dem BfArM die klare Anweisung gegeben hat, das Urteil des BVerwG vom 2. März 2017 zu negieren. Eine solche Anweisung ist aus meiner Sicht rechtswidrig. Die zweite Rechtswidrigkeit in diesem Fall ist die Tatsache, dass das BMG das BfArM angewiesen hat, alle Anträge, unabhängig von der behördlichen Pflicht eine Einzelfallprüfung vorzunehmen und nach dieser Einzelfallprüfung zu entscheiden, abzuweisen. In der Praxis ist es so, dass alle Anträge abgelehnt worden sind bzw. es nicht einen einzigen Antrag gibt, der positiv beschieden worden ist. Beides stellt aus meiner Sicht eine Rechtswidrigkeit dar und ist aus rechtstaatlichen Gründen extrem problematisch. Hier wird mittelfristig der Rechtsstaat untergraben. Es kann nicht sein, dass die Exekutive in Form eines Ministeriums oder einer Behörde ein höchstrichterliches Urteil negiert. Es ist an diese höchstrichterliche Rechtsprechung gebunden und hat diese zwingend umzusetzen. Das also zu diesem einen Punkt. Ich möchte nochmal eine Rückschau geben auf das, was immer wieder von der Palliativmedizin dargelegt wird. Natürlich gibt es Alternativen und natürlich bietet die Palliativmedizin Alternativen. Betrachtet man das Beispiel Oregon, kann die Palliativmedizin nicht besser ausgebaut sein als in diesem US-Staat, viel, viel besser ausgebaut als bei uns. Dennoch gibt es dort den begleiteten Suizid und dennoch wird der begleitete Suizid wahrgenommen. Es sind Menschen, ich habe ja zwei Fälle hier dargestellt, die schon palliativmedizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen, aber zu der Entscheidung gekommen sind, dass dieser Zustand, der Status ihrer Erkrankung, für sie kein lebenswertes Leben mehr ist. Was ein lebenswertes Leben ist oder nicht entscheidet kein Palliativmediziner, kein Jurist und kein Politiker, sondern immer nur der Betroffene selbst. Wenn dieser Betroffene für sich sagt, dies ist ein nicht mehr lebenswertes Leben für mich, muss er, wenn er keine palliativmedizinischen Maßnahmen in Anspruch nehmen möchte, diese Alternative bekommen. Das ist für mich etwas ganz existentielles und kein Widerspruch zwischen Palliativmedizin einerseits und Suizid andererseits. Beides ist komplementär. Beides sind Möglichkeiten, die ich selbstbestimmt wahrnehmen kann. Diesen Widerspruch herzustellen, ist für mich absolut abstrus. Das also zu dieser Frage. Aus meiner Sicht ist es ganz eindeutig

rechtswidriges Verhalten seitens des BMG, das aus meiner Sicht auch juristisch überprüft werden müsste.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an die BÄK. Können Sie mir mit Blick auf die Erfahrungen anderer Ländern etwas zu der heutigen Fragestellung sagen? Gibt es Erkenntnisse darüber, wozu Aufweichungen in anderen Ländern geführt haben und was wir daraus im Hinblick auf etwaige Regelungen hierzulande lernen können?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Diese Fragestellung, also die Reduktion der Abgabe eines tödlichen Mittels durch eine Behörde, gibt es in keinem der anderen Länder. Nirgendwo wird eine Behörde zu einem Merchant of Death gemacht. In den anderen Ländern wird es mit Hilfe von Ärzten, sei es als Euthanasie, sei es als ärztlich assistierter Suizid, gemacht. Wir haben drei Länder, die wir kurzfristig überprüfen konnten. In Oregon, dem ersten Staat in den USA, der das 1998 eingeführt hat, hat sich die Zahl der Nachsuchenden in 20 Jahren um 900 Prozent vermehrt. Allerdings ist Oregon ein sehr kleiner Staat. Die Dimension ist von etwa 30 auf jetzt 260 oder 270 Menschen gestiegen. In den Niederlanden ist die Zahl allein im letzten Jahr um 10 Prozent, von etwa 6 000 auf etwa 6 600 gestiegen. Erschreckend ist aber, und das deckt sich mit ähnlichen Erfahrungen in Belgien, wo ich Ihnen jetzt keine konkreten Zahlen sagen kann, die Ausweitung der Indikationen. Was am Anfang für Schwerstkranke und Leidende im Bereich, insbesondere schwerer neurologischer Erkrankungen oder Krebserkrankungen gedacht war, wird heute für psychiatrische Patienten zur Verfügung gestellt, in Belgien sogar für Kinder. Wir haben eine für uns Deutsche absurd anmutende Debatte erlebt, bei der ein Strafgefangener, der wegen sexueller Tätigkeiten zur Sicherheitsverwahrung verurteilt war, den Antrag gestellt hat, statt Sicherheitsverwahrung staatlich umgebracht zu werden. Das ist die Realität in anderen Ländern, die wir in Deutschland nicht haben möchten.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich auch an die BÄK. Mich als Ärztin erschreckt die



Vorstellung, dass am Schreibtisch, ob von einer Behörde oder einer einzusetzenden Kommission, über Leben und Tod entschieden wird. Mich interessiert, wie Sie, Herr Prof. Dr. Monthomery, als BÄK-Präsident den Vorschlag der FDP, eine Kommission unter ärztlicher Beteiligung einzusetzen, die entscheidet, wer ein Suizidmittel bekommt oder auch nicht, sehen?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich bin Ihnen dankbar, dass Sie noch einmal darauf hinweisen, dass es anders als viele Fragen und Stellungnahmen hier suggerieren, nicht um die Frage des ärztlich assistierten Suizids geht, sondern darum, ob eine Behörde ermächtigt wird, ein tödlich wirkendes Mittel, das dafür nicht zugelassen ist, abzugeben. Das soll über eine Behördenentscheidung, über einen Verwaltungsakt geregelt werden. Ich bezweifle, dass die Menschen ihre extremen Notlagen mit einem behördlichen Verwaltungsakt lösen können. Wie soll das geschehen? Soll das die Einzelentscheidung eines Behördenmitarbeiters sein? Auf welcher Basis? Auf der Basis eines Gutachtens? Auf der Basis mehrerer Gutachten? Es wurden vom BVerwG drei Voraussetzungen gestellt. Nämlich, dass das körperliche Leiden mit gravierenden Einschränkungen verbunden ist, dass der Betroffene entscheidungsfähig ist und dass eine andere zumutbare Möglichkeit der Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung steht. Wer soll das prüfen? Was machen diejenigen, wenn sie eine Mehrheitsentscheidung bekommen? Folgen sie immer der Mehrheitsentscheidung? Welches Instrumentarium gibt es, um eine solche Entscheidung zu hinterfragen? Was gilt, wenn bei einem Ergebnis von drei zu zwei ein Angehöriger nicht einverstanden ist? Meine Damen und Herren, das BVerwG will provozieren, weil die Richter ganz offensichtlich die Debatte um § 217 StGB entweder nicht richtig verstanden haben oder anders interpretieren wollen. Wir sollten auf das BVerfG warten, was es in dieser Situation sagt, und sollten diesem Antrag nicht folgen.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an die DGP. Sie haben uns eindrücklich dargestellt, wie sich während eines schweren Krankheitsprozesses die Einstellung der Patienten zum Thema Suizid ändern kann. Bitte schildern Sie uns die

Bedürfnisse der Betroffenen und speziell ihren Umgang mit den Möglichkeiten der modernen Palliativmedizin.

SV Prof. Dr. Lukas Radbruch (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)): Zunächst ist es so, dass wir schauen müssen, wie weit Menschen unter körperlichen Symptomen leiden. Solange jemand schwerste Schmerzen oder starke Luftnot hat, macht es keinen Sinn, über andere Themen zu sprechen. Bei einem Sterbewunsch, der in einer solchen Situation ausgesprochen wird, geht es erst einmal um Symptomlinderung. Glücklicherweise ist es so, dass wir mit den verfügbaren Methoden, Medikamenten, nicht medikamentösen Maßnahmen, bei praktisch allen Menschen eine ausreichende Linderung erreichen können. Das hatte Herr Dr. Sitte vorhin am Beispiel der Luftnot sehr gut geschildert. Wenn Patienten danach weiter mit uns reden, stellen wir oft fest, dass es nicht die körperliche Seite ist, die sie belastet, sondern psychische, soziale, spirituelle und existentielle Fragen, der Verfall des Körpers, der Verlust der Kontrollfunktionen und die Angst vor dem, was noch kommen wird. Es ist ein wesentlicher Teil der Palliativversorgung, dass wir ausreichend Zeit für Begleitung und Gespräche haben. Das geht nicht nur mit dem Arzt allein. Die multiprofessionellen Teams der Palliativversorgung und in der Hospizbewegung haben Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger, Ehrenamtliche und meistens noch andere Berufsgruppen dabei. Wir setzen Kunst- und Musiktherapeuten ein, wir haben mittlerweile sogar Humorthérapeuten. Wir versuchen auf verschiedenen Arten mit den Menschen zu schauen, was nicht auszuhalten ist und wo man den Betroffenen Optionen eröffnen oder die noch vorhandenen Ressourcen nutzen kann. Ein typischer Punkt im Umgang mit Menschen mit Sterbewunsch ist, dass wir nicht unbedingt fragen, warum wollen Sie sterben, sondern warum sie noch am Leben sind und was sie noch hält. Dann stellt man häufig fest, dass auch Menschen mit klarem Sterbewunsch Ressourcen haben, die für sie sehr wichtig sind und die man stärken kann. Meine Befürchtung ist, dass man diese Perspektive völlig verliert, nur noch den Sterbewunsch sieht, darauf reagiert und nicht mehr sieht, was vielleicht noch an anderen Beweggründen und Reserven vorhanden ist. Wir haben gerade ein Forschungsprojekt zu Resilienz gestartet, also warum manche Menschen



so viel aus aushalten und andere nicht. Die Frage ist immer auch die, wie wir Menschen mit Sterbewunsch Möglichkeiten an die Hand geben können, um diese schweren Situationen aushalten zu können. Es wurde vorhin der Fall geschildert, dass jemand komplett gelähmt ist und nur noch über Sprachcomputer kommuniziert. Wie schrecklich das ist, glaube ich, kann jeder von uns nachvollziehen. Mein Gegenbeispiel wäre Stephen Hawking, der damit viele, viele Jahrzehnte, mit einer sehr hohen Lebensqualität gut gelebt hat und der nie an Sterbehilfe in irgendeiner Form gedacht hat.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Deutschen Hospiz- und PalliativVerband. Ihrer Stellungnahme entnehmen wir, dass Sie die Forderungen des vorgelegten Antrages nicht nur ablehnen, sondern als ungeeignet betrachten, um der Notsituation der Betroffenen zu begegnen. Können Sie das bitte noch mal erläutern?

SV Christina Bethke-Meltendorf (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV)): Der DHPV rät dringend davon ab, den hier vorgeschlagenen Gesetzentwurf zu erarbeiten. Vieles ist schon gesagt worden. Wir haben tagtäglich mit den Menschen zu tun, die sterben, die wissen, dass sie sterben werden und die sehr darunter leiden. In diesen Notlagen kann es nicht sein, dass den Menschen staatlicherseits unter vereinfachten Möglichkeiten in einem Verfahren ein todbringendes Medikament zur Verfügung gestellt wird. Es bedarf einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung unter engster Einbindung der Hospizarbeit und Palliativversorgung, um diesen Menschen helfen zu können. Es wurde von der DGP und anderen gesagt, dass Krankheitssymptome gelindert werden können und auch bei psychosozialen Problemen, bei Suizidwünschen, die geäußert werden und die sich ändern können, dass die Hospizarbeit und Palliativversorgung sehr viel machen und den Menschen helfen kann. Es ist eine sehr komplexe ganzheitliche und auch viel Zeit und Sensibilität benötigende Versorgung, die den Menschen zu Teil werden soll. Ein Verwaltungsverfahren, in dem Gutachten eingeholt werden, die den Patienten entweder nach Aktenlage beurteilen oder vielleicht nur einmal sehen, wird dem Leidensdruck dieser Menschen nicht gerecht und kommt mit den vom

BVerwG aufgestellten Kriterien nicht zu vernünftigen Entscheidungen. Was ist ein unerträglicher Leidensdruck? Was sind andere zumutbare Möglichkeiten zur Verwirklichung des Sterbewunsches? Wer soll das beurteilen? Das halten wir für komplett verfehlt und insofern lehnen wir diesen Antrag ab. Wenn so ein Verfahren Realität werden sollte und eine Kommission oder wer auch immer beteiligt wird, so steht der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband dafür nicht zur Verfügung, um ein solches Verfahren nicht noch zu legitimieren.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage richte ich an die BÄK. In Ihrer Stellungnahme schreiben Sie, dass das von der FDP angeregte Bescheidungsverfahren zu Wertungswidersprüchen führen könnte. Können Sie genauer beschreiben, worin diese gesetzlichen Wertungswidersprüche Ihrer Meinung nach bestehen?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Gesetzliche Wertungswidersprüche aus dem Munde eines Arztes können gefährlich sein, weil ich kein Jurist bin. Ich will es dennoch versuchen. Ich glaube, dass es ein Wertungswiderspruch zum Gedanken des § 217 StGB gibt, wenn man den Staat selber dazu bringt, das zu tun, was wir im § 217 StGB eigentlich unterbinden wollten, nämlich die gewerbsmäßige Abgabe von Mitteln zum Zwecke der Selbsttötung. Ein weiterer Widerspruch liegt in der Frage, ob wir als Ärzte wollen, dass durch die Todesklappe beim BfArM das Medikament ausgereicht wird und wir den Patienten damit alleine lassen. Sehen Sie den Wertungswiderspruch in unserer eigenen Berufsethik, der darin besteht, dass wir einen Menschen bis zur letzten Sekunde, bis zum letzten Atemzug begleiten und ihm helfen wollen. Jetzt werden wir in die Lage gebracht, dass eine Behörde dem Patienten das Mittel gibt und wir es ihm auch noch geben sollen. Das sind Wertungswidersprüche sowohl mit der Berufsordnung, mit dem Berufsrecht, aber meines Erachtens auch mit § 217 StGB. Ich habe schon ausgeführt, dass die Richter des BVerwG sich wahrscheinlich etwas dabei gedacht haben, dass sie diesen Beschluss kurz nach der Verabschiedung des § 217 StGB gefasst haben.



Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht an Prof. Dr. Augsberg. Müssten Beamtinnen und Beamte des BfArM über die Herausgabe von Suizidmedikamenten entscheiden, wenn das BMG den genannten Erlass gegenüber dem BfArM nicht herausgegeben hätte? Wie beurteilen Sie diesen Umstand und welche Empfehlungen möchten Sie uns geben?

ESV **Prof. Dr. Steffen Augsberg**: Im Prinzip wären sie gehalten, ein Urteil, was zwar zunächst inter partes gilt, aber insofern es eine Präjudizialität entfaltet, zu beachten und in der aktuellen Bescheidungspraxis zu berücksichtigen. Das führt genau zu dem eingangs beschriebenen Problem, dass wir die Situation haben, dass die Ernsthaftigkeit und die Berücksichtigungsfähigkeit eines Wunsches zur Lebensbeendigung von behördlicher Seite aus entschieden werden müsste. Herr Prof. Roßbruch hat aus anwaltlicher Perspektive nachvollziehbar gesagt, dass das niemals eine Lebensunwertentscheidung des Staates, sondern immer nur die Lebensunwertentscheidung des Einzelnen ist. Aber genau diese Entscheidung wird überprüft. Mit Verlaub kann ich Ihnen nicht folgen, wenn Sie sagen, dass das mit staatlicher Entscheidung nichts zu tun hat. Sie legen das vor und dann wird, anhand von ausgesprochen unklaren Kriterien, von einer Behörde überprüft, ob das funktioniert. Nehmen Sie das Beispiel Ihres gelähmten Patienten. Kann der überhaupt noch einen assistierten Suizid vollziehen? So wie sie das beschreiben ist das eine § 216 StGB-Situation. Wollen Sie das? Das wäre offenzulegen. Wollen Sie eine aktive Sterbehilfe und nicht nur einen assistierten Suizid über einen Umweg – das würde ich an der Stelle mit Herrn Prof. Dr. Montgomery so sehen – in einer BTM-rechtlichen Regelung einführen? Was kann man an Kriterien nachvollziehbar prüfen? Was ist dieser Leidensdruck, der bestehen soll? Die Entscheidung des BVerwG ist in sich überaus problematisch, weil sie handwerklich hoch problematisch gemacht und aus juristischer Sicht schwach begründet ist. Dazu gibt es, glaube ich, auch aus rechtswissenschaftlicher Perspektive keine zwei Meinungen. Auch diejenigen, die das im Ergebnis teilen, würden nicht sagen, dass dem eine handwerklich saubere Prüfung zugrunde liegt. Kann eine solche Entscheidung dazu führen, dass wir eine solche hoch problematische, aus meiner Sicht mit verfassungsrechtlichen Grundwertungen nicht im Einklang stehende behördliche Prüfung durchführen? Ich

glaube, dieses Dilemma ist genau das, was dazu geführt hat, dass zwei Gesundheitsminister sich dafür entschieden haben, einzuschreiten und in einer zugegebenermaßen in sich schwierigen Situation zu entscheiden, die Last nicht auf den einzelnen behördlichen Mitarbeiter abzuladen. Das scheint mir eine gut nachvollziehbare Entscheidung zu sein.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich richte mich noch einmal an das Katholische Büro und bleibe bei dieser, ich zitiere, „hoch problematischen Entscheidung“. Sie gehen in Ihrer Stellungnahme sehr ausführlich auf das Di Fabio-Gutachten ein. Vor diesem Hintergrund frage ich Sie, wie Sie es beurteilen, dass das BMG im letzten Jahr das BfArM gebeten hat, die Anträge so lange abzulehnen, bis das BVerfG diese Rechtsfrage über eine Verfassungsbeschwerde grundsätzlich geklärt hat?

SV **Katharina Jestaedt** (Kommissariat der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin): Es ist eine unheimlich schwierige Situation, sowohl für das BMG als auch für das BfArM. Denn das ist klar, egal ob es sich um eine oberste Bundesbehörde handelt oder um eine kleinere Behörde, der Staat hat gerichtliche Urteile zu befolgen. Das gilt ganz grundsätzlich. Das ist eine ganz wichtige Grundlage unseres Rechtsstaates. Aber hier haben wir es aus verschiedenen Gründen mit einem Sonderfall zu tun. Hier spricht vieles dafür, dass das Gericht seine eigenen Kompetenzen insoweit überschritten hat, als es gesetzliche Begriffe aus dem BtMG einer Auslegung zugeführt hat, die das nach den anerkannten juristischen Auslegungsmethoden nicht hergeben. Ich beziehe mich nur auf den einen Satz in dem Urteil, der deutlich macht, dass im Extremfall auch die Selbsttötung als der Therapie des Menschen dienlich angesehen werden kann. Das erschließt sich auch für den juristischen Laien relativ schnell, dass das dem BtMG und dem Begriff der Therapie sowie der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung nicht entspricht. Hätte das Gericht die Vorschriften des Gesetzes für verfassungswidrig gehalten, und das wäre das gute Recht eines jeden Richters gewesen, so hat der Richter die Möglichkeit, diese Frage dorthin abzugeben, wo sie kompetent entschieden wird, beim BVerfG im Wege einer konkreten Normenkontrolle nach Artikel 100 GG. Das hat das Gericht nicht



getan. Das Urteil ist für den Staat nicht mehr anfechtbar. Was soll man in der Lage tun? Ein Ausweg hätte in dem für Bundestag und BReg prozessual etwas ungewöhnlichen Weg einer sogenannten Normenbestätigungsklage zum BVerfG bestanden, um die Auslegung des Gerichts zu korrigieren. Diese stellt einen Unterfall der abstrakten Normenkontrolle dar. Jetzt haben wir den Sonderfall, dass in Karlsruhe schon die Verfahren zu § 217 StGB liegen. Der Fragenkomplex, um den es dort geht, überschneidet sich in großen Teilen mit den Fragen, die das BVerwG aufgeworfen hat. Es gilt den Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers, den er im Bereich der Grundrechte des Artikels 2 GG, des Artikel 1 GG zur Regelung des Suizids hat, abzuschreiten und auszumessen. Diese Fragen werden wahrscheinlich in Karlsruhe geklärt werden. Wir hoffen, vielleicht noch in diesem Jahr. Deswegen erscheint es mir vor dem Hintergrund ausnahmsweise auch vertretbar, dass die Behörden sagen, dass sie das Urteil einstweilen nicht eins zu eins umsetzen. Ich fand es aber gut, dass das BMG eine Entscheidung getroffen und dem BfArM gesagt hat, dass es die Anträge bescheiden muss, um die Menschen nicht weiter warten zu lassen. Das war ein guter Schritt. Das zweite, das habe ich aus der Stellungnahme von Herrn Prof. Roßbruch gelernt und auch mein sonstiger Kenntnisstand geht dahin, dass das BfArM hilfsweise, wie wir Juristen sagen, in jedem einzelnen Fall die Kriterien des BVerwG prüft. Den Antragstellern geht nichts verloren. Sie bekommen das Prüfprogramm des BVerwG, was allerdings offensichtlich dazu geführt hat, dass die Anträge in den fast 100 unterschiedlichen Verfahren immer abgelehnt wurden. Ich vermute, weil die Kriterien des BVerwG nicht erfüllt waren. Das ist aber eine Spekulation. Ich kenne die einzelnen Fälle nicht. Insofern halte ich es für einen gangbaren Weg einstweilen das Urteil so zu handhaben, wie es das BMG getan hat. Bundesminister Spahn hat angekündigt, dass nach der Entscheidung des BVerfG eine Neubewertung stattfinden muss. Insofern halte ich diesen Weg in einer sehr speziellen Ausnahmesituation auch rechtsstaatlich für sehr gut vertretbar.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Die Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. Die BÄK führt in ihrer Stellungnahme sinngemäß aus, dass die vom BVerwG statuierte Voraussetzung zur Erteilung einer Erlaubnis zum Erwerb

von NaP, nämlich dass eine zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung stehen darf, nie gegeben sei, da ein palliativmedizinisch begleiteter Behandlungsabbruch stets die bessere Alternative sei. Wie stehen Sie zu dieser Aussage?

SV Prof. Dr. Dieter Birnbacher (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. (DGHS)): Ich denke, das Selbstbestimmungsrecht umfasst auch das Recht seinen Tod, seine Modalitäten und in begrenztem Umfang seinen Zeitpunkt selber zu bestimmen. Da stellt sich vor allem die Frage der Optionen, die für eine solche Selbstbestimmung in Frage kommen. Diese Optionen sind außerordentlich begrenzt. Ich sehe die Situation anders als Herr Dr. Sitte. Natürlich gibt es prinzipiell Möglichkeiten sich über Suizidmittel zu informieren, aber stehen die dem Kranken in der betreffenden Situation zur Verfügung? Ich bin sehr skeptisch, ob ein Suizid bei einem vorhandenen Sterbewunsch auf eigene Faust durchgeführt werden sollte und ob wir das zulassen sollten. Es kommt zu Fehlanwendungen und gerade unter starken Krankheitsbedingungen zu besonderen Schwierigkeiten der Durchführung. Vor allem kommt es zu einer möglicherweise völlig unzureichenden Information über Alternativen. Diese ist entscheidend. Der Einzelne soll eine Wahl haben. Das ist sein gutes Recht. Das bedeutet Effektivierung seines Selbstbestimmungsrechts, auch was das Sterben betrifft. Diese Wahl kann er nur bei einer guten Beratung haben, bei einem Gespräch möglichst mit einem Gesprächspartner, der seine Persönlichkeit, der seine Krankengeschichte kennt. Mir schwebt als erstes der Hausarzt vor. In diesem Verhältnis müsste sich entscheiden, welche Option für den Sterbewilligen die richtige ist. Wir wissen, und da spreche ich für viele unserer Mitglieder, dass viele das Angebot der Palliativmedizin in ihrer ganzen Aggressivität als Diktat empfinden. Sie haben das Gefühl, ihre Würde, aber auch ihr Selbstbestimmungsrecht, erlaubt es ihnen, eine Wahl zu treffen, möglicherweise auch gegen eine Fortsetzung des Weiterlebens mit noch so guter palliativer Unterstützung. Ich darf ganz kurz auf ein Beispiel aus meinem Bekanntenkreis hinweisen. Eine Frau eines Medizinprofessors, eines Kollegen von mir an der Universität, hat den Weg in die Schweiz gewählt. Nicht, weil sie uninformiert war über die bestehenden Möglichkeiten einer palliativen Linderung der



Symptome bei einer Amyotrophen Lateralsklerose, die am Ende zu völliger Lähmung und Kommunikationsverlust führt, sondern im Bewusstsein, dass es mit ihrem Selbstkonzept unvereinbar ist, in einem solchen Zustand weiterleben zu müssen. Sie empfindet es als Zwang. Dieser Zwang zum Leben ist für mich weder mit einem Prinzip der Selbstbestimmung noch mit einer Fürsorglichkeit als Prinzip der Medizin vereinbar.

Abg. **Michael Henrich** (CDU/CSU): Wir kommen langsam zum Ende dieser Anhörung. Herr Prof. Dr. Radbruch, Sie haben wunderbar dargestellt, wie sich die gesetzlichen Regelungen in der Hospiz- und Palliativversorgung auswirken und welche Handlungsmöglichkeiten und Handlungsoptionen Sie haben. Wo sehen Sie weiteren Handlungsbedarf? Wo muss der Gesetzgeber unter Umständen nachjustieren?

SV **Prof. Dr. Lukas Radbruch** (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)): Sie haben völlig Recht und es ist auch schon mehrfach gesagt worden, dass die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland in den letzten Jahren deutlich ausgebaut worden ist. Wir haben mit dem Hospiz- und Palliativgesetz weitere Fortschritte gemacht, die zum Teil noch in der Umsetzung sind. Ich nenne da nur die Gesundheitsvorsorge am Lebensende, die im Moment oder demnächst in Pflegeeinrichtungen umgesetzt wird. Ich kann Ihnen trotzdem die weißen Flecken auf der Landkarte zeigen. Es gibt im ländlichen Bereich Gegenden, wo der nächste Hospiz- und Palliativdienst sehr weit weg ist. Auch wenn es mittlerweile Pflichtfach im Studium ist, gibt es immer viele Haus- und Krankenhausärzte, die nicht genügend Informationen, die keine Basisausbildung und auch eine Scheu haben, Patienten an einen entsprechenden qualifizierten Dienst weiterzuleiten. In Pflegeeinrichtungen finden Menschen oft nicht den Zugang zu einer angemessenen Palliativ- und Hospizversorgung. Es gibt immer noch Menschen mit bestimmten Erkrankungen und bestimmte vulnerable Gruppen, wie z. B. Menschen mit Migrationshintergrund, bei denen das häufig nicht klappt. Ich glaube allerdings, dass wir gerade für die hier diskutierte Fragestellung viel weiter kommen würden, wenn man auf den gesellschaftlichen Aspekt guckt. Ich glaube, dass wir weniger Gesetzesregelungen brauchen, sondern

eher eine Auseinandersetzung mit diesen komplexen schwierigen Fällen. Aus unserer Sicht fehlt z. B. häufig eine Ethikberatung für solche Notlagen. Das gibt es in vielen Krankenhäusern, aber längst noch nicht in allen. Außerhalb der Krankenhäuser, in Pflegeeinrichtungen oder in der häuslichen Versorgung können sie eine Ethikberatung nur in einigen wenigen Modellprojekten in Anspruch nehmen. Das wäre sicherlich eine gute Alternative, um Optionen auszuloten und auch die Prioritäten der Betroffenen angemessen zu berücksichtigen. Ich glaube, dass es durchaus politische Instrumente gibt, die das weiter bringen können. Für die DGP schlagen wir vor, dass z. B. ein Palliativbeauftragter beim Bundestag oder bei der BReg angesiedelt werden kann, der Notlagen zur Sprache bringen oder sichtbar machen kann. Wir glauben, dass eine nationale Strategie für die Hospiz- und Palliativversorgung ein Weg wäre, um das flächendeckend und für jeden Betroffenen umzusetzen. Ich glaube, dass die öffentliche Diskussion, von der wir ein Teil sind, ein wesentlicher Bestandteil in dieser Weiterentwicklung ist.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Wir fragen abschließend noch einmal Herrn Prof. Dr. Merkel. Neben Ihrer juristischen Einschätzung interessiert uns vor allem auch Ihre grundlegende Argumentation in der Frage des Rechts auf Suizid. Sie haben an verschiedenen Stellen den Begriff der Würde des Einzelnen, den wohl zentralsten Begriff unserer Verfassung, in den Mittelpunkt Ihrer Argumentation gestellt. Bitte schildern Sie uns, wenn möglich in knappen Worten, Ihre Überlegungen.

ESV **Prof. Dr. Reinhard Merkel**: Ich bin froh über die Frage, weil sie mir die Gelegenheit gibt, der etwas irritierenden Suggestion entgegenzutreten, dass von Seiten der Palliativmediziner und der deutschen Bischöfe die Position der Ethik reklamiert wird, während die anderen die Autonomiefechtisten seien. Das ist nicht richtig. Es ist auch in der Entscheidung des BVerwG so formuliert worden, dass es um eine fundamentale ethische Entscheidung geht. Ich bin dankbar, die beiden Würdebegriffe, die in der Diskussion sind, auseinander halten zu können. Wenn Sie Artikel 1 Absatz 1 GG ansehen und die Frage stellen, ob es irgendeine denkbare Form menschlichen Sterbens geben könnte, die dazu führt, dass der Sterbende nicht



mehr in seiner Würde im Sinne des Artikels 1 GG geschützt ist, lautet die Antwort selbstverständlich nein. Das kann es nicht geben. Die Rede ist hier von etwas anderem, von der persönlichen Einschätzung auf dem Hintergrund des eigenen Selbstbildes, was man im Einklang mit diesem Selbstbild ertragen kann und was nicht mehr. Wir haben mehrfach von Herrn Prof. Dr. Radbruch und von Herrn Prof. Dr. Montgomery gehört, dass wir zumutbare Möglichkeiten zum Helfen haben. Sie sind es einfach nicht, die letztgültig darüber entscheiden können, was jemandem auf dem Hintergrund seines eigenen Selbstbildes zumutbar ist. Sie sollten es jedenfalls nicht sein. Zu sagen, wir wissen eigentlich besser als Du, dass man das mit all unseren Angeboten ertragen kann, ist nicht moralisch, es ist das Gegenteil. Der amerikanische Rechtsphilosoph Ronald Dworkin hat dafür eine Formulierung gefunden: Jemandem eine Weise des Sterbens aufzunötigen, die man selber für richtig hält, die er aber als Widerspruch zu seinem innersten Ich empfindet, ist eine düstere Form der Tyrannei. Ich glaube, Dworkin hat Recht.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Wir sind am Ende der Anhörung angekommen, es sei denn, die Grünen hätten noch eine kurze Frage. Aus der letzten Anhörung hat die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Zeit gut und ich würde mir die Freiheit nehmen, der Fraktion diese Chance zu geben. Dann brauche ich mir die nächsten Wochen keinen Kopf mehr darüber zu machen.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Vorsitzender, da sage ich nicht nein. Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Dr. Graumann, Deutscher Ethikrat. In ihrer ad hoc-Stellungnahme empfehlen Sie, Suizidprävention statt Suizidhilfe in drei Punkten. Was meinen Sie damit?

Der **Vorsitzende**: Frau Prof. Dr. Dr. Graumann, die Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN hat nur eine Minute Zeitguthaben und Sie müssten in dieser Minute fertig werden.

ESVe **Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann**: Ich meine und da kann ich mich nicht direkt auf den Ethikrat beziehen, sondern auf meine eigene Stellungnahme, wo ich mich auf die Suizidprävention bezogen habe, dass die Suizidprävention bei Menschen, die in dieser Situation einer schwersten Krankheit sind und die einen Sterbewunsch haben, der, wenn die richtige Antwort, die richtige Unterstützung gegeben wird, nicht unbedingt zu einem dauerhaften Sterbewunsch wird. Das ist das, was ich hier ansprechen wollte. Das ist mir extrem wichtig und ich habe den Eindruck, dass die Art und Weise, wie die sogenannten Extremfälle geschildert werden, mit der Realität relativ wenig zu tun haben. In ganz vielen Fällen sind das Zuspitzungen, die eine bestimmte Stimmung, auch in den Medien, machen und diese, ich habe das die Idealisierung des Bilanzsuizids genannt, damit vorantreiben.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, wir sind am Ende der Anhörung angekommen. Ich wünsche Ihnen einen schönen weiteren Nachmittag und bedanke mich für die vielen Meinungen, die uns sicherlich nachdenklich stimmen werden. Hiermit beende ich die Anhörung.

Schluss der Sitzung: 16.11 Uhr

gez.
Erwin Rüdell, MdB
Vorsitzende