

Mitteilung des Senats vom 30. Mai 2006**Patientenautonomie durch Patientenverfügungen stärken**

Die Fraktionen der SPD und der CDU haben unter Drucksache 16/977 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung:

Patientenverfügungen sind Willensbekundungen eines entscheidungsfähigen Menschen zu einer zukünftigen medizinischen oder begleitmedizinischen Behandlung im Fall zukünftiger Einwilligungs- oder Äußerungsunfähigkeit. Solche Verfügungen sind bereits nach geltendem Recht möglich und rechtswirksam. Spätestens mit dem Beschluss des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 17. März 2003 (XII ZB 2/03) ist die Diskussion um die Patientenverfügung aber verstärkt in den Blick des öffentlichen Interesses gelangt. Der BGH hat im Wege richterlicher Rechtsfortbildung für den Fall, dass ein vom Vormundschaftsgericht bestellter rechtlicher Betreuer ausgehend von dem in einer Patientenverfügung niedergelegten Willen seines Betreuten die Einwilligung in lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen des Arztes verweigern will, eine Genehmigungsentscheidung des Vormundschaftsrichters verlangt.

Das Bundesministerium der Justiz hat in Reaktion auf den Beschluss des BGH im September 2003 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ eingesetzt. Die Arbeitsgruppe hat im Juni 2004 ihren Abschlussbericht vorgelegt. Am 5. November 2004 hat das Bundesministerium der Justiz auf der Grundlage dieses Berichts Eckpunkte zur Stärkung der Patientenautonomie veröffentlicht. Darin wird festgestellt, dass im Betreuungsrecht Reformbedarf besteht, ausgelöst einerseits durch den medizinischen Fortschritt und, neben den damit gestiegenen Erwartungen an die Möglichkeiten der Medizin, andererseits durch die Sorge vieler Menschen vor Übertherapie.

Die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags „Ethik und Recht der modernen Medizin“ hat am 24. September 2004 einen Zwischenbericht zum Thema Patientenverfügung vorgelegt. Die Kommission hatte es für erforderlich gehalten, dieses Thema im Rahmen ihres Schwerpunkts „Menschenwürdig leben bis zuletzt“ vorab zu behandeln.

Am 23. April 2004 hat die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz einen Bericht zum Thema „Sterbehilfe und Sterbebegleitung“ herausgegeben. Auch dieser Bericht setzt einen Schwerpunkt in der Stärkung der Selbstbestimmung am Lebensende.

Sowohl die Berichte der Kommissionen und der Arbeitsgruppe als auch die Eckpunkte des Bundesministerium der Justiz sehen Handlungsbedarf im Betreuungsrecht. Das Bundesministerium der Justiz hat deshalb im November 2004 einen Referentenentwurf zur Änderung des Betreuungsrechts zur Diskussion gestellt. Der Entwurf schlägt Regelungen zur Patientenverfügung vor und zur Frage der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung einer Nichteinwilligung des Betreuers in lebensverlängernde oder -erhaltende ärztliche Maßnahmen.

In der sich anschließenden öffentlichen Diskussion ging es auch um die zentrale Frage, ob Patientenverfügungen auch dann bindend sein sollen, wenn das Leiden des

Patienten noch keinen tödlichen Verlauf genommen hat. Der Entwurf des Bundesministerium der Justiz sah für die in einer Patientenverfügung niedergelegte Ablehnung einer Behandlung auch bei einem noch nicht tödlichen Verlauf der Erkrankung eine bindende Geltung vor. Die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags „Ethik und Recht der modernen Medizin“ hatte demgegenüber mehrheitlich vorgeschlagen, die Bindungswirkung von Patientenverfügungen auf Fälle zu beschränken, in denen die Erkrankung auch bei einer medizinischen Behandlung unumkehrbar tödlich ist. Für diese Beschränkung haben sich auch Vertreter der Kirchen ausgesprochen.

Weitere Gegenstände der Diskussion waren die Fragen, ob der Patientenwille notwendig schriftlich niedergelegt sein muss und ob die Beachtung einer Patientenverfügung von einer vorhergehenden Beratung durch zum Beispiel ein Ethik-Gremium abhängig sein soll.

Der Gesetzentwurf ist in der 15. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags angesichts dieser Diskussion nicht weitergeführt worden. Im Koalitionsvertrag für die laufende Legislaturperiode wird das Thema aber wieder aufgegriffen. Die Koalitionspartner wollen die gesetzliche Absicherung der Patientenverfügung in dieser Legislaturperiode zum Abschluss bringen.

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales registriert in den letzten Jahren einen erheblichen Zuwachs an konkreten Nachfragen aus der Bevölkerung zu Patientenverfügungen. Die Erfahrungen der Unabhängigen Patientenberatung (UPB) in Bremen als Einrichtung in gemeinsamer Trägerschaft mit Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen und Ärztekammer belegen diese Entwicklung.

Seit Gründung der UPB im Jahr 1998 haben die Anfragen bezüglich Patientenverfügung jährlich kontinuierlich zugenommen und sich derzeit auf einem fünffach höheren Niveau stabilisiert. Anfragende sind nicht nur einzelne Ratsuchende, sondern auch Selbsthilfegruppen und öffentliche Einrichtungen wie z. B. Krankenhäuser. Die UPB steht für Vorträge und Diskussionsveranstaltungen zu diesem Thema zur Verfügung.

Bei den Anfragenden handelt es sich vornehmlich um ältere Menschen oder die Angehörigen älterer, kranker, gebrechlicher, pflegebedürftiger Patienten – jüngere Menschen scheinen sich wenig mit dieser Thematik zu beschäftigen.

Der Informationsstand der Anfragenden ist trotz öffentlicher Diskussion und Berichterstattung immer noch gering, was zu einem großen Teil der derzeit komplizierten Rechtslage geschuldet ist, die Laien nur schwer einen Zugang in die komplexe Thematik ermöglicht.

Vorinformationen sind größtenteils diffus, falsch und/oder erfassen die bestehenden Verknüpfungen insbesondere zu den Bereichen Betreuungsrecht/-verfügung, Vorsorgevollmacht sowie Sterbehilfe eher unzureichend.

In der Regel gehen die Menschen davon aus, dass Ärzte verpflichtet sind, sich an die geäußerten Wünsche für den Fall einer schweren Erkrankung zu halten, sofern ein Formular ausgefüllt wurde. Eine eigenständige inhaltliche Auseinandersetzung mit der Thematik selbst wird oftmals nicht für notwendig gehalten, da infolge der vielfach in den Medien vorgestellten und diskutierten Vordrucke unterstellt wird, deren Ausfüllung reiche für eine entsprechende Bindung der Ärzte aus.

Darüber hinaus ist nach Angaben der UPB der Informationsstand zu den Möglichkeiten und Grenzen medizinischer wie pflegerischer Möglichkeiten ebenfalls gering. Hinsichtlich der Motivation zum Abfassen einer Patientenverfügung ist bei den Beraterinnen der Eindruck entstanden, dass viele Menschen durch die häufig vereinfachende Berichterstattung in den Medien meinen, man müsse obligatorisch eine Patientenverfügung verfasst haben, um zu verhindern, im Falle einer schweren Erkrankung unter Einsatz sämtlicher medizinischer Mittel künstlich in einem „Leben an Schläuchen“ erhalten zu werden, demnach nur durch das Abfassen einer Patientenverfügung ein menschenwürdiges Sterben erreicht werden könne. In anderen Fällen liegt die Motivation darin, den Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen, auch in finanzieller Hinsicht.

Diejenigen, die eine Patientenverfügung abfassen wollen, nachdem das Sterben von Angehörigen oder Freunden und Bekannten miterlebt wurde, stehen häufig unter dem Eindruck der Versorgung, die z. B. im Pflegeheim während des langen Erkrankungs- und Sterbeprozesses geleistet wurde. Diese Versorgung wird oftmals als unzureichend empfunden, häufig auch unter dem Eindruck einer nicht angemessenen Medikation bei Erkrankungen, die mit starken Schmerzen einhergehen.

Nach Angaben der UPB findet nur in wenigen Fällen eine Auseinandersetzung mit der Frage statt, bei welchen Erkrankungen die Patientenverfügung gelten soll, welche Behandlung individuell als „menschenwürdig“ definiert wird und ob eine Behandlung bei schweren Erkrankungen auch außerhalb des eigentlichen Sterbeprozesses untersagt werden soll.

Der Senat begrüßt daher auch vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen aus der Bevölkerung die Absicht der Großen Koalition, sich erneut mit einer Änderung des Betreuungsrechts zu beschäftigen. Ebenso wird die Tatsache begrüßt, dass die Bremische Bürgerschaft mit der Großen Anfrage sich an der fachlichen Diskussion des Themas beteiligt.

1. Teilt der Senat die Auffassung von Bund und Ländern, dass eine Legalisierung der Sterbehilfe nicht in Betracht komme, und dass stattdessen alles Mögliche getan werden müsse, um Sterbenden durch Schmerztherapie und menschliche Fürsorge einen Tod in Würde zu ermöglichen?

Nicht jede Hilfe für Sterbende ist illegal. Die Frage, unter welchen medizinischen Voraussetzungen die Rechtsordnung es gestattet, lebensverlängernde Maßnahmen zu unterlassen oder nicht fortzuführen, hat der Bundesgerichtshof dahin entschieden, dass in Fällen, in denen das Grundleiden des Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar ist und einen tödlichen Verlauf angenommen hat, die unmittelbare Todesnähe es rechtfertigt, wenn der Arzt lebensverlängernde Maßnahmen abbreche und dies dem Willen des Patienten entspricht (BGH, Urteil vom 13. September 1994, 1 StR 357/94, NJW 1995, 204). Diese Art der passiven Sterbehilfe ist nicht strafbar. Der Bundesgerichtshof hat die Bedeutung des Patientenwillens mit seinem Beschluss vom 12. März 2003 (XII ZB 2/03) noch einmal bestätigt. Bei einem irreversibel tödlichen Verlauf des Leidens müssen lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn der Patient es so will.

Die Rechtsordnung lässt auch die indirekte Sterbehilfe zu. Maßnahmen zur Schmerzlinderung sind auch dann zulässig, wenn damit als unvermeidbare Nebenfolge eine Verkürzung der noch verbleibenden Lebenszeit bewirkt wird.

Strafbar ist demgegenüber die aktive Sterbehilfe. Nach § 216 Strafgesetzbuch ist die Mitwirkung an einer Selbsttötung auch dann strafbar, wenn der Sterbende die Mitwirkungshandlung ausdrücklich verlangt.

Der Senat lehnt Bestrebungen, die aktive Sterbehilfe durch Streichung oder Änderung von § 216 StGB zu legalisieren, entschieden ab. Er teilt die mit Beschluss der Justizministerkonferenz vom 17. November 2005 in Berlin zum Ausdruck gebrachte Auffassung, dass wegen der Unantastbarkeit fremden Lebens, wegen der Gefahr eines Dammbruchs beim Lebensschutz und wegen der Sorge vor Missbrauch eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe nicht in Betracht kommt.

Die Justizministerkonferenz hat in ihrer Sitzung am 17. November 2005 in Berlin wie folgt beschlossen:

1. Die Justizministerinnen und Justizminister haben vor dem Hintergrund der aktuellen öffentlichen Diskussion Fragen der Sterbehilfe, der Sterbebegleitung und der Verbindlichkeit einer Patientenverfügung erörtert.
2. Sie bekräftigen ihren bereits auf ihrer 72. Konferenz in Trier (11. bis 13. Juni 2001) einstimmig gefassten Beschluss und lehnen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe wegen der Unantastbarkeit fremden Lebens, wegen der Gefahr eines Dammbruchs beim Lebensschutz und wegen der Sorge vor Missbrauch weiterhin mit Entschiedenheit ab.
3. Die Justizministerinnen und Justizminister bitten die Bundesministerin der Justiz, in der neuen Legislaturperiode einen Gesetzentwurf vorzulegen, der Rechtssicherheit bei der medizinischen Betreuung am Ende des Lebens gewährleistet und dabei insbesondere dem Institut der Patientenverfügung einen hohen Rang einräumt.

Das Thema „Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung“ wird auch Gegenstand der Verhandlungen der strafrechtlichen Abteilung des Deutschen Juristentags sein, der vom 19. bis 22. September 2006 in Stuttgart stattfinden wird.

Um den Menschen ein selbstbestimmtes und würdevolles Sterben zu ermöglichen, muss nach Auffassung des Senats die Sterbebegleitung verbessert werden. Dazu gehören neben einer gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung der Ausbau der Hospizarbeit und die Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung.

Die Palliativmedizin setzt dort ein, wo durch Behandlung eine Heilung nicht oder nicht mehr möglich ist, ein klassischer Behandlungserfolg also nicht zu erwarten ist. Ziel der Palliativmedizin ist es, Krankheitserscheinungen zu mildern, auch wenn ihre Ursachen nicht behoben werden können. Es geht der Palliativmedizin darum, für den Patienten die beste noch mögliche Lebensqualität zu erreichen. Betroffen sind Menschen, deren Krankheit unaufhaltsam fortschreitet, insbesondere krebserkrankte Menschen im Endstadium der Krankheit oder Herzkrankte, aber auch Patienten mit schwersten orthopädischen Erkrankungen.

Das Konzept der Palliativmedizin basiert auf vier Säulen:

1. Pflege,
2. medizinische Therapie,
3. umfassende psychosoziale Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen,
4. Sterbebegleitung.

Die Zielgruppe der Hospizbewegung ist identisch mit der der Palliativmedizin. Die Kranken befinden sich aber in einer stationären Hospiz- und in einer gesundheitlich stabileren Situation, die keine aktuellen ärztlichen Maßnahmen oder Behandlungseingriffe mehr erfordert, wie sie im Rahmen einer palliativmedizinischen Versorgung erbracht würden. In dieser letzten Phase unmittelbar vor dem Tod steht die fürsorgliche und umfassende Betreuung der Kranken im Vordergrund. Zuvor eingeleitete palliativmedizinische Maßnahmen werden aber weitergeführt.

Die Beschäftigung mit dieser Problematik fand bis vor wenigen Jahren nur in Kreisen mit dem Thema befasster Spezialisten und engagierter Laien statt. Mit der Erweiterung insbesondere von palliativmedizinischen Versorgungsleistungen kann aber festgestellt werden, dass die Palliativmedizin inzwischen ihre Außenposition verlassen hat.

Aufbauend auf den Erfahrungen mit einer in Bremerhaven bereits langjährig etablierten Einrichtung sind im Jahr 2002 auch in der Stadtgemeinde Bremen die erste Palliativstation und das erste stationäre Hospiz eröffnet worden.

Obwohl die Palliativmedizin und auch die Hospizarbeit im stationären Bereich nunmehr akzeptierte Formen der Behandlung sind, besteht noch eine Regelungslücke im ambulanten Sektor. Der Koalitionsvertrag der Großen Koalition im Bund verweist auf einen notwendigen Ausbau von Leistungen in diesem Bereich. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat begonnen, diesen Prozess aktiv zu begleiten. Es besteht ein Dialog mit den Krankenkassen, der Hausärzteschaft und den stationären palliativmedizinischen Einrichtungen mit dem Ziel, den erforderlichen Umfang ambulanter palliativmedizinischer Leistungen in fachlicher, organisatorischer und auch finanzieller Sicht festzustellen, um im Ergebnis auch diese Form der Versorgung in Bremen zu etablieren.

Der Senat legt Wert auf die Feststellung, dass mit einem flächendeckenden Versorgungssystem mit umfassenden Leistungen aus Palliativmedizin und Hospizarbeit die notwendigen Alternativen zur aktiven Sterbehilfe geschaffen werden können.

2. Wie beurteilt der Senat gesetzliche Regelungen der aktiven Sterbehilfe in den Nachbarstaaten Niederlande und Belgien und die dort gemachten Erfahrungen mit dem Missbrauch der rechtlichen Möglichkeiten?

Dem Senat sind die in den Niederlanden und in Belgien getroffenen Regelungen zur Sterbehilfe bekannt. Mit dem am 1. April 2002 in Kraft getretenen „Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ haben die Niederlande als erstes Land weltweit die aktive Sterbehilfe bei einem ausdrücklichen Verlangen des Patienten zugelassen. Die bestehenden Regelungen wurden um einen Strafausschließungsgrund ergänzt, nach

dem die vorsätzliche Beendigung des Lebens eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen dann nicht strafbar ist, wenn sie von einem Arzt vorgenommen wurde, der bestimmte Sorgfaltskriterien eingehalten und dem Leichenbeschauer der Gemeinde Meldung erstattet hat. Nach den im Sterbehilfegesetz genannten Sorgfaltskriterien muss der Arzt

- zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient sein Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat,
- zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war,
- den Patienten über die Situation, in der dieser sich befand, und über dessen sich daraus ergebende Aussichten informiert haben,
- gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für die Situation, in der dieser sich befand, keine andere akzeptable Lösung gab,
- mindestens einen anderen unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten begutachtet und schriftlich sein Urteil zu den genannten Sorgfaltskriterien abgegeben hat, und
- bei der Lebensbeendigung oder bei der Hilfe zur Selbsttötung aus medizinischer Sicht sorgfältig vorgegangen sein.

Gleiches gilt für Patienten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben und nicht oder nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen zu äußern, vor Eintritt dieses Zustandes aber als zur vernünftigen Beurteilung ihrer Interessen fähig betrachtet werden konnten und eine schriftliche Erklärung mit einem Ersuchen um Lebensbeendigung abgegeben haben. Bei Minderjährigen zwischen 16 und 18 Jahren sind die Eltern zur Entscheidung hinzuzuziehen, bei Minderjährigen zwischen zwölf und 16 Jahren müssen sich die Eltern mit dem Ersuchen einverstanden erklärt haben.

Nach Durchführung der Sterbehilfe prüft eine Kommission aufgrund des Berichts des Leichenbeschauers und des Berichts des Arztes, der aktiv Sterbehilfe geleistet hat, ob der Arzt nach den Bedingungen des Gesetzes und den dort festgelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Im September 2002 ist in Belgien ein als „Euthanasiegesetz“ bezeichnetes Sterbehilfegesetz in Kraft getreten. Nach diesem Gesetz macht sich der Arzt nicht strafbar, wenn der Patient im Zeitpunkt seiner Absichtserklärung erwachsen, handlungs- und zurechnungsfähig ist, das Ersuchen freiwillig, überlegt und wiederholt sowie ohne Druck von außen erfolgt, der Patient sich in einer medizinisch ausweglosen Lage befindet, dauerhaft und unerträglich physisch oder psychisch leidet und diese Leiden ernsthaft und nicht heilbar sowie durch Unfall oder Krankheit verursacht sind und nicht gelindert werden können. Ein zweiter Arzt, der Spezialist für die Krankheit sein muss, an der der Patient leidet, muss beratend hinzugezogen werden. Erfasst wird durch das belgische Gesetz auch der Fall, dass sich der Patient noch nicht in einem Endstadium seiner Erkrankung befindet. Insoweit geht die belgische Regelung deutlich noch über das niederländische Gesetz hinaus. Die Kontrolle der Durchführung der Abläufe obliegt einer Kontroll- und Auswertungskommission.

Der Senat geht davon aus, dass in Deutschland der Schutz des Lebens absoluten Vorrang hat und deshalb die Unantastbarkeit fremden Lebens zu gewährleisten ist. Der Senat hält es in erster Linie für erforderlich, die Palliativmedizin und die Hospizbewegung zu stärken, um unheilbar Kranken in der letzten Phase des Lebens Hilfe, vor allem Schmerzlinderung, angedeihen zu lassen und ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Der Senat beobachtet die Entwicklung in den Niederlanden und in Belgien sorgfältig. Nach einer dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vorliegenden Veröffentlichung wurde in den Niederlanden der überwiegende Teil der Tötungen auf Verlangen oder medizinisch assistierten Suizide vom handelnden Arzt entgegen den gesetzlichen Regelungen nicht gemeldet. Mehr als die Hälfte der befragten Ärzte wollten sich und den Angehörigen Unannehmlichkeiten mit der Justiz ersparen. Ein Drittel der Befragten räumte ein, dass sie womöglich nicht allen gesetzlich vorgesehenen Sorgfaltskriterien nachgekommen seien. Hinzu kommt, dass zu einem beträchtlichen Teil Patienten Sterbehilfe

erhalten haben sollen, ohne dass sie ausdrücklich danach verlangt hatten. Zur Begründung für dieses Vorgehen wurde angegeben, dass in diesen Fällen jede medizinische Handlung sinnlos geworden war. Weitere gewichtige Gründe hierfür waren die fehlende Aussicht auf Besserung sowie der Umstand, dass die Angehörigen das Leid des Patienten nicht mehr mit ansehen konnten.

Dem Senat ist dagegen auch bekannt, dass sowohl in Belgien als auch in den Niederlanden die gesetzliche Regelung der Sterbehilfe generell auf Zustimmung in der Bevölkerung stößt und zurzeit keine Absicht besteht, die bestehenden Möglichkeiten einzuschränken.

3. Wie beurteilt der Senat die bundesweit geführte Debatte um ein Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung, insbesondere durch Sterbehilfevereine wie etwa der Schweizer „Dignitas“, die sich in Niedersachsen niedergelassen hat?

Die Vorschläge zum Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung haben im März 2006 zu einem gemeinsamen Gesetzesantrag der Länder Hessen, Thüringen und Saarland im Bundesrat geführt (BR-Drucksache 230/06). Anlass für diese Initiative ist die Tätigkeit von Organisationen, die inzwischen auch in Deutschland Möglichkeiten zum Suizid anbieten. Der Bundesrat hat den Gesetzesantrag am 7. April 2006 zur Beratung an seine Ausschüsse verwiesen.

Mit dem beantragten Gesetz zum Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung soll die über den einzelnen schweren Konfliktfall hinausgehende zielgerichtete Förderung von Selbsttötungen als eine abstrakt das Leben gefährdende Handlung unter Strafe gestellt werden. Die Tötung auf Verlangen ist in § 216 StGB mit Strafe bedroht. Dagegen sind die Selbsttötung und die Teilnahme daran nach geltendem Recht straflos. Bislang straflos ist auch die geschäftsmäßige Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung. Diese soll nunmehr durch Einfügung eines neuen § 217 StGB unter Strafe gestellt werden.

Unter der Überschrift „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ soll § 217 StGB folgenden Straftatbestand enthalten: „Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit vermittelt oder verschafft, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Der federführende Rechtsausschuss des Bundesrats hat die Beratung des Gesetzesantrags in seiner Sitzung am 3. Mai 2006 bis zum Wiederaufruf des Themas durch die antragstellenden Länder vertagt.

Der Senat wird seine Haltung dazu im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsvorhabens festlegen. Das Strafrecht unterscheidet zwischen der Straflosigkeit der bloßen Unterstützung einer selbstbestimmten und frei verantworteten Selbsttötung einerseits und der Strafbarkeit aktiver Beteiligung an einer Selbsttötung andererseits. Entscheidend ist dabei aber immer die Beurteilung des Einzelfalls und der besonderen und konkreten Situation der Betroffenen. Das in der letzten Zeit feststellbare Auftreten von Organisationen mit dem Anliegen, einer Vielzahl von Menschen schnelle und effiziente Möglichkeiten zur Selbsttötung zu verschaffen, kann demgegenüber zu einer Loslösung von der Einzelfallbeurteilung und zu einer Kommerzialisierung der Hilfe zur Selbsttötung führen. Der Senat hält es wegen der allgemeinen Pflicht des Staates zum Schutz des Lebens für erforderlich, einer solchen möglichen Entwicklung entgegenzuwirken. Ob und gegebenenfalls wie dies auf der Ebene des Strafrechts geschehen sollte, bedarf aber noch weiterer Prüfung.

4. Wie beurteilt der Senat Auffassungen, wonach der Staat Menschen, die unheilbar krank sind, unter engen Voraussetzungen den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen gestatten müsse?

Grundsätzlich bedarf jede ärztliche Behandlung der Einwilligung des Patienten. Dies gilt auch für lebenserhaltende Maßnahmen bei einer unheilbaren Krankheit. Gegen den aktuellen Willen des Patienten sind auch solche Maßnahmen nicht zulässig.

Für den Fall, dass der Patient seinen Willen nicht mehr äußern kann, hat die Rechtsprechung die Voraussetzungen für die Unterlassung oder den Abbruch lebens-

erhaltender Maßnahmen benannt. Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen unumkehrbar tödlichen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor, etwa in Form einer Patientenverfügung, geäußerten Willen entspricht (BGH, Beschluss vom 17. März 2003, XII ZB 2/03).

Zur Frage, ob dies auch bei einem nicht tödlichen Verlauf der Krankheit gilt, etwa im Fall eines Wachkomas, enthält der Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ (Bundestags-Drucksache 15/3700, Seite 20) grundlegende Feststellungen. Auch bei Vorliegen eines in einer Patientenverfügung niedergelegten entsprechenden Willens des Patienten könne ein Betreuer nicht den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen erklären. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs reiche die Befugnis eines Betreuers nicht weiter, als die nach der Rechtsordnung zulässige Sterbehilfe es erlaube. Liegen die objektiven Voraussetzungen, die der Bundesgerichtshof den strafrechtlichen Bestimmungen hinsichtlich der Sterbehilfe entnimmt, nicht vor, hat also das Grundleiden des Patienten noch keinen unumkehrbar tödlichen Verlauf angenommen, könne auf eine Behandlung nicht verzichtet werden, selbst wenn der Patient zuvor in einer Patientenverfügung oder auf andere Art einen entsprechenden Willen geäußert hat.

Der Senat hält diese Darstellung der Rechtslage für zutreffend. Er hält aber im Interesse von Rechtssicherheit und Klarheit nähere gesetzliche Regelungen zu Voraussetzungen, Verbindlichkeit und Reichweite von Patientenverfügungen für geboten.

5. Wie beurteilt der Senat die geltenden Regelungen des Betäubungsmittelrechts soweit es um den Einsatz von Schmerzmitteln zur Linderung unsäglicher Schmerzen bei todkranken Menschen geht? Sieht der Senat insoweit Änderungsbedarf?

Der Senat sieht im geltenden, zuletzt mit Gesetz vom 10. März 2005 aktualisierten Betäubungsmittelgesetz (BtMG) hinreichende Möglichkeiten für eine angemessene Versorgung schwerstkranker Patienten mit wirksamen dem Betäubungsmittelrecht unterliegenden Schmerzmitteln. Änderungsbedarf zur bestehenden Rechtslage wird deshalb derzeit nicht gesehen.

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales geht davon aus, dass nicht alle ambulant tätigen Ärzte in der Lage sind, im Einzelfall eine umfassende Schmerztherapie etwa bei Patienten im Endstadium einer Krebserkrankung durchzuführen. Der in der Ärzteschaft bestehende Fortbildungsbedarf ist durch entsprechende Maßnahmen der Ärztekammern und kassenärztlichen Vereinigungen abzudecken. Die Ärzte sind gehalten, sich entsprechend fortzubilden, die gesetzlich vorhandenen Möglichkeiten zu nutzen und im Individualfall die geeigneten Betäubungsmittel im erforderlichen Maß zu verordnen.

6. Wie beurteilt der Senat den von der „Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages vorgelegten Zwischenbericht und die darauf beruhenden Referentenentwürfe aus dem Bundesjustizministerium?

Der Zwischenbericht der Enquete-Kommission (Bundestags-Drucksache 15/3700, Seite 37 ff.) kommt auf der Grundlage einer vertieften Analyse der Rechtslage in Deutschland und in einigen europäischen Ländern und unter Berücksichtigung ethischer Überlegungen sowie nach Prüfung möglicher Regelungsoptionen zu folgenden Empfehlungen:

- Die Möglichkeit, durch Patientenverfügung einen Behandlungsabbruch oder -verzicht vorzusehen, der zum Tode führen würde, ist auf Fallkonstellationen zu beschränken, in denen das Grundleiden irreversibel ist und trotz medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis zum Tode führen wird. Maßnahmen der Basisversorgung können durch Patientenverfügung nicht ausgeschlossen werden.
- Patientenverfügungen müssen schriftlich abgefasst sein.
- Den Bürgerinnen und Bürgern müssen Informationsmaterial und Beratungsmöglichkeiten angeboten werden.
- Patientenverfügungen sollten in regelmäßigen Zeitabständen (z. B. alle zwei Jahre) aktualisiert werden.

- Der Widerruf einer Patientenverfügung muss formlos möglich sein und muss beachtet werden.
- Betreuer und Bevollmächtigte sollen durch ein Konsil von Fachleuten beraten werden, wenn es um den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen geht.
- Der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen bedarf der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht.

Der Referentenentwurf des Bundesministerium der Justiz aus dem Jahr 2004 hat diese Empfehlungen, soweit sie durch Gesetz umzusetzen wären, im Wesentlichen aufgegriffen.

Er weicht davon allerdings darin ab, dass die Patientenverfügung auch dann gelten soll, wenn die Erkrankung noch keinen tödlichen Verlauf genommen hat. Ebenso, wie der einwilligungsfähige Patient in jeder Phase seiner Krankheit entscheiden könne, ob er eine Behandlung ablehnen wolle, müsse dies durch Patientenverfügung für eine zukünftige Situation möglich sein.

Eine Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht sieht der Entwurf dann nicht vor, wenn Arzt und Betreuer übereinstimmend und zweifelsfrei anhand der Patientenverfügung den Willen des Patienten feststellen.

Der Entwurf sah auch keine notwendige Schriftform für die Patientenverfügung vor. Inzwischen hält aber auch das Bundesministerium der Justiz die Schriftform für erforderlich. Dieses Beispiel zeigt, dass die Überlegungen auch nach Vorlage des Referentenentwurfs weiter gegangen sind. Der Senat geht davon aus, dass der mit dem Koalitionsvertrag für die neue Legislaturperiode angekündigte Gesetzentwurf diese weitere Diskussion aufgreifen wird. Der Senat wird seine Haltung im Einzelnen nach Vorlage des Entwurfs festlegen.

7. Wann rechnet der Senat mit einer Gesetzesinitiative des Bundes?

Dem Senat ist noch kein konkreter Zeitpunkt, zu dem mit einer Gesetzesinitiative zu rechnen wäre, bekannt. Der Senat geht aber davon aus, dass nach der im Koalitionsvertrag enthaltenen Ankündigung, noch in dieser Legislaturperiode zu einem Abschluss der Diskussion kommen zu wollen, eine Gesetzesinitiative so rechtzeitig vorgelegt wird, dass diese Ankündigung eingehalten werden kann.