

Zur aktuellen Diskussion und anstehenden Gesetzgebungsverfahren über Suizidassistentz und Suizidprävention nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.02.2020

Dr. med. Ingmar Hornke, Frankfurt am Main

Stand: 21.11.2022

Kernthesen:

- Eine zukünftige gesetzliche Regelung zur Suizidermöglichung und Suizidassistentz erfordert einen integralen Ausgleich mit den Schutzpflichten des Staates für psychisch kranke und in ihrer Entscheidungsfreiheit eingeschränkte Menschen. Gesetzliche Regelungen zur Suizidassistentz erfordern daher als Voraussetzung und Grundlage eine wirksame und ebenfalls gesetzlich geregelte Suizidprävention.
- Die Abgabe von Suizidmitteln muss zur Sicherung einer grundrechtskonformen Handhabung unter hoheitlicher Verantwortung in einem geordneten Verwaltungs- und Entscheidungsverfahren unter Einbindung von Exekutive und Judikative erfolgen.
- Suizidermöglichung durch Zugangsgewährung zu geeigneten Vollzugsmitteln ist keine Krankenbehandlung und die hilfsweise ärztliche Verordnung von Arzneimitteln als Gift ist als regulatorischer Lösungsweg nicht geeignet. Die Verantwortungszuweisung für den Giftzugang an die Ärzteschaft widerspricht dabei sowohl für Gesunde als auch für Kranke ohne Behandlungsbezug allgemein anerkannten Regeln der heilberuflichen Handlungslogik. Die moralische Nötigung einer Profession (hier der Ärzteschaft) zu derart berufsfremden Handlungen durch einseitige Verantwortungsübertragung seitens des Gesetzgebers für den Zugang zu einem staatlich gebotenen bürgerlichen Grundrecht ist nicht statthaft.

Vorbemerkung: Ein Recht auf „selbstbestimmtes Sterben“ kann kein Staat seinem Bürger zusprechen.

„Das Sterben“ (also Sterbevorgang und Todeseintritt) ist der biologische Prozess des Lebensendes, der sich in je unterschiedlicher Weise auch in psychischen, sozialen und spirituell-existenziellen Dimensionen ausprägt. Es findet sowohl plötzlich statt als auch absehbar im Rahmen von schweren oder fortschreitenden Erkrankungsprozessen.

Unerwartete Todesfälle, also solche die überfallartig hereinbrechen, treten dabei insbesondere durch Unfall bzw. Gewalttat oder schwerste Gesundheitsstörungen verursacht auf. Das Eintreten von Ereignis und Ablauf ist dabei regelhaft vom Betroffenen nicht autonom zu entscheiden oder beeinflussbar und entzieht sich jeglicher Verfügungsgewalt.

Der Ablauf schwerer fortschreitender Krankheiten mit Übergang in Sterben und Tod ist gleichfalls gekennzeichnet von Ausgeliefertsein, Einschränkungen, Hilfebedürftigkeit und schwindenden Freiheitsgraden in körperlichen und mental-kognitiven Fähigkeiten. Auch dieser Ablauf entzieht sich in weiten Teilen der autonomen Entscheidung und Steuerung des Erkrankten.

Die Möglichkeit dabei Behandlung, Pflege und Unterstützung in Anspruch zu nehmen, steht in freier und autonomer Entscheidung des Kranken. Dabei trifft der Patient im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten mittels Einwilligung oder Ablehnung die Entscheidung über die Durchführung oder Unterlassung von angezeigter Krankenbehandlung. Dies ermöglicht den Versuch Krankheitsverlauf

und Leiden zu beeinflussen. Wirksamkeit und Erfolg der Interventionen sind auch dabei nicht autonomer Beeinflussung unterliegend, sondern der Dynamik des biologischen Systems geschuldet.

Der eigentliche Sterbeprozess erzwingt in naturgewaltlicher und hochvariabel unbestimmter Weise aus sich selbst den schrittweisen Verlust von Autonomiefähigkeit, Bewusstsein und des Lebens im Verlauf. Für den Sterbenden besteht dabei nicht die Möglichkeit diesen in autonomer Entscheidung und Handlungsfreiheit zurückzuweisen, zu verhindern oder zu verzögern.

Das im Urteil des Bundesverfassungsgericht vom 26.02.2020 zugesprochene Freiheitsrecht auf „selbstbestimmtes Sterben“ kann somit vom Staat und seinen Organen in faktischer Weise nicht gewährt werden.

Feststellung:

Aus dem Text und Gedanken der Verfassung und den dargelegten Bewertungen des Gerichtes lässt sich unter Beachtung der zuvor dargestellten Überlegungen ableiten:

Jeder Bürger hat das Recht auf Freiheit zum vorzeitigen selbstbestimmten Tod durch eigene Hand.

Dies schließt die Freiheit ein, sich dazu Hilfe zu suchen, diese in Anspruch zu nehmen und diese freiwillig zu gewähren.

Dieser Freiheit darf der Staat nicht in unangemessener Weise Hindernisse in den Weg stellen.

Thesen zur Rahmung, Gestaltung und Umsetzung eines entsprechenden Freiheitsrechts zum Suizid und zur Suizidhilfe:

1. Das zugesprochene **Recht auf Suizidvollzug sowie Inanspruchnahme von und das Angebot der Suizidhilfe gilt jedem Bürger und bedarf keiner Begründung.** Dies gilt für Suizidwillige und Helfer gleichermaßen zunächst **unabhängig von Vorbedingungen** wie z. B. Gesundheitsstatus, Motivlage, angestrebtem Suizidverfahren oder Profession.
2. Dieses Recht muss einem **Suizidwilligen ohne Erkrankung** in gleicher Weise zugänglich sein, wie einem **kranken Bürger** ohne gegebene Einschränkung der Freiverantwortlichkeit.

Dabei ist einem **Patienten** unter **ärztlicher Behandlung** und einem Kranken, welcher gerade den **Suizid als Alternative zur erkrankungsbedingt erzwungenen Krankenbehandlung** anstrebt, diese **Freiheit ohne Unterschied zu gewähren.**

3. Der hier begründete **Rechtsanspruch** besteht nicht gegen eine konkrete Person oder Organisation oder Profession, sondern gegen die gesamte verfasste Gesellschaft: also unmittelbar **gegen staatliches Handeln durch Legislative, Exekutive und Judikative gem. Art.1 (3) GG.**
4. **Der Staat** hat folgend diese grundnormierte **Freiheit zum Vollzug der und zur Hilfe zur Tötung durch eigene Hand nicht zu behindern.** Als derart bewertetes Grundrecht ist es dem Staat geboten durch Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung **unmittelbar** die Möglichkeit zur Inanspruchnahme dieser Freiheit zu **gewährleisten.** **Der Freiheit des unsanktionierten Zugangs zu geeigneten und zumutbaren Suizidmitteln ist damit konsequent eingeschlossen.** Ob sich daraus ein Recht auf Zugang zu bestimmten Suizidmethoden ableitet, erscheint unklar.

5. Der vom Gericht verwendete aber inhaltlich **unbestimmte Begriff der „Hilfe“** ist für die Handhabung sinnvollerweise zu konkretisieren: im Gesetzgebungsverfahren oder durch nachfolgende Bestimmungen sind für unterschiedliche Handlungsanteile wie: **Schaffung des Mittelzugang, Beratung und Unterstützung der Vorbereitung, Umsetzungsmassnahmen z. B. mit technischen Hilfsmitteln für motorisch eingeschränkte Menschen und (ggf. ausschließliche) Begleitung Rahmungen zu setzen.** Auch für in der rechtlichen Einordnung unklare Handlungskategorien wie beispielsweise dem freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) ist dabei zu klären, wie zu beschließende Regelungen Anwendung finden sollen, um Unklarheiten durch Regelungslücken mit Bestimmtheit zu verhindern.
6. Das Recht auf freiverantwortlichen Suizidvollzug und freiwillige Suizidassistenz für jeden Bürger ist in angemessener **Güterabwägung mit der Verpflichtung zum Lebensschutz und dem Schutz der Kranken** gem. Art. 2 (2) GG im Sinn eines **geeigneten Schutzkonzeptes** durch wirksame und **umfassende Suizidprävention auszugleichen.** Vor allem psychisch Kranke und Menschen in freiheitseingrenzenden Notlagen bedürfen Schutz und einer umfassend bedarfsgerechte medizinisch-pflegerische wie psychosoziale Versorgung. Diesem Bedarf muss unbedingt in verfassungskonform geeigneter Weise Rechnung getragen werden.

Die Notwendigkeit und Zumutbarkeit eines notwendigen **Priorates des Lebensschutzes für vulnerable Personen vor dem Autonomieanspruch des gerade nicht freiheitsberaubten und nicht in besonderer Weise schutzbedürftigen Suizidwilligen aus freier Verantwortung (!) ist in gebotener Verhältnismäßigkeit gesetzlich zu regeln,** um die konkurrierenden Grundrechtsansprüche belastbar zu vermitteln.

7. Für die **geeignete Abwägung der Rechtsgüter** „Freiheitsanspruch auf Suizid einschließlich Beihilfe“ und „Lebensschutz“ bedarf es zunächst und zeitnah einer **gesetzlich geregelten umfassend wirksamen Suizidprävention in Kombination mit einem Verwaltungsprozess als Voraussetzung zum Zugang zu geeigneten Suizidmitteln unter hoheitlicher Verantwortung.** Voraussetzung für die Mittelabgabe muss dabei mindestens der **Nachweis der Willensstabilität und der angenommenen Freiverantwortlichkeit** sein.
8. **Die Suizidermöglichung durch legal unbehinderten Mittelzugang ist Bürgerrecht. Suizidhilfe durch Gewährung des Mittelzugangs ist weder Bestandteil der Ausübung der Heilkunde noch ist sie Krankenbehandlung.**

Dies gilt ausdrücklich weder für suizidwillige **Bürger ohne Erkrankung und deren Helfer** noch für Kranke, die ausdrücklich den **Suizid als alternative Handlungsoption zur ärztlichen Behandlung** wählen möchten bzw. den **Suizid unabhängig vom Bezug zur vorhandenen Krankheit** suchen und wiederum deren Helfer.

Patienten unter ärztlicher Behandlung und deren Ärzten wie Pflegepersonen und anderen Helfern muss der Mittelzugang für Suizidvollzug und Hilfe aber in gleichem Umfang ermöglicht werden, wie jedem anderen Bürger.

9. Um den durch Gerichtsfeststellung gegebenen staatlichen Handlungsauftrag in grundrechtskonformer Weise zu bedienen, **muss der Zugang für jeden berechtigten Bürger (Suizident und Helfer) zu geeigneten Suizidmitteln (Giftstoff oder andere Hilfsmittel) gleichberechtigt ermöglicht werden.** Die Suizidermöglichung ist dabei ausdrücklich nicht spezifische Aufgabe oder moralische Pflicht einer bestimmten Berufsgruppe mit einschlägigen Fähigkeiten und Kenntnissen über z. B. Giftstoffe, Tötungsverfahren oder einschlägige Techniken.

Die unregelte Überlassung des Suizidmittelzugangs in die beliebige Fantasie und Möglichkeiten von Suizidwilligen und ihrer freiwilligen Helfer ist aus Erwägungen der Suizidprävention unverantwortlich. Der freie und unbeschränkte Zugang zu geeigneten Mitteln sollte gezielt zum Schutz kranker und willensfreiheitlich eingeschränkter Personen begrenzt und gerade nicht gefördert werden.

Auch die Überlassung dieses Handlungsfeldes in ein unreguliertes und intransparentes Marktgeschehen scheint für eine rechtskonforme Umsetzung nicht geeignet. Regelmäßige Anwendung bei Suiziden von eigentlich Schutzbedürftigen und Handlungen welche vermeidbare Qualen und mögliche Fremdschädigung nach sich ziehen wären als Folge einer solchen Permissivität zu erwarten. Auch missbräuchlichen Handlungsweisen wie Beeinflussung der Willensentscheidung oder Bereicherungstaten wird durch unregelte „Marktüberlassung“ der Boden bereitet.

Trotz einer Vielzahl frei verfügbarer Möglichkeiten zur Selbsttötung erscheint die legal gerahmte Zugangsgewährung zu geeigneten Suizidmitteln unter hoheitlicher Verantwortung in einem geregelten Verfahren geboten. Begründet ist dies in der Notwendigkeit einzelfallspezifischer Bewertung zur Abwägung der beiden konkurrierenden Grundrechte. Die Tragweite der Entscheidung und die unmögliche Revision für den Fall einer irrtümlich gewährten Suizidmöglichkeit für einen Schutzbedürftigen verstärken diese Notwendigkeit. Gerade diese Tragweite, das Irrtumsrisiko und die notwendige Schutzperspektive erfordert auch die Verfahrenseinbindung von Verwaltung und Judikative, um ein entsprechend robustes und verlässliches Verfahren zu gewährleisten.

Dies ermöglicht die Umsetzung der erforderlichen Güterabwägung zwischen Schutzpflichten des Staates und Freiheitsrechten, entzieht Missbrauch die Grundlage und lässt eine aus Sorgfaltserwägungen gebotene Surveillance des Suizidgeschehens in Verhältnismäßigkeit zu.

10. Der ersatzweise Regelungsversuch über die **Verschreibung** eines für den Zweck der Heilbehandlung zugelassenen **Arzneimittels** durch einen **Arzt** zur regelmäßigen Umsetzung eines Suizidwillens ist eine nicht geeignete Umgehung des hoheitlich zu verantwortenden **Zugangs zu Gift oder anderen Hilfsmitteln**.

Wie oben hergeleitet führt eine solche Regelungsidee für Arzt und Suizidwilligen in widersinniger Weise zur erzwungenen Inanspruchnahme eines Arztes für gesunde Suizidwillige ohne Rollenkongruenz. Auch entsteht durch derartiges Handeln des Gesetzgebers für den Arzt ein Erwartungsdruck bzw. eine **moralische Pflicht zu offensichtlich professionsfremden Handlungen außerhalb des Auftrages der Ausübung der Heilkunde**. Gleiches gilt für Fälle in denen ein Kranker gerade den Suizid als Alternative zur unerwünschten ärztlichen Behandlung anstrebt.

Vielfache weitere rechtliche Aspekte scheinen für diesen Lösungsweg nicht reflektiert: Arzneimittel sind nach nur entsprechend legal regulierter Testung und nur für gegebene Indikationen und nur zur Anwendung im Rahmen ärztlicher Diagnostik und Heilbehandlung zugelassen.

Den Einsatz des Arzneimittels verantwortet der verschreibende Arzt im Rahmen der aufgeklärten und eingewilligten Heilbehandlungsmassnahme. Eine Selbsttötung ist aber keine vom Arzt zu verantwortende Behandlung. Eine Aufklärungs- und Verfahrensverantwortung für den Arzt erscheint daher systematisch widersinnig.

Haftungsfragen für den Fall der zwischenzeitlichen schädlichen oder sogar tödlichen Fehleinnahme des Giftes bzw. Arzneimittels durch unbeteiligte Dritte sind ebenso ungeklärt wie Fragen der Haftung bei fehlschlagenden Suizidversuchen mit Gesundheitsschäden.

In der heilkundlich begründeten Arzneimittelverordnung ist die Verantwortung außerhalb der zugelassenen Indikation (Off-Label-Use) streng geregelt, für die Fehlverwendung eines Arzneimittels außerhalb der Krankenbehandlung sollen hier komplexe etablierte Regelsysteme in zusammenhangsfremder Logik ausgehebelt werden.

Die Rechtslogik verbietet daher bei genauer Betrachtung den Regelungsweg der regelmäßigen Suizidermöglichung über die ärztliche missbräuchliche Verordnung von Arzneimitteln zur Verwendung als Gift zwecks Tötung aus eigener Hand.

11. Ein geeignetes Verwaltungsverfahren als Voraussetzung zur hoheitlich verantworteten Mittelabgabe müsste in fachlich wie sachlich begründeten **Verfahrensregeln** festlegen, wie unter Einbeziehung einschlägig geeigneter auch ärztlich-pflegerischer **Hilfsangebote, Beratungsangebote, psychiatrisch fachärztlicher Begutachtung, evtl. Wartezeiten** der Zugang gewährt wird und erfolgt.

Dabei erscheint wegen der **Schutzverantwortung des Staates und der Tragweite wie Schwere der Suizidentscheidung eine ausschließliche Beteiligung der ausführenden Gewalt nicht geeignet. Richterliche Beteiligung und Beurteilung vor dem Zugang zur hoheitlich gewährten Suizidmöglichkeit erscheint wie oben dargestellt geboten.** Dies ist im Sorge- und Betreuungsrecht bereits bei deutlich weniger schwerwiegenden Entscheidungen unumstritten seit Jahrzehnten fest etabliert und erscheint auch hier sachgerecht und verhältnismäßig.

12. Die **Aufgabenteilung zwischen ärztlichem Gutachter, richterlicher Beschlussfassung und hoheitlich organisierter Bereitstellung der Suizidmittel (z.B. beim örtlichen Ordnungsamt oder Regierungspräsidium) gewährt hier einen den Grundrechtserfordernissen Rechnung tragenden Handlungsrahmen.** Dabei muss beachtet werden, dass eine psychiatrisch fachärztliche Begutachtung naturgemäß nicht die **Freiverantwortlichkeit** einer Suizidentscheidung feststellen kann, sondern ausschließlich das Nichtvorliegen gegenteiliger Anhaltspunkte für erkennbare Psychopathologie oder von freiheitseinschränkender Zwangslagen.
13. **Durch geeignete Öffnungsklauseln für schwerstkranken Patienten** z.B. in spezialisierter Palliativversorgung oder akuter Intensivbehandlung können und müssen unzulässige, weil unzumutbare Zugangshindernisse vermieden werden.
14. Die **Evidenzlage zu Suizidassistenz** einschließlich Motivlagen, Verfahren, Auswirkungen etc. und zur allgemeinen wie spezifischen Suizidprävention auch **außerhalb psychiatrischer Erkrankungen** inklusive der dazu erforderlichen Erforschung der zugrundeliegenden auch **nichtmedizinischen Leidenszustände** und deren Entlastung ist derzeit in Deutschland **nicht systematisch beforscht.** Es bedarf daher einer konzertierten Strukturentwicklung für multidisziplinäre **Forschungsansätze** auch durch geeignete **interprofessionelle Lehrstühle / Institute** sowie einer **nationalen Forschungsstrategie.** Die **aus dem Graubereich in die hoheitliche Gewalt überführte Abgabe von Suizidmitteln** bietet auch dazu eine unverzichtbare, aber auch hervorragend geeignete Grundlage.

Schlussfolgerungen / Zusammenfassung:

Die Umsetzung eines bundesweit flächendeckend wirksamen und umfassend gesetzlich geregelten **Suizidpräventionskonzeptes**, gekoppelt mit einer **hoheitlichen Suizidmittelabgabe für jeden freiverantwortlich suizidwilligen Bürger** scheint zur **grundrechtskonformen Lösung** der aktuellen Gesetzgebungserfordernisse geeignet.

Dazu kann nach den Kriterien **Beschlussfestigkeit und Freiverantwortlichkeit** (durch Regelungen wie z.B., **Wartezeit, Begutachtung**) **nach richterlichem Beschluss die Zugangsberechtigung zur öffentlichen Mittelabgabe festgestellt werden, weitere öffentlich zugängliche Suizidmöglichkeiten sind davon nicht betroffen.**

Geeignete Regelungen müssen vereinfachende **Öffnungsklauseln für definiert schwerstkranke Patienten und deren Helfer** einschließen.

Die Fehlverwendung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in bestimmungsfremder Weise als Gift für die Selbsttötung als regelhafter und legalisierter Lösungsweg und die hierzu erzwungene Einbindung von Ärzten für Suizidhandlungen ist kein geeigneter Regelungsweg der Grundrechtsverwirklichung.

Hintergrund: Dr. med. Ingmar Hornke ist 58 Jahre alt, Arzt für Anästhesiologie und langjährig in Notfallmedizin, Intensivmedizin und Schmerztherapie erfahren. Seit 2007 befasst er sich hauptberuflich mit Palliativmedizin und Hospizversorgung in ärztlicher Tätigkeit und einschlägiger Bildungsarbeit. Seit 2010 leitet er als ärztlicher Gesellschafter-Geschäftsführer die gemeinnützige Arbeit der PalliativTeam Frankfurt gGmbH und seit 2016 das Würdezentrum gUG (hb) in Frankfurt am Main.

Dr. Ingmar Hornke, D.E.A.A.
Arzt für Anästhesiologie – Palliativmedizin
Am Hahnwald 15
65527 Niedernhausen/ Ts.
Mail: ingmar@hornke.de