

OLKR Prof. Dr. Christoph Goos, Evangelisch-lutherische Landeskirche in Braunschweig

Suizidassistenz in diakonischen Einrichtungen – welche rechtlichen Rahmenbedingungen gelten, wo gibt es Regelungsbedarf?

Impulsvortrag am 17. Oktober 2022 im Rahmen des Fachgesprächs „Suizidassistenz unter neuen Rahmenbedingungen. Verantwortung und Praxis in diakonischen Einrichtungen“ an der Evangelischen Akademie zu Berlin

- (1) **„Suizidassistenz in diakonischen Einrichtungen – welche rechtlichen Rahmenbedingungen gelten, wo gibt es Regelungsbedarf?“** Das ist das Thema meines kurzen Impulses, den ich kurzfristig übernehmen durfte. Ich bin Verfassungsrechtler, derzeit im Dienst der Landeskirche Braunschweig, und was ich Ihnen heute vortrage, ist meine persönliche Sicht auf das Thema. Ich möchte Ihnen zu Beginn drei **Hinweise zum Weiterlesen** geben, drei Titel, die dieses Jahr erschienen sind und sich lohnen: Erstens der interdisziplinäre, ökumenische Sammelband „Assis-

tierter Suizid“ der Kollegen Burkhard Kämper und Arno Schilberg von der Uni Bochum, zweitens die Orientierungshilfe „Ich bin ein Gast auf Erden“ der Diakonie Deutschland, und drittens, ganz frisch, die Stellungnahme „Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit“ des Deutschen Ethikrates. Meine eigenen Beiträge zu diesem Thema seit Februar 2020 finden Sie, wenn Sie mögen, auf meiner Hochschulhomepage bei der Hochschule Harz in Halberstadt (<https://www.hs-harz.de/cgoos/>).

- (2) Das **Verfassungsgerichtsurteil vom 26. Februar 2020** ist für diakonische Einrichtungen eine besondere Herausforderung. Wie geht man – nach dieser Entscheidung, die das Recht auf selbstbestimmtes Sterben sehr stark macht – mit Menschen in diakonischen Einrichtungen um, die freiverantwortlich mit Hilfe Dritter durch Medikamentensuizid aus dem Leben scheiden möchten? Manches ist nach dieser Entscheidung ganz klar, manches ist wieder offen, manches muss noch geregelt werden. Der Deutsche Bundestag ist schon dabei, aber vieles muss jetzt schon, vor Inkrafttreten einer gesetzlichen Neuregelung, vor Ort, in den Einrichtungen geregelt und entschieden werden.
- (3) Ein kurzer Blick zurück: **2015** hatte der Gesetzgeber die geschäftsmäßige Suizidhilfe unter Strafe gestellt: „Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei

Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ Ziel dieser Vorschrift, § 217 StGB, war es, die organisierte Sterbehilfe durch Sterbehilfevereine zu verbieten. Sie löste aber auch erhebliche Unsicherheit in der Ärzt:innenschaft aus, da unklar war, ab wann bei der Begleitung von Sterbenden „Geschäftsmäßigkeit“ vorlag.

- (4) Gegen diese Vorschrift gab es zahlreiche **Verfassungsbeschwerden beim Bundesverfassungsgericht**, und das Bundesverfassungsgericht erklärte die Vorschrift für verfassungswidrig und nichtig. § 217 StGB verletze die Grundrechte derer, die Suizidhilfe leisten wollten, vor allem aber das allgemeine Persönlichkeitsrecht der Menschen, die sie in Anspruch nehmen wollten: „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.“

- (5) In dieser verfassungsrechtlichen Grundaussage, in diesem „**Recht auf selbstbestimmtes Sterben**“, liegt das grundlegend Neue der Suizidhilfeentscheidung des Bundesverfassungsgerichts. Schon vor dieser Entscheidung war allgemein anerkannt gewesen, dass jeder und jede das Recht hat, jederzeit lebenserhaltende medizinische Maßnahmen abzulehnen und einem zum Tode führenden Krankheitsgeschehen seinen Lauf zu lassen. Niemand muss sich gegen seinen Willen medizinisch behandeln lassen, das folgt aus dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit, das der Staat zu achten und vor übergriffigen Dritten zu schützen hat. Doch nun heißt es weitergehend, vom Bundesverfassungsgericht ausgesprochen und damit bindend für alle staatlichen Stellen, Gesetzgebung, Gerichte, Behörden: Jeder hat das Recht, sich jederzeit selbst zu töten, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und diese Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.
- (6) Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben, das damit umschrieben ist, ist weitgehend, es ist aber **nicht grenzenlos**: Jeder und jede hat das Recht, sich jederzeit selbst zu töten, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und diese Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. Das „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ ist ein Recht auf den ungehinderten Suizid, unterstützt von hilfsbereiten Dritten. Es hat aber keine „Leistungsdimension“; aus ihm folgt schon im Grundsatz kein Recht darauf, dass mich der Staat oder Dritte beim Suizid unterstützen. Das Recht auf

selbstbestimmtes Sterben umfasst auch nicht das Recht, sich von Dritten töten zu lassen. Inso- weit ist die Verfassungsrechtslage völlig unverändert. Das Verbot der Tötung auf Verlangen, § 216 StGB, ist zur Erfüllung der vom Bundesverfassungsgericht formulierten Schutzpflicht für ein Leben und Sterben in Autonomie weiterhin notwendig und aufrechtzuerhalten.

- (7) Das neue Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist – wie alle Grundrechte – **gesetzlich beschränk- bar**. Der Gesetzgeber darf dieses Recht einschränken, soweit es zum Schutz anderer Rechte und insbesondere zur Erfüllung der vom Bundesverfassungsgericht betonten „Schutzpflicht für ein Leben und Sterben in Autonomie“ notwendig ist. Einschränkende Regelungen – beispielsweise ein Arztvorbehalt, Beratungspflichten, hohe Anforderungen an die Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches, eine Verschreibungspflicht für Medikamente oder ein Zulassungserfordernis für Sterbehilfevereine – dürfen aber nicht dazu führen, dass im Einzelfall ein zumutbarer Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe nicht mehr eröffnet ist.
- (8) Der Gesetzgeber darf weiterhin – wie schon 2015 – davon ausgehen, dass die unregelte Zulas- sung der geschäftsmäßigen Suizidhilfe zu einer **gesellschaftlichen Normalisierung** der Suizid- hilfe führen kann, die freiheitsgefährdend ist, weil sie insbesondere alte und kranke Menschen unter Erwartungsdruck setzen kann. Er sollte diesmal aber auch die Gefahren in den Blick neh-

men, die von der nicht geschäftsmäßigen Suizidhilfe ausgehen, insbesondere im Fall von Angehörigen als Suizidhelfern. Die Regelungen sollten auch Freiräume für alle Träger vorsehen, die der Suizidhilfe in ihren Einrichtungen keinen Raum geben wollen. Denn, so heißt es in der Entscheidung unmissverständlich: „Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.“

- (9) Derzeit liegen drei Gesetzentwürfe aus der Mitte des Deutschen Bundestages, also von Abgeordnetengruppen, vor. Der Entwurf eines „Suizidhilfegesetzes“ von **Katrin Helling-Plahr (FDP)** und anderen möchte die ärztliche Verschreibung geeigneter Medikamente an autonom Suizidwillige frühestens zehn Tage nach einer Pflichtberatung bei einer staatlich anerkannten Beratungsstelle ermöglichen. Der Entwurf eines „Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetzes“ von **Renate Künast (Grüne)** und anderen differenziert zwischen Sterbewilligen in einer gegenwärtigen medizinischen Notlage – hier darf der oder die behandelnde Arzt oder Ärztin das Medikament verschreiben, wenn ein zweiter Arzt oder Ärztin die Freiverantwortlichkeit und Festigkeit des Sterbewunsches bestätigt hat, und allen anderen Sterbewilligen, denen eine staatlich anerkannte Beratungsstelle nach zwei Beratungsterminen im Abstand von mindestens zwei Monaten bescheinigt hat, dass keine Zweifel an der Freiverantwortlichkeit und Festigkeit des Sterbewunsches bestehen. Sie können dann von einer Landesbehörde eine Bescheinigung zum Erhalt eines

Medikaments bekommen, die ein Jahr gültig ist. Geschäftsmäßige Hilfeanbieter, die keine Ärztinnen oder Ärzte sind, bedürfen der Zulassung durch eine Landesbehörde. Der „Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung“ von **Lars Castellucci (SPD)** und anderen will die geschäftsmäßige Suizidhilfe erneut unter Strafe stellen und erlaubt sie nur, wenn die suizidwillige Person volljährig ist, ein nicht an der Selbsttötung beteiligter Facharzt oder Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie nach in der Regel mindestens zwei Terminen mit einem Mindestabstand von drei Monaten Freiwilligkeit, Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Sterbeverlangens bestätigt hat und mindestens ein individuell angepasstes, umfassendes und ergebnisoffenes Beratungsgespräch mit einem multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz bei einer weiteren Ärztin, einem Psychotherapeuten, einer psychosozialen Beratungsstelle, einer Suchtberatung oder Schuldenberatung stattgefunden hat. Auch dieser restriktivste Entwurf, der die meisten Unterstützer:innen hat, sieht eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vor, die dann die ärztliche Verschreibung eines geeigneten Medikaments ermöglicht.

- (10) **„Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.“** Das ist der sechste Leitsatz zu Beginn der Entscheidung, und ganz am Ende der Entscheidung wird noch einmal bekräftigt,

„dass es eine Verpflichtung zur Suizidhilfe nicht geben darf“. Diakonische Träger sind Grundrechtsträger, die ihr Selbstverständnis in ihren Einrichtungen zur Geltung bringen dürfen. Sie sind nicht dazu verpflichtet und können auch nicht dazu verpflichtet werden, die Suizidassistenz in ihr Regelangebot aufzunehmen oder sie im Einzelfall zu leisten. Ob die grundrechtliche Freiheit diakonischer Träger so weit geht, dass sie auch Dritten, also beispielsweise nicht bei ihnen beschäftigte Ärzt:innen oder Sterbehilfevereinen, die Leistung von Suizidhilfe in ihren Einrichtungen verwehren können, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab und wird gerichtlich geklärt werden müssen.

- (11) Bei Einrichtungen mit kurzer Verweildauer wie Krankenhäusern und Hospizen dürfte es den Bewohner:innen typischerweise zumutbar sein, anderenorts Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen. Wo Heimverträge neu abgeschlossen werden, kann geregelt werden, welche Ausweichangebote Bewohner:innen im Bedarfsfall in Anspruch nehmen können. Wo Heimverträge schon länger bestehen und ein Umzug nicht mehr zumutbar ist, wird es vom Einzelfall abhängen, ob eine Kündigung des Heimvertrages von den staatlichen Gerichten als wirksam beurteilt wird oder nicht. Ob generelle **Zutrittsverbote für Sterbehilfevereine** auch für Beratungsgespräche und Ähnliches vor staatlichen Gerichten Bestand haben werden, wird man sehen müssen; auch

hier kommt es auf den Einzelfall an. Mitarbeitenden kann die Suizidassistenz untersagt werden; eindeutig nicht möglich ist es, sie zur Suizidhilfe zu verpflichten.

- (12) Wo im Einzelfall Suizidhilfe geleistet oder zugelassen wird, muss darauf geachtet werden, dass der oder die Suizidwillige **freiverantwortlich** handelt, was in der Regel die Einbeziehung psychiatrischer oder psychologischer Fachkunde erfordern wird, und dass die **Ausführung** keinesfalls von Mitarbeitenden vorgenommen wird. Sonst drohen Strafbarkeitsrisiken (Tötung auf Verlangen, unterlassene Hilfeleistung). Zur Vermeidung von Haftungsrisiken ist eine umfassende Dokumentation der Freiverantwortlichkeit erforderlich. In der eingangs erwähnten Orientierungshilfe der Diakonie Deutschland finden sich im sechsten Kapitel weiterführende Erwägungen dazu.
- (13) Zur Erfüllung der **Schutzpflicht für ein Leben und Sterben in Autonomie** – so formuliert es das Bundesverfassungsgericht am Ende seiner Entscheidung in dankenswerter Deutlichkeit – muss der Staat auch den Gefahren für die Autonomie und das Leben entgegentreten, die in den gegenwärtigen und absehbaren realen Lebensverhältnissen begründet liegen und eine Entscheidung des Einzelnen für die Selbsttötung und gegen das Leben beeinflussen können. Er muss Defizite der medizinischen Versorgung und der sozialpolitischen Infrastruktur und negative Erscheinungsformen medizinischer Überversorgung beseitigen, die geeignet sind, Ängste vor dem

Verlust der Selbstbestimmung zu schüren und Selbsttötungsentschlüsse zu fördern. Suizidprävention ist weiterhin möglich und geboten, auch in diakonischen Einrichtungen und auch nach der Anerkennung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben.

- (14) „Eine angemessene medizinisch-pflegerische Begleitung“, darauf weist auch der **Deutsche Ethikrat** in seiner aktuellen Stellungnahme hin, „kann vielfach eine Linderung von Symptomen und damit verbundener seelischer Belastung bewirken; ebenso eine frühzeitige Diagnostik und Intervention, die stets im Dienste der Betroffenen stehen sollte. Derartige suizidpräventive Strategien setzen allerdings psychiatrisch-psychotherapeutische und psychologische Versorgungsstrukturen voraus, die nicht im ganzen Lande gegeben sind. [...] Sollte sich trotz aller suizidpräventiven Bemühungen der Suizidwunsch einer Person zu einem festen Willen verdichten, können Einrichtungen und Institutionen im Rahmen einer würdevollen Suizidassistenz die Option für ein in dieser Weise ‚abschiedliches Leben‘ gewährleisten – je nach dem eigenen Selbstverständnis innerhalb der Einrichtung selbst, an einem anderen Ort oder durch eine andere, zur Assistenz bereite Person. Sollte eine Suizidassistenz innerhalb der eigenen Einrichtung ermöglicht werden, dann muss ein besonderes Augenmerk auch den Mitarbeitenden gelten.“