

Dr. Michael de Ridder

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Berlin, im Februar 2019

Ausschussdrucksache
19(14)0062(8)
gel. ESV zur öAnh am 20.2.2019 -
Rechtssicherheit Schwerkranken
18.2.2019

Ärztliche Beihilfe zum Suizid

Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung „Rechtssicherheit für Schwerkranke“ des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 20.2.2019

Zusammenfassung

Die ärztliche Beihilfe zum Suizid ist zwar nicht grundsätzlich verboten, die Bedingungen jedoch, unter denen sie stattfinden darf sind ethisch wie juristisch strittig. Aktuell (bereits seit mehr als zwei Jahren) sind in dieser Frage mehrere Verfassungsbeschwerden beim Bundesverfassungsgericht anhängig.

„Beihilfe“ ist ein juristischer Terminus. Beihilfe zu einer Tat kann nur bestraft werden, wenn die Tat selbst strafbar ist. Nach geltendem deutschem Recht ist die Selbsttötung nicht strafbar. Daher ist die Hilfe bei der Selbsttötung ebenfalls grundsätzlich nicht strafbewehrt. Dennoch ist sie mit zahlreichen sozialen, juristischen, ethischen und (für Ärzte) berufsrechtlichen Problemen behaftet und wird es auch bleiben, da die Entscheidung zum Suizid den Kern der ureigenen Persönlichkeitsrechte berührt, die unsere Verfassung aus guten Gründen nicht antastet. Die Suizidbeihilfe berührt nach Auffassung vieler Ärzte auch ihre Berufs- und Gewissensfreiheit.

Die im Folgenden verhandelte ärztliche Beihilfe zum Suizid bezieht sich ausschließlich auf Menschen mit aussichtslosen Erkrankungen oder schwerster Versehrtheit; es versteht sich von selbst, dass psychisch Kranke und Menschen in Krisensituationen mit Suizidabsichten intensivster Zuwendung und Behandlung bedürfen; es versteht sich ebenso von selbst, dass ein Arzt niemals zu einer Suizidbeihilfe genötigt werden kann und darf.

Gemäß einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom März 2017 soll das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Anträge Schwerstkranker auf todbringende Mittel prüfen, weil das Allgemeine Persönlichkeitsrecht auch das Recht eines unheilbar Kranken umfasse zu entscheiden, wie und

zu welchem Zeitpunkt er sein Leben beenden möchte, vorausgesetzt, er kann seinen Willen frei bilden. Daraus kann sich ergeben, dass der Staat den Zugang zu einem todbringenden Betäubungsmittel im Extremfall nicht verwehren darf. Das Bundesgesundheitsministerium indes hat erklärt, dass es der Umsetzung des Urteils des Bundesverwaltungsgericht nicht folgen wird und erließ einen sog. Nichtanwendungserlass, der eine eklatante Verletzung der Rechtslage darstellt.

Der Autor vertritt die Auffassung, dass einem an einer aussichtslosen Erkrankung oder schwerster Versehrtheit leidenden Patienten, der frei verantwortlich zu entscheiden in der Lage ist, der Zuwendung sowie ärztliche und pflegerische Versorgung erfährt, der über alle palliativmedizinischen Versorgungsoptionen informiert und aufgeklärt ist und dennoch weiter leidet, die Erfüllung seines Wunsches nach ärztlicher Suizidbeihilfe mittels eines tödlich wirkenden Medikaments nicht verwehrt werden darf (sollte).

Suizid – eine Option in aussichtsloser Krankheit

Schwerste, zumal aussichtslose Krankheit kann die Leidensfähigkeit und Leidensbereitschaft eines Menschen aufs Äußerste strapazieren, ja, ihn letztlich zermürben und überfordern. Krankheit und Leiden haben ihn in eine unerträgliche und hoffnungslose Lage manövriert, die nach einem Ende verlangt, das als ein natürliches abzuwarten ihm nicht mehr zumutbar erscheint. Selbst beste soziale Aufgehobenheit und die Angebote und Möglichkeiten umfassender palliativmedizinischer Versorgung sind dann nicht in der Lage, den Entschluss eines Schwerstkranken, das Ende seines Leidens selbst herbeizuführen, zu revidieren.

Die Ausweglosigkeit des Leidens in aussichtsloser Krankheit oder schwerster Versehrtheit erfährt in manchen Fällen noch eine Verschärfung dadurch, dass die Medizin in den letzten Jahrzehnten neben all ihren Errungenschaften tragischerweise auch beängstigende und grausame Existenzweisen hervorgebracht hat, in die Menschen ohne sie nie geraten wären, weil sie zuvor eines natürlichen Todes gestorben wären. Hierzu gehört manche Behandlung von Patienten, die auf eine mehr oder weniger dauerhafte intensivmedizinische Behandlung angewiesen sind: Patienten, die dauerhaft beatmet werden müssen oder solche mit schwersten neurologischen Beeinträchtigungen wie amyotropher Lateralsklerose (ALS) oder Locked-in-Syndrom („Eingeschlossen-sein“), die weder sprechen können noch bei erhaltenem Bewusstsein auch nur einen Muskel zu bewegen in der Lage sind.

Kaum jemand hat die existentielle Not aussichtslos kranker und aus diesem Grund zum Suizid entschlossener Menschen eindrucksvoller zum Ausdruck gebracht als der Psychiater und Philosoph Karl Jaspers:

„Wo unheilbare körperliche Erkrankung, Mangel aller Mittel und völlige Isolierung zusammenkommen, kann in höchster Klarheit ohne Nihilismus das eigene Dasein nicht überhaupt, sondern das, was jetzt noch bleiben könnte, negiert werden. Es ist eine Grenze, wo Fortleben keine Pflicht mehr sein kann: Wenn der Prozess des Selbstwerdens nicht mehr möglich ist, physisches Leid und Anforderungen der Welt so vernichtend werden, dass ich nicht mehr bleiben kann, der ich bin; wenn zwar nicht die Tapferkeit aufhört, aber mit der Kraft die physische Möglichkeit schwindet; und wenn niemand in der Welt ist, der liebend mein Dasein festhält..... kann dem tiefsten Leid ein Ende gemacht werden, obgleich und weil die Bereitschaft zum Leben und zur Kommunikation die vollkommenste ist.“ (Jaspers, K.: Philosophie Bd. II, 1932, S. 308 f.)

Ärztliche Suizidbeihilfe und Palliativmedizin – kein Widerspruch!

Und doch: Kein Zweifel kann daran bestehen, dass das Zusammenwirken von Zuversicht in die eigene Existenz, nicht selten auch in transzendente Hoffnung, verbunden mit einem Höchstmaß an menschlicher Zuwendung sowie optimaler medizinisch-pflegerischer Behandlung und Betreuung Patienten in aussichtsloser Krankheit diese nicht nur ertragen lässt, sondern sie auch befähigt, eine – wenn auch stark eingeschränkte – Lebensqualität, ja sogar, allerdings selten, Lebensfreude erfahren zu lassen.

Das klassische Angebot, auf das die übergroße Mehrheit aller Patienten in aussichtsloser Krankheit vertraut und das sie für sich wünscht, ist das der Palliativmedizin: Auf der Grundlage bester medizinischer und pflegerischer Versorgung erfährt der Patient umfassende Linderung seiner Symptome und Beschwerden. Sein subjektives Wohl und seine Lebensqualität stehen im Vordergrund, unabhängig von der noch zu erwartenden Lebenszeit. Im Idealfall findet diese auf der Palliativstation eines Krankenhauses begonnene Behandlung und Betreuung ihre Fortsetzung in hospizlicher Versorgung (ambulant oder stationär). Ihr zentraler Auftrag besteht darin, über die Linderung der körperlichen und psychischen Symptome hinaus den Patienten mit Achtsamkeit, Zuwendung und Herzenswärme auf seinem letzten Weg zu begleiten. Nicht unwesentlich ist, dass palliativmedizinische wie hospizliche Versorgung Angehörige und Freunde mit einschließt.

Dennoch: Palliativmedizinische beziehungsweise hospizliche Versorgung und ärztliche Beihilfe zum Suizid schließen einander grundsätzlich nicht aus. Beide

Weisen ärztlicher und pflegerischer Hilfeleistung am Lebensende verhalten sich nicht antagonistisch, sondern (letztlich) komplementär zueinander: Ärztliche Suizidbeihilfe kann zu einer äußersten Maßnahme palliativer Medizin werden. Unter Umständen ist sie nicht nur gerechtfertigt, sondern sogar geboten.

Suizid und Suizidbeihilfe – die Verfassung schweigt aus triftigen Gründen

Selten nur wünschen aussichtslos kranke Patienten, über die Umstände ihres Sterbens und den Zeitpunkt ihres Todes selbst zu bestimmen. Sei es, dass sie Abhängigkeit und Kontrollverlust, die das Sterben oftmals begleiten, für sich als unerträglich erachten, sei es, dass sie sich bewusst und wachen Verstandes von ihren Nächsten und der Welt verabschieden wollen, sei es, dass sie die mit ihrer Krankheit verbunden Lasten und Leiden nicht bis zum Ende durchleben wollen. Suizidwünsche in diesem Sinne können respektabel, nachvollziehbar und plausibel sein und manche final kranken Patienten treten mit dem Wunsch an ihren/einen Arzt heran, ihnen die nötige Beihilfe zu gewähren, um den Tod würdig, sicher und komplikationslos, regelhaft mit einem Medikament, herbeizuführen.

Betont sei, dass in diesem Zusammenhang ausschließlich von Patienten die Rede ist, die von einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden – nahezu immer – körperlichen Erkrankung betroffen sind. Menschen mit Suizidgedanken, die unter primären psychiatrischen Krankheitsbildern (zum Beispiel Psychosen oder Depressionen) leiden oder von akuten Lebenskrisen (zum Beispiel Partnerverlust, Arbeitsplatzkündigung und Ähnliches) überwältigt werden, sind hier nicht angesprochen. Sie bedürfen vielmehr akuter und fachgerechter psychischer oder psychiatrischer Hilfen, um vor dem Suizid bewahrt zu werden! (Damit soll allerdings nicht gesagt sein, dass psychiatrisch kranke Patienten grundsätzlich keine frei verantwortliche Suizidentscheidung treffen können). Dass ein Mensch die Entscheidung, sich selbst zu töten, treffen darf, mag in philosophischer und religiöser Hinsicht verwerflich sein, in rechtlicher Hinsicht ist sie es keineswegs. Denn unser Grundgesetz rückt die Selbstbestimmung in den Kernbereich der Menschenwürde, die von unserer Verfassung zwar garantiert, aus gutem Grund jedoch von ihr nicht definiert wird. Denn nur der einzelne Mensch als Grundrechtsträger ist befugt, darüber zu befinden, was seine Würde ausmacht einschließlich der Verfügung darüber, wie weit sein Leben und seine körperliche Unversehrtheit zu schützen sind (H.Dreier, FAZ vom 30.8.2008). Noch einmal sei hier das Bundesverfassungsgericht zitiert: „Die Freiheit des Einzelnen besteht in der Selbstbestimmung eben dieses Einzelnen über den eigenen Lebensentwurf und seinen Vollzug, der das Lebensende mit einschließt.“ (BVerfGE 63, 343 (357)).

Ein Mensch, der sein Leben frei verantwortlich verlassen will, ist prinzipiell niemandem gegenüber rechenschaftspflichtig, weder was seine Motive noch den Zeitpunkt seines Suizids angeht. Das Grundgesetz erwähnt Suizid und Suizidbeihilfe an keiner Stelle; seine Verfasser haben gut daran getan, zu einer Problematik zu schweigen, die zum innersten Kern der Persönlichkeitsrechte gehört.

Ärztliche Suizidbeihilfe – Strafrecht und Berufsrecht im Widerspruch

Aus der Tatsache, dass die Selbsttötung in Deutschland straflos ist, folgt konsequenterweise, dass auch die Beihilfe zur Selbsttötung grundsätzlich nicht strafbewehrt ist: Angehörige und Freunde eines Suizidenten oder ein nahestehender Arzt dürfen ihn bei der Realisierung seines Suizidwunsches unterstützen. Unverzichtbar ist indes, dass der Suizidwillige den eigentlichen Akt der Selbsttötung selbst vollzieht, dass er also selbst die Tatherrschaft über sein Handeln ausübt und nicht etwa eine andere Person. In einem solchen Fall, etwa dann, wenn der Suizidwillige das Glas mit einem tödlich wirkenden Mittel nicht selbst ergreift und austrinkt, sondern ein Arzt es ihm einflößt, handelte es sich nicht mehr um einen Suizid, sondern um Tötung auf Verlangen, die nach § 216 verboten ist und bestraft wird. Andere Hürden jedoch, die hier nur angedeutet werden sollen, erschweren die ärztliche Suizidbeihilfe nicht unerheblich:

- Die Musterberufsordnung (MBO) der Bundesärztekammer verbietet die ärztliche Suizidbeihilfe. Sie hat jedoch keinen bindenden, sondern lediglich empfehlenden Charakter für die 17 Landesärztekammern in Deutschland, die bezüglich der Suizidbeihilfe unterschiedliche Vorschriften erlassen haben, ein schwer erträglicher Zustand: Zehn Landesärztekammern verbieten ihren Ärzten die Suizidbeihilfe, die übrigen haben keine oder aber liberale Regelungen erlassen. (Zu Ersteren gehören: Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Sachsen, Saarland, Thüringen. Zu Letzteren: Berlin, Westfalen-Lippe, Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein).
- Die ärztliche Verschreibungsverordnung, (insbesondere die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung) bindet die Verordnung eines Arzneimittels an bestimmte Indikationen, zu denen die Selbsttötung eines Patienten in keinem Fall gehört.
- Die sogenannte Garantenstellung, die grundsätzlich jede bei einem Suizid anwesende Person trifft, insbesondere aber den Arzt, besagt, dass dann, wenn

der Suizident infolge der Einnahme des Suizidmittels bewusstlos wird (das heißt seine Einwilligungsfähigkeit eingebüßt hat), die Tatherrschaft auf den Arzt übergeht, der dann lebensrettende Maßnahmen einzuleiten hat (!). Nach jüngerer Rechtsauffassung allerdings trifft den Arzt die Garantenpflicht dann nicht, wenn es sich um einen frei verantwortlichen Suizid handelt und der Suizident ihn von seiner Garantenpflicht zuvor schriftlich entbunden hat. Vielmehr ist der Arzt nunmehr Garant für die Umsetzung des Patientenwillens, was gleichbedeutend damit ist, dass dessen Umsetzung vor dem eventuellen Lebensschutz des Patienten rangiert!

Der neue § 217 StGB

Eine weiteres, erhebliches Erschwernis der ärztlichen Suizidbeihilfe datiert vom 4. November 2015. An diesem Tag beschloss der Bundestag mit dem neuen § 217 des Strafgesetzbuches die bisher bestehende liberale Rechtslage zur Hilfe bei der Selbsttötung erheblich einzuschränken. Ursprüngliches Ziel des Gesetzes war es, den Zugang zu gewinnorientiert arbeitenden Sterbehilfe-vereinen oder Ärzten, die Sterbehilfe als „Geschäftsmodell“ anbieten, einzu-schränken. Seine Auswirkungen gehen jedoch weit darüber hinaus. Der neue §217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung lautet:

(1) 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.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahe steht.

Damit ist die Beihilfe zur Selbsttötung zwar nicht generell unter Strafe gestellt worden (wie es in der Mehrzahl der europäischen Länder der Fall ist), doch verschärft sich deutlich der bereits bestehende standesrechtliche Druck auf die Ärzteschaft, von Suizidbeihilfe Abstand zu nehmen. Zudem will das Gesetz einer Entwicklung entgegenwirken, die zu einer Ausweitung bisher strafloser individuell geleisteter Beihilfe zum Suizid als Ausdruck persönlicher Autonomie führt.

Abgesehen davon, dass das neue Gesetz mehrere Ungereimtheiten aufweist (siehe unten) ist es im hiesigen Strafrechtssystem ein Fremdkörper, da eine Beihilfehandlung unter Strafe gestellt wird, während die Haupttat selbst (die Selbsttötung) nach wie vor straffrei bleibt. Der Text des Gesetzes enthält darüber

hinaus zu viele Unbestimmtheiten, um dem Bestimmtheitsgebot der Verfassung zu genügen, was schon der wissenschaftliche Beirat des Bundesrates im Vorfeld der Verabschiedung des Gesetzes kritisierte. Beispielweise bleibt der Begriff der „Geschäftsmäßigkeit“ unscharf: Er meint keineswegs allein gewerbsmäßiges Handeln; in seinem Zentrum steht vielmehr ein auf Wiederholung angelegtes Handeln, unabhängig davon, ob es mit einer Gewinnerzielungsabsicht einhergeht oder nicht. Wann dies jedoch für einen Arzt zutrifft – nach einmaliger, zweimaliger oder x-facher Suizidbeihilfe –, bleibt offen. Und nicht zuletzt stellt sich die kaum von der Hand zu weisende Frage, ob man die ärztliche Gewissensentscheidung überhaupt davon abhängig machen kann und darf, wie oft eine solche zu treffen ist: Das ärztliche Gewissen ist schließlich keine Eintagsfliege.

Inwieweit das Rechtsmittel der „Rechtfertigenden Einwilligung“ das neue Gesetz faktisch zur Bedeutungslosigkeit verurteilt, wird die Zukunft zeigen. „Rechtfertigende Einwilligung“ heißt, vereinfacht ausgedrückt, dass sämtliche von § 217 unter Strafe gestellten Handlungen dann straffrei bleiben, wenn diese mit Einwilligung des Suizidwilligen erfolgen (was allerdings ohnehin die grundlegende Voraussetzung einer Suizidbeihilfe ist). Mit Sicherheit wird das Verfassungsgericht im neuen § 217 möglicherweise enthaltene gesetzgeberische Unschärfen und Fehlleistungen aufzudecken haben und gegebenenfalls korrigieren.

Der hier dargestellten rechtlichen Seite des Suizids und der ärztlichen Suizidbeihilfe ist die ethisch-moralische Dimension unbedingt an die Seite zu stellen. Weil das Leben ein kostbares Gut ist, das, einmal aufgegeben, unwiederbringlich verloren ist, ist es für einen Arzt, der um Suizidbeihilfe gebeten wird, eine ethische Verpflichtung, im Vorfeld der Entscheidung eines sich mit Suizidwünschen tragenden schwerstkranken Patienten seine Lage gemeinsam mit ihm ausführlichst zu erörtern und seinen Suizidwunsch zu befragen. Insbesondere muss er prüfen, ob sein Patient die Tragweite seines Entschlusses überblickt und eine wirklich frei verantwortliche Entscheidung trifft, unberührt von äußerem Druck und Zwängen jeglicher Art. Der Arzt muss ihm sodann alle (palliativmedizinischen) Optionen darlegen, die ihm ein aus seiner Sicht zumutbares Weiterleben ermöglichen. Letztlich muss der Arzt eine eigene Gewissensentscheidung treffen: Er sollte zu der Überzeugung gelangen, dass seine Hilfe zum Sterben zumindest gerechtfertigt, wenn nicht sogar geboten ist. Erst dann, und nur dann, sollte ein verantwortlich und gewissenhaft handelnder Arzt die Möglichkeit der Suizidassistenz mit seinem Patienten ernsthaft erwägen und sie gegebenenfalls umsetzen.

Empfehlungen für und Fragen an schwerstkranke Menschen, die erwägen, ihr Lebensende durch ärztliche Suizidbeihilfe selbst herbeizuführen:

- Sind Sie wirklich und ernstlich mit sich selbst über Ihr Lebensende im Gespräch? Umfassen ihre eigenen, höchstpersönlichen Überlegungen ernsthaft und wohlwogen auch die Möglichkeit und den Wunsch, ihr Leben (mit ärztlicher Hilfe) selbst zu beenden? Resultiert ihr Sterbewunsch tatsächlich aus einer Leidenssituation, die allein durch ihren Suizid und nicht auf anderem Weg (zum Beispiel mehr Kommunikation, nachhaltige Symptomlinderung und andere) aufgehoben werden kann?
- Kommunizieren Sie offen mit denjenigen Menschen, die Ihnen nahestehen, über Ihr Vorhaben? Es wird Sie vermutlich erleichtern, vertraute Menschen in ihre Erwägungen mit einzubeziehen; es wird Sie gefasster und sicherer machen, wenn andere Ihre Entscheidung infrage stellen, gegebenenfalls aber auch mitzutragen bereit sind.
- Erwägen Sie die Option des Sterbefastens, eine „passive“ Form des Suizids? Keineswegs ist dieser Weg, das Leben zu verlassen, mit Verhungern und Verdursten gleichzusetzen! Ganz im Gegenteil: Die sukzessive Beendigung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme geht zumeist in ein Dahindämmern über, das friedlich in den Sterbeprozess mündet. Etwaige nur vorübergehend auftretende Unruhezustände oder andere unerwünschte Vorkommnisse kann palliative ärztliche Intervention immer beherrschen.
- Fassen Sie tatsächlich Ihren „aktiven“ Suizid ins Auge – mit ärztlicher Hilfe, die die Bereitstellung eines in kurzer Zeit wirkenden tödlichen Mittels bedeutet –, wenden Sie sich vertrauensvoll an Ihren Arzt oder an eine Organisation, die zu diesen Fragen berät und Hilfestellung gibt, wie zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) oder den Humanistischen Verband Deutschlands (HVD).
- In jedem Falle sollten Sie vor Ihrem Suizid ein Schriftstück verfassen, aus dem hervorgeht, dass Sie ihre Entscheidung, Ihrem Leben durch Suizid ein Ende zu setzen, wohl überlegt, frei verantwortlich und ohne äußeren Druck getroffen haben. Zudem sollten Sie alle Personen, die möglicherweise während Ihres Suizids zugegen sind, aus ihrer Garantenstellung schriftlich entlassen, das heißt, allen Anwesenden untersagen, im Falle eingetretener Bewusstlosigkeit ärztliche oder anderweitige Hilfe herbeizurufen.

Gibt es für unheilbar Kranke ein Recht auf den Erwerb tödlicher Pharmaka?

In einem aufsehenerregenden Urteil hat das Bundesverwaltungsgericht am 2. März 2017 entschieden: „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 GG) umfasst auch das Recht eines schwer und unheilbar kranken Patienten, zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt sein Leben beendet werden soll, vorausgesetzt, er kann seinen Willen frei bilden und entsprechend handeln. Daraus kann sich im extremen Einzelfall ergeben, dass der Staat den Zugang zu einem Betäubungsmittel nicht verwehren darf, das dem Patienten eine würdige und schmerzlose Selbsttötung ermöglicht.“

Diesem Urteil vorausgegangen war der - hier in Kurzform wiedergegebene - Fall einer seit 2002 vom Hals abwärts gelähmten und künstlich beatmeten Frau, die ihre als unerträglich und entwürdigend empfundene Leidenssituation durch einen Suizid beenden wollte. Sie hatte stellvertretend durch ihren Ehemann 2004 beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Erlaubnis zum Erwerb einer tödlichen Dosis eines Betäubungsmittels beantragt. Das BfArM lehnte den Antrag mit der Begründung ab, dass eine Erlaubnis mit dem Ziel der Selbsttötung nicht vom Zweck des Betäubungsmittels gedeckt sei. Es folgten weitere Gerichtsverfahren; schließlich urteilte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte, dass der Kläger nach Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention einen Anspruch darauf habe, dass die nationalen Gerichte die Begründetheit der Klage prüften. Letztendlich entschied das Bundesverwaltungsgericht, dass es nach den Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes zwar grundsätzlich nicht möglich ist, den Erwerb von Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung zu erlauben, das BfArM aber hätte (gutachterlich) prüfen müssen, ob im Falle der betroffenen Patientin eine extreme Ausnahmesituation vorlag oder nicht. Diese Prüfung hatte das BfArM unterlassen.

Herrmann Gröhe, vormaliger Gesundheitsminister, holte sich in dieser komplexen Frage Rat beim ehemaligen Verfassungsrichter Udo Di Fabio. Er erstellte ein Gutachten, das summarisch zu dem Schluss kam, die Richter des Bundesverwaltungsgerichts hätten in „verfassungsrechtlich unzulässiger Weise in den Kompetenzbereich des Gesetzgebers“ eingegriffen. Stehen gutachterliche Aussagen tatsächlich über höchstrichterlichen Urteilen? Offensichtlich ja: Im Juli 2018 wies der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Lutz Stroppe, das BfArM an, derartige Anträge von Patienten abschlägig zu bescheiden. Es könne nicht Aufgabe des Staates sein, „Selbsttötungshandlungen durch die behördliche, verwaltungsmäßige Erteilung von Erlaubnissen zum Erwerb des konkreten Suizidmittels aktiv zu unterstützen.“

Wie aber soll ein aussichtslos leidender Mensch sein Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen, wenn der Staat einerseits zwar seine Suizidentscheidung respektiert, andererseits ihm aber einen würdevollen Weg verweigert, nach eigenen Vorstellungen und ohne Schmerz das Leben zu verlassen? Namhafte Medizinrechtsanwälte*Innen wie Katrin Hellinger-Plahr (FDP-Bundestagsabgeordnete) und RA Wolfgang Putz (München) betonen zwar, dass von der Exekutive nicht verlangt werden könne, sich am Suizid eines Menschen aktiv zu beteiligen; andererseits aber dürfe der Staat den Wunsch eines Schwerstkranken nach Beendigung seines Leidens auch nicht behindern oder erschweren.

Neben diesem Dilemma bleiben weitere Fragen: Nach welchen Kriterien sollen das BfArM oder von ihm beauftragte Gutachter entscheiden, wann eine Extremsituation vorliegt und wann nicht? Was sind dem Patienten zumutbare Alternativen zur Selbsttötung? Wie verträgt sich der Anspruch auf ein tödlich wirkendes Mittel mit dem neuen Verbot einer geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung? Hierzu wird - hoffentlich bald - das Bundesverfassungsgericht Stellung nehmen.