



Sachstand

Zum Umgang von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie mit ärztlich assistierten Suiziden

Zum Umgang von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie mit ärztlich assistierten Suiziden

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 071/22
Abschluss der Arbeit: 20.10.2022
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkung	4
2.	Einstellung von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie zu ärztlich assistierten Suiziden	7
2.1.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	8
2.2.	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)	9
2.3.	Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)	10
2.4.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	10
2.5.	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)	11
2.6.	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)	12
2.7.	Organisationen und Fachgesellschaften der Suizidprävention sowie der Hospizarbeit und der Palliativversorgung	13
2.8.	Henning Saß, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum der RWTH Aachen, und Clemens Cording, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum	14
2.9.	Stiftung Deutsche Depressionshilfe	14
3.	Studien zur Rolle der Ärztinnen und Ärzte bei einer Suizidassistenz	15
3.1.	Studie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	15
3.2.	Studie zur Praxis der Sterbehilfe durch Ärzte und Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern	16
4.	Wartezeiten für Suizidwillige auf psychotherapeutische Behandlungen	18

1. Vorbemerkung

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in seiner Grundsatzentscheidung zur Sterbehilfe vom 26. Februar 2020 festgestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz (GG)¹ als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst, welches die Freiheit einschließt, sich das Leben zu nehmen und hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und, wenn sie angeboten wird, anzunehmen.²

Dem BVerfG zufolge verstößt das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gemäß § 217 Abs. 1 Strafgesetzbuch (StGB)³ gegen das Grundgesetz und ist nichtig, da es die Möglichkeiten eines assistierten Suizids faktisch weitgehend entleere.⁴ Nach Auffassung der Richter müsse der Gesetzgeber sicherstellen, dass im Einzelfall ein Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe real eröffnet bleibe – gleichzeitig könne aber niemand verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.⁵

Aktive Sterbehilfe ist und bleibt dagegen als eine bewusste und gewollte Tötung auf Verlangen einer Person z. B. durch Verabreichung eines tödlich wirkenden Mittels auch für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland verboten (Strafbarkeit nach § 216 StGB). Abzugrenzen hiervon ist die passive Sterbehilfe, also der Verzicht auf lebenserhaltende und lebensverlängernde Maßnahmen wie Ernährung, Bluttransfusion oder Beatmung oder deren Abbruch, welche im Einklang mit dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen der bzw. des Betroffenen straffrei ist.⁶ Unter ärztlich assistierten Suiziden versteht man allgemein, wenn Ärztinnen bzw. Ärzte bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung einer Patientin bzw. eines Patienten durch Verschaffung eines todbringenden Mittels oder auf andere Weise Unterstützung leisten.⁷

-
- 1 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) vom 23. Mai 1949 in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 968).
 - 2 BVerfG, Urteil vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Leitsätze.
 - 3 Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2022 (BGBl. I S. 1082).
 - 4 Vgl. hierzu BVerfG, Urteil vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Leitsätze sowie BVerfG, Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig, Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26. Februar 2020, abrufbar unter <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>. Dieser und alle weiteren Links wurden zuletzt abgerufen am 20. Oktober 2022.
 - 5 BVerfG, Urteil vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Leitsätze.
 - 6 BVerfG, Urteil vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 Rn. 23.
 - 7 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Ärztlich Assistierter Suizid, Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Januar 2014, abrufbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/140128_%C3%A4rzt-suizid_online.pdf.

Die nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts erforderlich gewordene gesetzgeberische Neuregelung zur assistierten Selbsttötung bewegt sich aufgrund der höchstrichterlichen Vorgaben im Spannungsverhältnis zwischen der Achtung vor dem Selbstbestimmungsrecht desjenigen, der sich in eigener Verantwortung entscheidet, sein Leben selbst zu beenden und dafür Unterstützung zu suchen, und der Pflicht des Staates, die Autonomie Suizidwilliger zu schützen und gleichzeitig das hohe Rechtsgut Leben zu bewahren. Dies gebiete, so die Richter, die Bedeutung des Lebens als ein Höchstwert der Verfassung. Nach dem BVerfG stehe dem Gesetzgeber aber zur Regelung einer organisierten Suizidhilfe „ein breites Spektrum an Möglichkeiten offen“.⁸

Für eine mögliche Neuregelung der Suizidassistenz hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bereits im Jahr 2020 praktische und wissenschaftliche Expertise und Erfahrungen von verschiedenen führenden Fachgesellschaften, Verbänden, Kirchen und Sachverständigen aus den Bereichen Palliativmedizin, Ethik, Suizidprävention und Rechtswissenschaften angefragt.⁹ Mit der Intention der Schutzpflicht des Staates sowie der Aufgabe des Gesetzgebers, die Einzelne und den Einzelnen vor einer Selbsttötung zu schützen, die nicht auf einem selbstbestimmten Entschluss beruht, sowie einer gesellschaftlichen Normalisierung der Hilfe zur Selbsttötung entgegenzuwirken, hat das BMG einen Arbeitsentwurf¹⁰ zur Neufassung der Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der freiverantwortlichen Selbsttötungsentscheidung zur Diskussion veröffentlicht.¹¹ Bereits in der vergangenen Wahlperiode wurde interfraktionell ein Gesetzentwurf eingebracht, der das Recht auf einen selbstbestimmten Tod legislativ absichern und klarstellen sollte, dass die Hilfe zur Selbsttötung straffrei möglich sei.¹²

8 BVerfG, Urteil vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 339.

9 Siehe Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 zu § 217 Strafgesetzbuch (StGB), Stellungnahmen zu einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenz, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/neuregelung-der-suizidassistenz.html>.

10 BMG, Diskussionsentwurf, Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung der Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der freiverantwortlichen Selbsttötungsentscheidung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/Diskussionsentwurf_Suizidhilfe_Gesetz.pdf.

11 Vgl. hierzu auch die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Stephan Thomae u. a. und der Fraktion der FDP, Weiteres Vorgehen und legislative Planungen der Bundesregierung in Sachen Suizidhilfe (BT-Drs. 19/28313).

12 Gesetzentwurf zur „Regelung der Suizidhilfe“ (BT-Drs. 19/28691).

Im Juni 2022 hat der Deutsche Bundestag die Debatte zur Neuregelung der Sterbehilfe wieder aufgenommen und in erster Lesung auf der Grundlage dreier Gesetzentwürfe¹³ über eine Reform beraten. In die Diskussion zur Suizidhilfe fließen dabei insbesondere auch die Erfahrungen anderer Staaten wie der Niederlande¹⁴, Schweiz und Belgien ein,¹⁵ in denen bereits Regelungen zur Suizidhilfe existieren und die gleichzeitig höhere Suizidraten aufweisen als Deutschland.¹⁶

Vor dem Hintergrund der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts werden vor allem das ärztliche Handeln und der Umgang mit suizidwilligen Patienten bei der Diskussion um eine Neuregelung besonders im Fokus stehen.¹⁷ Dies gilt insbesondere für die ärztliche Aufklärung und Beratung, bei der die Frage im Vordergrund steht, ob der Suizidwillige einwilligungsfähig ist, oder ob er, wenn dies nicht der Fall ist, eine wirksame Patientenverfügung erteilt hat.¹⁸ Daneben dürfte sich die Abwägung der Behandlung für Ärztinnen und Ärzte als besonders komplex gestalten, wenn sie mit Suizidwünschen von Minderjährigen konfrontiert sind.¹⁹

In der Debatte zur Neuregelung der Sterbehilfe wird zudem eine gewichtige Rolle spielen, dass es für Ärztinnen und Ärzte eine große Herausforderung darstellt, wenn sie mit Patientinnen und Patienten umgehen, die an einer psychischen Krankheit leiden oder an Demenz erkrankt sind. Ge-

-
- 13 Gesetzentwurf zur „Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung“ (BT-Drs. 20/904); Gesetzentwurf zum „Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze“ (BT-Drs. 20/2293) sowie Entwurf eines Gesetzes zur „Regelung der Suizidhilfe“ (BT-Drs. 20/2332).
 - 14 In den Niederlanden ist die Sterbehilfe auch bei psychisch Kranken erlaubt, sofern die Sorgfaltskriterien der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, RTE) erfüllt werden. Die Jahresberichte, welche Aufschluss über die Anzahl der Meldungen mit Fallbeispielen, der Arbeitsweise der Kontrollkommissionen etc. geben, sind in deutscher Sprache abrufbar unter <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/jaarverslagen>.
 - 15 Weiterführend Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Beratungsangebote im Bereich der Suizidhilfe, Regelungsvorschläge und Rechtslage im Ausland, Sachstand vom 17. November 2020, WD 9 – 3000 – 101/20 sowie Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Organisierte Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid in der Schweiz, den Niederlanden und in Belgien, Dokumentation vom 13. Mai 2020, WD 9 – 3000 – 017/20.
 - 16 Vgl. hierzu den Antrag der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling u. a., Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen (BT-Drs. 20/1121) sowie OECD, Suicide rates, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>.
 - 17 Siehe Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Ärztlich assistierter Suizid, Zur Diskussion über mögliche Regelungen für Ärztinnen und Ärzte, Ausarbeitung vom 19. Juni 2020, WD 9 – 3000 – 011/20.
 - 18 Näher hierzu Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Zu rechtlichen Regelungen, die den Wunsch nach selbstbestimmtem Sterben unterstützen, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, Sachstand vom 4. Mai 2022, WD 9 – 3000 – 032/22.
 - 19 Diese Frage haben der niederländische und der belgische Gesetzgeber aufgegriffen. Vgl. hierzu Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Organisierte Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid in der Schweiz, den Niederlanden und Belgien, Dokumentation vom 13. Mai 2020, WD 9 – 3000 – 017/20.

rade psychische Erkrankungen bilden nach dem BVerfG eine erhebliche Gefahr für eine freie (autonome) Suizidentscheidung.²⁰ In der Urteilsbegründung wird hierzu darauf verwiesen, dass nach Einschätzung sachverständiger Dritter in rund 90 Prozent der tödlichen Suizidhandlungen psychische Störungen vorgelegen hätten, in etwa 40 bis 60 Prozent der Fälle in Form einer Depression.

Diese Arbeit befasst sich auftragsgemäß mit der persönlichen Einstellung von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie zum ärztlich assistierten Suizid sowie zu deren Umgang mit Suizidassistenz. Dazu werden zunächst Veröffentlichungen von Verbänden psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Fachärzte zusammengefasst, die zu den notwendigen gesetzgeberischen Folgen des Bundesverfassungsgerichtsurteils Stellung nehmen. Des Weiteren werden Umfragen vorgestellt, aus denen die Grundeinstellung sowie die persönliche (innere) Haltung von Ärztinnen und Ärzte zum ärztlich assistierten Suizid erkennbar wird. Abschließend wird kurz beleuchtet, wie sich vor dem Hintergrund der aktuellen psychotherapeutischen Versorgungslage die Einbeziehung von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie in die Behandlung Suizidwilliger auswirken könnte.

2. Einstellung von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie zu ärztlich assistierten Suiziden

In Folge der Grundsatzentscheidung des BVerfG hat der Deutsche Ärztetag beschlossen, in § 16 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)²¹ den Satz: „*Sie [die Ärztinnen und Ärzte, Anm. d. Red.] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.*“ zu streichen, um damit zu verdeutlichen, dass die ärztliche Suizidhilfe keine berufsrechtliche Pflichtverletzung mehr darstelle.²²

Mit Blick auf diese Änderung betonte der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Klaus Reinhardt, dass Ärzte dem Leben verpflichtet seien, und hob hervor: „Patienten brauchen absolute Verlässlichkeit, dass es ihrem Arzt darum geht, Leiden zu lindern.“²³ Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) habe herausgestellt, dass nun insbesondere die Suizidprävention gesetzlich verankert und gestärkt

20 BVerfG, Urteil vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 Rn. 245.

21 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –*) in der Fassung des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetages vom 5. Mai 2021 in Berlin, abrufbar unter https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/Bek_BAEK_MBO-AE_Online_final.pdf. Die MBO-Ä wird von der Bundesärztekammer herausgegeben und stellt eine rechtlich unverbindliche Empfehlung an die Landesärztekammern dar, um eine bundeseinheitliche Rechtslage zu den Berufspflichten zu erhalten.

22 Zur kontroversen Diskussion siehe Deutsches Ärzteblatt, Ärztetag streicht berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe, 5. Mai 2021, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123539/Aerztetag-streicht-berufsrechtliches-Verbot-der-aerztlichen-Suizidbeihilfe>.

23 Bundesärztekammer (BÄK), Trotz Änderung der (Muster-)Berufsordnung: Hilfe zur Selbsttötung weiterhin keine ärztliche Aufgabe, 15. Juni 2021, abrufbar unter <https://www.bundesaeztekammer.de/presse/aktuelles/detail/trotz-aenderung-der-muster-berufsordnung-hilfe-zur-selbsttoetung-weiterhin-keine-aerztliche-aufgabe>.

werden müsse, die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin habe unterstrichen, dass die Mitwirkung an einem Suizid die absolute Ausnahme bleiben müsse, da es sich nicht um eine ärztliche Aufgabe handele.²⁴

Nachfolgend wird eine Auswahl an Veröffentlichungen von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Berufsverbänden dargestellt, welche die Frage nach der Grundeinstellung der Ärztinnen und Ärzte zur Sterbehilfe thematisieren.²⁵

2.1. Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Infolge der Entscheidung des BVerfG zugunsten eines Rechts auf selbstbestimmtes Sterben mit der Unterstützung durch Dritte hat die BPtK dieses Thema auf einem Round-Table innerhalb der Profession erörtert.²⁶ Nach BPtK-Präsident Dietrich Munz gebe es zwar eine gängige Auffassung, dass Voraussetzung für eine freie, verantwortliche Entscheidung zum Suizid die psychische Gesundheit der Sterbewilligen sei, allerdings könne jedoch auch psychisch kranken Menschen eine Suizidassistenz nicht verwehrt werden, da auch sie einen freien und autonom gebildeten Sterbewilligen unabhängig von ihrer Symptomatik fassen könnten.²⁷ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stünden daher in der Verantwortung, sich über die Beratung und Begutachtung von Sterbewilligen eine Meinung zu bilden und für sich zu entscheiden, welche Haltung sie zur Suizidassistenz im Einzelfall einnehmen.²⁸

Im Rahmen der Diskussion hätten viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dafür plädiert, sich als Expertinnen und Experten für psychische Erkrankungen in die Beratung und Begutachtung von Sterbewilligen einzubringen, da Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bestens für das Erkennen und Diagnostizieren von psychischen Erkrankungen ausgebildet seien

24 Ebd.

25 Zu sämtlichen Stellungnahmen der Fachgesellschaften, Verbände, Kirchen und Sachverständigen aus den Bereichen Palliativmedizin, Ethik, Suizidprävention und Rechtswissenschaften, die bereits in der 19. Wahlperiode im Austausch mit dem BMG standen, siehe BMG, Stellungnahmen zu einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenz, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/neuregelung-der-suizidassistenz.html>.

26 Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Schutz, BPtK-Round-Table zur Suizidassistenz, 12. Juli 2021, abrufbar unter <https://www.bptk.de/im-spannungsfeld-von-selbstbestimmung-und-schutz/#:~:text=Das%20Bundesverfassungsgericht%20hat%20am%2026.zum%20selbstbestimmten%20Sterben%20erneut%20entfacht.>

27 BPtK, Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Schutz, BPtK-Round-Table zur Suizidassistenz, 12. Juli 2021, abrufbar unter <https://www.bptk.de/im-spannungsfeld-von-selbstbestimmung-und-schutz/#:~:text=Das%20Bundesverfassungsgericht%20hat%20am%2026.zum%20selbstbestimmten%20Sterben%20erneut%20entfacht.>

28 Siehe hierzu auch Graumann, Sigrid, Suizidprävention und Suizidassistenz, Round-Table Suizidassistenz, BPtK 29. Juni 2021, abrufbar unter <https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/07/Graumann-Suizidpraevention-und-Suizidassistenz.pdf> sowie Trachsel, Manuel, Die Freiverantwortlichkeit des assistierten Suizid bei Personen mit psychischen Erkrankungen, Round-Table Suizidassistenz, BPtK 29. Juni 2021, abrufbar unter <https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/07/Referat-Trachsel.pdf>.

und bewerten könnten, ob es Einschränkungen der Freiverantwortlichkeit gebe.²⁹ Betont wurde, dass sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Debatte zur Suizidassistenten für eine starke Suizidprävention einsetzen.³⁰

2.2. Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)

Einer Stellungnahme der DGGPP zum Urteil des BVerfG vom 26. Februar 2020 zur Sterbehilfe ist zu entnehmen, dass sich Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie Sorgen machen, dass sich die ärztliche Rolle verschieben könne hin zu einem Entscheider über Leben und Sterben. Dies lasse sich mit ihrer eigenen ärztlichen Ethik nur schwer vereinbaren und könne möglicherweise auch das Arztbild in der Gesellschaft verändern.³¹

Vor dem Hintergrund der Entwicklung eines „legislativen Schutzkonzeptes“ spricht sich die DGGPP insbesondere für einen Vorrang der Suizidprävention aus und weist darauf hin, dass zu viele Depressionen, speziell älterer Menschen, nicht erkannt und unzureichend behandelt würden und dies nach Expertenkonsens zu einer erhöhten Suizidgefährdung Älterer führten. Daher sollten alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, die geeignet seien, suizidpräventiv zu wirken. Neben der weiteren Erforschung der Frage, wodurch Sterbewünsche entstehen, müsse ein gesetzlich definiertes Verfahren geschaffen werden, in dessen Verlauf die Freiwilligkeit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches festzustellen und zu gewährleisten sei.

Zudem sei ein verpflichtender Beratungsprozess mit einer beratenden Person, die neben den Basisqualifikationen in Beratungstätigkeit über genügend Expertise im Umgang mit Sterbewünschen sowie über ein psychiatrisches Grundwissen verfüge, erforderlich. Zusätzlich solle eine Begutachtung durch zwei unabhängige Gutachter mit entsprechender fachlicher Expertise (davon mindestens einer mit psychiatrisch-psychotherapeutischer sowie mit palliativmedizinischer Fachexpertise) durchgeführt werden und eine bestimmte Mindestfrist zwischen diesem Prozess und der etwaigen Umsetzung der Suizidassistenten liegen.

Neben weiteren Anforderungen an eine gesetzliche Neuregelung weist die DGGPP darauf hin, dass auf der einen Seite kein Arzt dazu gezwungen werden dürfe, Hilfe zum Suizid zu leisten, und auf der anderen Seite kein Arzt strafrechtlich oder berufsrechtlich bedroht werden dürfe, wenn er sich nach reiflicher Prüfung und entsprechend den geltenden Bestimmungen dazu ent-

29 BPTK, Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Schutz, BPTK-Round-Table zur Suizidassistenten, 12. Juli 2021, abrufbar unter <https://www.bptk.de/im-spannungsfeld-von-selbstbestimmung-und-schutz/#:~:text=Das%20Bundesverfassungsgericht%20hat%20am%2026.zum%20selbstbestimmten%20Sterben%20erneut%20entfacht.>

30 Ebd.

31 Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V., Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) zum Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 zur Sterbehilfe, vom 3. Juli 2020, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistenten/Deutsche_Gesellschaft_fuer_Gerontopsychiatrie_und_-_psychotherapie_e.V._bf.pdf.

schlüsse. Dazu bedürfe es einer Neuregelung des Berufsrechtes der Ärzte und Apotheker, ggf. auch des Arzneimittel- und Betäubungsrechts, die ebenfalls innerhalb der Berufsorganisationen von einem Diskussionsprozess begleitet werden müsste.

2.3. Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)

Die DGKJP vertritt den Standpunkt, dass Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren auch aufgrund ihrer entwicklungsbiologischen Prädisposition zu impulshaften Handlungen mit einer guten Therapierbarkeit als besonders schützenswert vor einer Gesetzgebung zur Suizidbeihilfe anzusehen seien.³² Sie empfiehlt daher, gesetzlich zu regeln, dass eine genaue Prüfung einer etwa eingeschränkten Selbstbestimmung sowie die Sicherstellung der Behandlung psychischer Störungen einschließlich einer Behandlung gegen den Willen gemäß Unterbringungsgesetzen der Länder bzw. einer freiheitsentziehenden Unterbringung erfolgen solle. Zudem sollten im Rahmen palliativer Situationen behandelbare psychische Störungen durch eine kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung sicher ausgeschlossen bzw. im positiven Fall einer Behandlung zugeführt werden.

2.4. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Die DGPPN hat aktuell eine Online-Befragung unter ihren Mitgliedern zur Einstellung von in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Personen zum Thema Suizidbeihilfe durchgeführt.³³ Insgesamt lägen Daten von 2.048 Befragten und damit von mehr als einem Fünftel der Mitglieder der DGPPN vor.

Die Studie zeigt, dass der überwiegende Teil der Befragten die Beihilfe bei freiverantwortlichen Suiziden nur unter bestimmten Umständen für legitim halte, z. B. im Angesicht einer terminalen Erkrankung mit hohem Leidensdruck.³⁴ Jeder fünfte Befragte sei allerdings der Auffassung, dass es keinerlei Umstände gebe, die eine Assistenz beim Suizid legitimierten. Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung schließe nach Einschätzung von drei Viertel der Befragten eine selbstbe-

32 Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP), Stellungnahme der DGKJP zum BVerfG Urteil zu § 217 StGB (Urteil des 2. Senats vom 26.2.2020, 2 BvR 2347/15), vom 4. März 2021, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistentz/Deutsche_Gesellschaft_fuer_Kinder_u._jugendpsychiatrie_bf.pdf.

33 Wassiliwizky, Michael/Gerlinger, Gabriel et. al., Der assistierte Suizid, Einstellungen und Erfahrungen der Mitglieder der DGPPN, in: Der Nervenarzt (2022), abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-022-01391-2>.

34 Siehe hierzu Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Umfrage zu Suizidbeihilfe: Psychiater setzen auf Prävention, Pressemitteilung vom 4. Oktober 2022, abrufbar unter <https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2022/UmfrageSuizidassistentz.html>.

stimmte Entscheidung nicht per se aus. Allerdings könne die Freiverantwortlichkeit durch psychotische Symptome, depressive Symptome, kognitive Beeinträchtigungen und Suchterkrankungen deutlich eingeschränkt sein.

Der Präsident der DGPPN Thomas Pollmächer schlussfolgert, dass die Ergebnisse der Umfrage den Wunsch der Befragten nach einer klaren gesetzlichen Regelung der Suizidbeihilfe zeigten, welche u. a. eine Begutachtung der Freiverantwortlichkeit umfassen solle, die nicht von derselben Person durchgeführt werde wie die Suizidassistenten.³⁵ Es sei unbedingt notwendig, auch die Suizidprävention gesetzlich zu stärken.

Bereits im Juni 2022 hatte die DGPPN Eckpunkte für eine Neuregelung der Suizidassistenten vorgestellt.³⁶ Darin betont die DGPPN, dass Suizidassistenten, also die Verschaffung und Bereitstellung eines Mittels zum Suizid, keine ärztliche Aufgabe sei und keine medizinische Behandlungsoption darstelle. Vielmehr sei es Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte nach der MBO-Ä „das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten [...]“. Vor dem Hintergrund sei ein „*legislatives Schutzkonzept*“ erforderlich, welches neben weiteren Elementen u. a. eine Prüfung der Freiverantwortlichkeit sowie die Überwachung der Einhaltung prozeduraler Vorgaben durch das zuständige Amts- bzw. Betreuungsgericht gewährleiste und obligatorisch eine suizidpräventiv ausgerichtete fachärztliche Beratung und Aufklärung sowie fachärztliche Begutachtungen vorsehe.³⁷

2.5. Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)

Auch die DGPT hat sich der politischen und fachlichen Diskussion über eine Neuregelung einer Suizidassistenten angeschlossen und eine Stellungnahme gegenüber dem BMG abgegeben.³⁸ Darin stellt diese u. a. heraus, dass eine humane Gesellschaft die Beweggründe der Selbsttötungsabsicht

35 DGPPN, Umfrage zu Suizidbeihilfe: Psychiater setzen auf Prävention, Pressemitteilung vom 4. Oktober 2022, abrufbar unter <https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2022/UmfrageSuizidassistenten.html>.

36 DGPPN, Eckpunkte für eine Neuregelung der Suizidassistenten, Stellungnahme vom 1. Juni 2022, abrufbar unter <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/aktuelle-positionen-1/aktuelle-positionen-2022/eckpunkte-suizidassistenten.html#1>.

37 Siehe hierzu auch DGPPN, Eckpunkte für eine mögliche Neuregelung der Suizidassistenten, Stellungnahme vom 25. Juni 2020, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistenten/Dt._Gesellsch._fuer_Psychiatrie_u.Psychotherapie_Psychosomatik_u._Nervenheilkunde_e.V._bf.pdf.

38 Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT), Vorstellungen und Vorschläge zu wesentlichen Eckpunkten einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenten, Stellungnahme vom 22. Juni 2020, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistenten/Dt._Gesellsch._fuer_Psychoanalyse_Psychotherapie_Psychosomatik_u._Tiefenpsychologie_e.V._bf.pdf.

bewerten müsse, da die Beweggründe immer auch ein Abbild der Gesellschaft selbst seien. Der „Wille des Grundrechtsträgers“ entziehe sich gerade nicht, sondern sei wesentlich geprägt durch „allgemeine Wertvorstellungen, religiöse Gebote, gesellschaftliche Leitbilder“.

Vor diesem Hintergrund schlägt die DGPT insbesondere vor, dass im Rahmen einer Neuregelung der Suizidassistenz das Fehlen einer psychischen Erkrankung oder einer anderen Einschränkung der Urteilsfähigkeit unabhängig voneinander von zwei Fachpersonen (Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten) gutachterlich festgestellt werden müsse und die Freiverantwortlichkeit, Dauerhaftigkeit und Wohlerwogenheit der Entscheidung zum Suizid bestätigt werden müsse. Die beschreibende Diagnostik sei durch eine zusätzliche (tiefen-)psychologische Diagnostik zu ergänzen und ihre genauen Inhalte in einem verbindlichen Anforderungsprofil, das durch eine Expertenkommission erarbeitet werden müsse, festzulegen. Die Fachpersonen dürften nicht gleichzeitig die behandelnden Personen sein. Zudem müssten sie eigens zu diesem Zweck berufen sein und dürften nicht in einem kontinuierlichen gewerblichen oder beruflichen Zusammenhang mit den Institutionen und Personen der Suizidbeihilfe stehen.

2.6. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)

Aus Sicht der DGSP sei der Suizid immer nur als letzter Ausweg aus einer scheinbar ausweglosen Lebenssituation zu sehen.³⁹ Ziel der psychiatrischen und psychosozialen Arbeit sei es, den suizidnahen und suizidalen Personen Unterstützung zur Bewältigung der subjektiv erlebten Ausweglosigkeit der Lebenssituationen zu gewähren, um so Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, Lebensverdruss und Lebensmutlosigkeit zu überwinden und den Menschen zur Problem- und Lebensbewältigung zu verhelfen. Vor diesem Hintergrund hatte die DGSP die Einführung des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gemäß § 217 StGB sehr befürwortet.⁴⁰

Hilfe zur Selbsttötung solle ausschließlich Menschen zugutekommen, die zu einer freien Willensbildung und Entscheidungsfindung fähig seien, hierzu könnten aber Menschen in Krisen und psychisch erkrankte Menschen zeitweise außerstande sein. Eine Beurteilung darüber, ob diese Befähigung umfänglich gegeben sei und die Entscheidung zum Suizid unbeeinträchtigt getroffen werden könne, obliege allein den zuständigen Expertinnen und Experten, den Psychiaterinnen und Psychiatern. Diese Einschätzung solle durch mindestens zwei unabhängige Psychiaterinnen bzw. Psychiater erfolgen. Zudem sei sicherzustellen, dass den Menschen mit Selbsttötungsabsichten eine umfängliche Beratung zu ihrer gegebenen und oftmals herausfordernden Lebenssituation zuteilwerde.

39 Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP), Position der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zum Themenkomplex Hilfe zur Selbsttötung, Stellungnahme vom 30. Juli 2020, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistenz/Deutsche_Gesellschaft_fuer_Soziale_Psychiatrie_e.V._bf.pdf.

40 DGSP, Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie zum Thema Sterbehilfe, September 2015, abrufbar unter https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/DGSP-Stellungn._Sterbehilfe.pdf.

Neben der medizinischen Perspektive seien weitere, die Absicht und Motive zur Selbsttötung betreffende Problemdeutungen aufgreifende Beratungs- und Fachkompetenzen (Schuldnerberatung bei Insolvenzen, Ehe- und Erziehungsberatung usw.) einzubeziehen. Die DGSP weist auch darauf hin, dass es keine Pflicht zur Hilfe bei Selbsttötung geben dürfe, und fordert präventive Maßnahmen zur Suizidprophylaxe, eine umfassende Dokumentation und Evaluation der Hilfen zur Tötung sowie ein Verbot der Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung.

2.7. Organisationen und Fachgesellschaften der Suizidprävention sowie der Hospizarbeit und der Palliativversorgung

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V., das Nationale Suizidpräventionsprogramm und die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention fordern den Gesetzgeber vor dem Hintergrund der Entscheidung des BVerfG zum ärztlich assistierten Suizid dazu auf, vor allem ein Schutzkonzept für Menschen mit Suizidgedanken zu entwickeln und eine umfassende Suizidprävention im Rahmen eines Suizidpräventionsgesetzes mit dem weiteren Ausbau der Hospizarbeit und Palliativversorgung gesetzlich zu verankern.⁴¹

Die Hilfe zur Unterstützung in suizidalen Krisen und die Angebote der Hospizarbeit und Palliativversorgung müssen leichter zugänglich sein als die Hilfe zur Selbsttötung, so die Initiatoren. Vor diesem Hintergrund fordern die Organisationen und Fachgesellschaften der Suizidprävention, der Hospizarbeit und der Palliativversorgung eine Stärkung aller suizidpräventiven Strukturen und deren auskömmliche Finanzierung in Deutschland – wie z. B. die Einrichtung einer bundesweiten Informations-, Beratungs- und Koordinationsstelle zur Suizidprävention, die Verbreitung von Informationen über die Hilfen in suizidalen Krisen und die Möglichkeiten der Hospizarbeit und Palliativversorgung, ein Sterben in Würde zu gestalten, oder die Förderung der Forschung zu Suizidalität und Suizidprävention.⁴²

41 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Nationales Suizidpräventionsprogramm, Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V., An die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, Eckpunkte für eine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention, 1. Juni 2022, abrufbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/category/210-stellungnahmen-2022.html>.

42 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Nationales Suizidpräventionsprogramm, Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V., An die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, Eckpunkte für eine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention, 1. Juni 2022, abrufbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/category/210-stellungnahmen-2022.html>.

2.8. Henning Saß, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum der RWTH Aachen, und Clemens Cording, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum

Henning Saß und Clemens Cording haben sich mit Blick auf eine Neuregelung der Suizidassistenz mit den vom BVerfG aufgestellten Anforderungen, mit denen das grundgesetzlich geschützte Recht auf Inanspruchnahme von Suizidhilfe einzugrenzen ist, befasst und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der individuellen Suizidentscheidung aus psychiatrischer Sicht Stellung genommen.⁴³

Danach sei aus psychiatrischer Sicht bei der grundsätzlichen Ermöglichung des assistierten Suizids die essenzielle Bedeutung eines legislativen Schutzkonzeptes zu betonen. Im besonderen Maße betrifft dies wegen ihrer erhöhten Vulnerabilität und der erhöhten Suiziddisposition die Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Störungen. Zudem müssten wegen des komplexen psychosozialen Bedingungsgefüges von Suizidalität die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Suizidassistenz sorgfältig eingegrenzt werden. Im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung, staatlichen Schutzaufgaben und ärztlichen Fürsorgepflichten biete das mehrdimensionale Konstrukt der Freiverantwortlichkeit einen gut geeigneten Rahmen.⁴⁴

2.9. Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Ulrich Hegerl, Psychiater und Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, machte in einer Stellungnahme an das Bundesministerium für Gesundheit zu der Frage der Neuregelung der Suizidassistenz auf eine Gefahr der Normalisierung des Suizids aufmerksam.⁴⁵ Wenn der assistierte Suizid zu einer offiziell geregelten Wahlmöglichkeit werde, bestehe nach seiner Einschätzung das Risiko, dass die bisher bestehende Schwelle für suizidales Verhalten gesenkt werde und es zu einem Anstieg der Suizidraten komme.

Hegerl weist darauf hin, dass in den Niederlanden im Zuge der Liberalisierung der Sterbehilfe nicht nur eine Zunahme bei den assistierten Suiziden zu beobachten gewesen sei, sondern auch der einsamen, nicht-assistierten Suizide – entgegen der positiven Entwicklung der Suizidraten in fast allen anderen europäischen Ländern. Bei der Neuregelung zum assistierten Suizid müsse

43 Saß, Henning/Cording, Clemens, Zur Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid, in: Der Nervenarzt (2022), abrufbar unter <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01386-z>.

44 Siehe hierzu auch Cording, Clemens/Saß, Henning, Stellungnahme zur Neuregelung der Suizidassistenz, 7. Juni 2020, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistenz/Prof._Cording_Prof._Sass_bf.pdf sowie Cording, Clemens/Saß, Henning, Anmerkungen zur Stellungnahme der DGPPN vom 25. Juni 2020, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistenz/Prof._Cording_Prof._Sass_Anmerkungen_zur_Stellungnahme_DGPPN_bf.pdf.

45 Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Überlegungen und Empfehlungen zur Neuregelung der Suizidassistenz nach dem BVerfG-Urteil von 26. Februar 2020, aktualisierte Stellungnahme vom 28. Februar 2021, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistenz/Stiftung_Deutsche_Depressionshilfe_bf.pdf.

deshalb eine „Normalisierung“ des Suizids und in dessen Folge ein Anstieg der Suizide durch Menschen mit beeinträchtigter Freiverantwortlichkeit vermieden werden, fordert Hegerl. Die überwältigende Mehrheit der Suizide in Deutschland seien keine Freitode, sondern tragische Folge schwerer psychischer Erkrankungen.

3. Studien zur Rolle der Ärztinnen und Ärzte bei einer Suizidassistenz

3.1. Studie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

In der Studie⁴⁶ der DGPPN zur Einstellung von in Deutschland in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Personen zum Thema Suizidbeihilfe wurden die Mitglieder⁴⁷ auch zur Rolle von Ärztinnen und Ärzten bei einem assistierten Suizid sowie zu persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen befragt. Von den 2.048 Teilnehmenden hätten 38 Prozent angegeben, Assistenz bei freiverantwortlichen Suiziden sei keinesfalls eine ärztliche Aufgabe, 12 Prozent hätten diese immer und 50 Prozent unter bestimmten Umständen für eine ärztliche Aufgabe gehalten.

Bei einer Differenzierung nach Volljährigen und Kindern/Jugendlichen hätten 43 Prozent eine Suizidassistenz bei Volljährigen als eine ärztliche Aufgabe angesehen (Mehrfachnennungen möglich), wenn ein Versterben absehbar sei und ein hoher Leidensdruck vorliege. Bei psychisch erkrankten Volljährigen mit hohem Leidensdruck sähen nur 21 Prozent der Befragten eine Suizidassistenz als eine ärztliche Aufgabe an. Bei Kindern und Jugendlichen lehnten 54 Prozent Suizidassistenz als ärztliche Aufgabe in jedem Fall ab. 31 Prozent der Teilnehmenden sähen eine Assistenz beim Suizid nur im Falle des absehbaren Versterbens und einem hohem Leidensdruck und 9 Prozent auch bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit hohem Leidensdruck als eine ärztliche Aufgabe an (auch hier waren Mehrfachnennungen möglich).

In der Online-Befragung hätten zudem nur 4 Prozent der Befragten gewünscht, dass die Berufsordnung keinerlei Festlegung zur Frage des ärztlich assistierten Suizids treffe. Ein Drittel präferiere eine Festlegung dahingehend, dass Ärztinnen und Ärzte unter bestimmten Bedingungen Suizidassistenz leisten könnten (34 Prozent), und ein Viertel, dass es eine Gewissensentscheidung sei (25 Prozent). Knapp jeder Fünfte habe angegeben, die Berufsordnung solle festhalten, dass Suizidassistenz keine ärztliche Aufgabe sei (18 Prozent). Jeweils eine kleine Minderheit habe sich ein Verbot ärztlicher Suizidassistenz in der Berufsordnung (7 Prozent) bzw. eine konkrete Zuweisung als ärztliche Aufgabe (5 Prozent) gewünscht.

Befragt zur persönlichen Einschätzung und Erfahrung mit einer Suizidassistenz hätten etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (53 Prozent) für sich selbst ausgeschlossen, bei einem freiverantwortlichen Suizid von Erwachsenen zu assistieren. Bei Volljährigen würden 44 Prozent

46 Wassiliwizky, Michael/Gerlinger, Gabriel et. al., Der assistierte Suizid, Einstellungen und Erfahrungen der Mitglieder der DGPPN, in: Der Nervenarzt (2022), abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-022-01391-2>.

47 Nach Angabe der DGPPN sei diese mit rund 10.000 Mitgliedern Deutschlands größte wissenschaftliche Vereinigung von Ärztinnen und Ärzten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten, vgl. DGPPN, abrufbar unter <https://www.dgppn.de/mitglieder/vorteile-fuer-mitglieder.html>.

der Teilnehmenden dann assistieren, wenn das Versterben absehbar sei und ein hoher Leidensdruck vorliege, aber nur 20 Prozent bei psychisch Erkrankten mit einem hohen Leidensdruck (Mehrfachnennungen möglich). Bei Kindern und Jugendlichen sei es für 73 Prozent der befragten Mitglieder der DGPPN ausgeschlossen, Suizidassistenz zu leisten. 26 Prozent der Teilnehmenden würden bei Kindern und Jugendlichen dann assistieren, wenn das Versterben absehbar sei und ein hoher Leidensdruck vorliege, und 5 Prozent bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem hohen Leidensdruck (Mehrfachnennungen möglich).

Etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmenden (35 Prozent) hätten angegeben, dass sie schon um Suizidassistenz gebeten wurden, dabei deutlich häufiger im beruflichen als im privaten Kontext (34 Prozent vs. 11 Prozent), wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Zudem sei jeweils etwa ein Drittel der Teilnehmenden dazu bereit, selbst Suizidassistenz in Anspruch zu nehmen (31 Prozent) bzw. sie nicht in Anspruch zu nehmen (32 Prozent) oder war diesbezüglich unentschieden (34 Prozent).

Die Autoren ziehen aus der Studie den Schluss, dass eine deutliche Mehrheit der befragten Mitglieder der DGPPN eine Suizidassistenz bei freiverantwortlich gefasstem Suizidwunsch nur unter bestimmten Umständen für legitim hielte, insbesondere bei einem hohen Leidensdruck und nahem Lebensende. Die Teilnehmenden hätten sich weit überwiegend für ein legislatives Schutzkonzept ausgesprochen, dabei sei den meisten wichtig, dass Beratung zur Suizidbeihilfe, Begutachtung der Freiverantwortlichkeit und Durchführung der Suizidassistenz getrennt und unabhängig erfolgten.

3.2. Studie zur Praxis der Sterbehilfe durch Ärzte und Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern

In dieser Studie⁴⁸ wurden ausschließlich in deutschen Krankenhäusern beschäftigte Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegerinnen und Pfleger zu ihrer Anwendung von Sterbehilfe innerhalb der letzten 24 Monate befragt und mögliche Einflussfaktoren erhoben. An der Online-Befragung im Zeitraum von September bis Dezember 2018 nahmen 2.507 Ärztinnen und Ärzte sowie 2.683 Pflegerinnen und Pfleger teil. Von den Teilnehmenden waren 372 (14,86 Prozent) Ärztinnen und Ärzte und 329 (14,63 Prozent) Pflegerinnen und Pfleger in den letzten 24 Monaten im Fachgebiet der Neurologie/Psychiatrie tätig.

48 Beine, Karl H., Praxis der Sterbehilfe durch Ärzte und Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, November 2020, 145(22): e123–e129, doi: 10.1055/a-1235-6550, abrufbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7609137/>.

Etwa ein Drittel der Pflegerinnen und Pfleger und die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte hätten nach eigenen Angaben indirekte Sterbehilfe⁴⁹ bzw. passive Sterbehilfe⁵⁰ durchgeführt (insgesamt 38.926 berichtete Fälle). Der Anteil von durchgeführter aktiver Sterbehilfe⁵¹ sei im gleichen Zeitraum deutlich geringer gewesen (680 berichtete Fälle).

Befragt zur Befürwortung von aktiver Sterbehilfe seien über die Hälfte der Pflegerinnen und Pfleger in mindestens einem konkreten Fall der Auffassung gewesen, aktive Sterbehilfe sei besser „z.B. um ihn/sie von seinem/ihrer Leid zu erlösen“, demgegenüber seien es nur etwa ein Viertel der Ärztinnen und Ärzte gewesen. Eine generelle Straffreiheit von aktiver Sterbehilfe hätten die meisten Befragten abgelehnt, am stärksten die Ärztinnen und Ärzte. Eine teilweise Zustimmung hätten lediglich die Pflegerinnen und Pfleger bei aktiver Sterbehilfe durch Ärztinnen und Ärzte angegeben. Einen assistierten Suizid⁵² hätten nach den Angaben der Befragten in den letzten 24 Monaten in 58 Fällen (0,25 Prozent) Ärztinnen und Ärzte und in 75 Fällen (0,42 Prozent) Pflegerinnen und Pfleger selbst durchgeführt.

In den vergangenen 24 Monaten hätten Ärztinnen und Ärzte in 84 Fällen und Pflegerinnen und Pfleger in 65 Fällen aktive Sterbehilfe praktiziert. Während des gesamten Beschäftigungszeitraums hätten 278 Ärztinnen und Ärzte und 117 Pflegerinnen und Pfleger das Leben einer Patientin bzw. eines Patienten aktiv beendet. Im jeweils letzten Fall selbst durchgeführter aktiver Sterbehilfe sei dies durch das Zurückhalten bzw. den Entzug einer Behandlung (77,49 Prozent, 276 Fälle) mit dem Ziel der Lebensbeendigung oder durch Gabe eines Medikaments (22,51 Prozent, 99 Fälle) bewirkt worden. In etwa der Hälfte der Fälle (48,49 Prozent) sei der Patient nicht mehr in der Lage dazu gewesen, sich zu äußern. Hier habe für die meisten eine explizite Willensbekundung von Patientenseite (74,58 Prozent) oder (zusätzlich) durch Angehörige (56,50 Prozent) vorgelegen. Bei etwa einem Drittel der äußerungsfähigen Patientinnen und Patienten (17,39 Prozent) sowie bei 45 Patientinnen und Patienten (25,42 Prozent), die nicht äußerungsfähig gewesen seien, habe keine Willensbekundung (eigene oder durch Angehörige) bestanden.

-
- 49 In der Studie wird die „Indirekte Sterbehilfe“ definiert als die Gabe eines Medikaments (z.B. Opioide, Benzodiazepine, Barbiturate) zur Schmerzlinderung nach entsprechender Einwilligung des/der Patienten/-in, dessen/deren erfolgter Tod nicht gewollt, sondern eine unbeabsichtigte oder in Kauf genommene Folge darstellt.
- 50 In der Studie wird die „Passive Sterbehilfe“ definiert als das Zurückhalten/den Entzug einer lebenserhaltenden oder -verlängernden Behandlung (z.B. künstliche Beatmung, Ernährung oder (weitere) Gabe eines Medikaments) nach entsprechender Einwilligung des/der Patienten/-in, dessen/deren erfolgter Tod nicht gewollt, sondern eine unbeabsichtigte oder in Kauf genommene Folge darstellt.
- 51 In der Studie wird die „Aktive Sterbehilfe“ definiert als aktive Handlungen (Behandlungen, Interventionen etc.), die eine aktive Beendigung des Lebens eines/-r Patienten/-in beabsichtigen bzw. zum Ziel haben.
- 52 In der Studie wird „Assistierter Suizid“ definiert als die Aushändigung eines Medikaments an eine/n Patienten/-in zur selbstständigen Beendigung seines/ihrer Lebens.

4. Wartezeiten für Suizidwillige auf psychotherapeutische Behandlungen

Auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch, in dem ggf. ein Behandlungsbedarf festgestellt würde, warten Patientinnen und Patienten nach Datenerhebungen der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung e.V. (DPtV) im Durchschnitt 6,5 Wochen.⁵³ Nach einer im Auftrag der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Landespsychotherapeutenkammern vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführten Studie⁵⁴ aus dem Jahr 2018 betrage die Wartezeit auf eine Erstsprechstunde 5,7 Wochen.

Allgemein sind die Wartezeiten auf einen Therapieplatz für psychisch kranke Menschen derzeit lang.⁵⁵ Nach einer Auswertung der BPtK von über 300.000 Versichertendaten für das Jahr 2019 hätten rund 40 Prozent der Patientinnen und Patienten drei bis neun Monate auf einen Therapieplatz nach Feststellung eines Behandlungsbedarfs im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde warten müssen.⁵⁶ Die Wartezeiten-Studie⁵⁷ der BPtK aus dem Jahr 2018 zeigt, dass die Wartezeit im Schnitt bundesweit 19,9 Wochen, also fast fünf Monate beträgt. Patientinnen und Patienten, die sich in einer psychischen Krise befinden, erhalten nach dieser Studie eine Akutbehandlung im Durchschnitt in 3,1 Wochen, in 66,3 Prozent der Fälle innerhalb von zwei Wochen, nachdem eine solche für notwendig erachtet wurde.

Durch die Terminservicestellen (TSS)⁵⁸ lasse sich die Wartezeit auf einen ersten Termin in der Sprechstunde verkürzen.⁵⁹ Patientinnen und Patienten, die diesen Service der Kassenärztlichen Vereinigungen beanspruchen, bekämen nach der Wartezeiten-Studie der BPtK einen ersten Termin in durchschnittlich drei Wochen vermittelt. Allerdings sei in der Hälfte der Praxen nur ein Prozent der Patientinnen und Patienten von einer Terminservicestelle vermittelt worden. Geme-

53 Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. (DPtV), Report Psychotherapie 2021, 2. Auflage Mai 2021 / Stand: März 2021, S. 73 ff., abrufbar unter <https://www.presseportal.de/download/document/774252-dptv-report-2021.pdf>.

54 BPtK, Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018, 11. April 2018, Studie abrufbar unter https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf.

55 Ausführlich dazu Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Wartezeiten auf eine Psychotherapie, Studien und Umfragen, Dokumentation vom 15. September 2022, WD 9 – 3000 – 059/22.

56 BPtK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen, Corona-Pandemie verschärft das Defizit an Behandlungsplätzen, vom 29. März 2021, abrufbar unter <https://www.bptk.de/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/>.

57 BPtK, Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018, 11. April 2018, Studie abrufbar unter https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf.

58 Terminservicestellen (TSS) wurden im Jahr 2019 auf der Grundlage des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 649) eingerichtet. Sie sollen als zentrale und rund um die Uhr erreichbare Anlaufstellen ermöglichen, dass gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten schneller einen Termin beim Arzt oder Psychotherapeuten erhalten.

59 BPtK, Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018, 11. April 2018, S. 13, Studie abrufbar unter https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf.

sen an den vermittelten Terminen sei die psychotherapeutische Sprechstunde oder Akutbehandlung der mit Abstand häufigste Grund für eine Anfrage einer Patientin bzw. eines Patienten bei einer Terminservicestelle.

Die BpTK verweist darauf, dass nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) der Anteil der vermittelten Termine an eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten bundesweit 43,2 Prozent, gefolgt von Terminvermittlungen an Nervenärztinnen bzw. Nervenärzte mit 21,5 Prozent betragen habe. Menschen mit psychischen Erkrankungen hätten somit den mit Abstand höchsten Unterstützungsbedarf bei der Vermittlung von Terminen.

Aktuell ruft die Deutsche Depressionsliga die Bundesregierung mit einer Petition auf, die psychotherapeutische Bedarfsplanung zu reformieren.⁶⁰ 22 Wochen – so die Initiatoren – betrage aktuell die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz. Um die Wartezeiten zu verkürzen, fordern sie eine schnellstmögliche Überarbeitung der Bedarfsplanung Psychotherapie. Insbesondere in ländlichen Gebieten gäbe es viel zu wenig Kassensitze für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.⁶¹

Vor dem Hintergrund der bereits bestehenden langen Wartezeiten auf eine Psychotherapie wäre zu fragen, ob bei einer hinzukommenden gesetzlichen Pflicht zur psychotherapeutischen Begleitung Suizidwilliger eine Erweiterung der psychotherapeutischen Kapazitäten umso mehr erforderlich würde.

60 Deutsche DepressionsLiga e.V., Petition #22WochenWarten: Über 100.000 Unterschriften, Pressemitteilung vom 11. Oktober 2022, abrufbar unter <https://depressionsliga.de/presse-und-neuigkeiten/pressemitteilung-petition-22wochenwarten-ueber-100-000-unterschriften/>.

61 Eine Darstellung der aktuellen psychotherapeutischen Versorgung enthält die Arbeit Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland, Aktuelle Daten zur Zahl der Therapeutinnen und Therapeuten, Sachstand vom 29. September 2022, WD 9 – 3000 – 062/22.