

Stellungnahme

01.07.2024

**DGPPN-Eckpunkte für eine Neuregelung des assistierten Suizids –
Aktualisierung 2024**

Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum assistierten Suizid vom Februar 2020 wird eine intensive gesellschaftliche und parlamentarische Diskussion darüber geführt, ob und wenn ja, welche neuen gesetzlichen Regelungen notwendig sind. Trotz intensiver Bemühungen des Bundestags gelang allerdings im Sommer 2023 keine Einigung auf einen von zwei Gesetzentwürfen, deren Ziel es war, den assistierten Suizid gesetzlich zu regeln. Die DGPPN hält eine gesetzliche Regelung weiterhin für dringend geboten und hat deshalb ihre bereits 2020 veröffentlichten Eckpunkte hierzu aktualisiert.

Dass die Suizidassistenz weiterhin ohne gesetzliche Regelung bleibt, ist aus Sicht der DGPPN nicht hinzunehmen. Insbesondere, weil es zunehmend Hinweise darauf gibt, dass die aktuell unregelte Praxis vulnerable Gruppen gefährdet, die zu einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung nicht in der Lage sind. Erstmals seit vielen Jahren ist 2022 die Zahl der Suizide deutlich gestiegen, und zwar um fast 10 % auf über 10.000. Trotz des Fehlens einer offiziellen Statistik deutet einiges darauf hin, dass assistierte Suizide zu diesem Anstieg einen relevanten Beitrag leisten. Hierfür sprechen Berichte von Sterbehilfeorganisationen und eine lokale Studie, die zeigt, dass sich in München von 2020 bis 2022 die Zahl assistierter Suizide auf niedrigem Niveau vervierfacht hat¹². Diese Studie berichtet auch, dass der Anteil von Menschen mit einer psychischen Erkrankung hoch ist (16 %) und dass bei keinem einzigen dieser Patienten eine Überprüfung der Freiverantwortlichkeit durch einen einschlägig ausgebildeten Facharzt stattgefunden hat. Dies ist auch deshalb besorgniserregend, weil jüngst zwei Ärzte zu langjährigen Haftstrafen verurteilt wurden, die psychisch Kranken zum Suizid verholfen haben, die nach Ansicht des Gerichts nicht zu einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung fähig waren.

Im Wissen darum, dass eine Vielzahl von Parlamentariern das Thema nicht aus den Augen verloren hat, ruft die DGPPN den Deutschen Bundestag eindringlich dazu auf, nach einer mehrheitsfähigen gesetzlichen Regelung zu suchen. Wir möchten im Folgenden Vorschläge für Eckpunkte beitragen, die insofern von unserer Stellungnahme aus dem Jahr 2020 abweichen, als wir davon abrücken, ein gerichtliches Verfahren zur Feststellung der Freiverantwortlichkeit zu fordern, weil ein solches Verfahren offensichtlich weithin für praktisch nicht umsetzbar gehalten wird. Das von uns nun vorgeschlagene Vorgehen umfasst folgende Schritte:

1. Wir schlagen zunächst vor, dass jeder Suizidassistenz eine Beratung vorausgehen muss, die entweder von einer dafür staatlich autorisierten Stelle oder von einem Facharzt durchgeführt

¹ Gleich et al. (2023) Assistierte Suizide in München – Rolle der Sterbehilfeorganisationen und der beteiligten Ärzte. Rechtsmedizin <https://doi.org/10.1007/s00194-023-00669-2>

² Gleich et al. (2023) Assistierte Suizide in München – eine erste kritische Analyse. Rechtsmedizin <https://doi.org/10.1007/s00194-023-00668-3>

wird. Eine solche Beratung muss in strukturierter Form erfolgen und entsprechend dokumentiert werden. Sie muss dem Ratsuchenden ausführliche Informationen über Behandlungs-, Hilfs-, und Unterstützungsmaßnahmen zugänglich machen. Die durchgeführte Beratung wird dem Ratsuchenden schriftlich bestätigt.

2. Mit dieser Bestätigung kann der Suizidwillige die Zurverfügungstellung eines tödlichen Medikaments beantragen. Diese Beantragung erfolgt bei einer staatlichen Stelle, der neben dem Antrag selbst vom Antragsteller oder einem Vertreter (z. B. einem behandelnden Arzt) mitgeteilt wird, ob aufgrund einer voraussichtlich in Kürze zum Tode führenden Erkrankung Eile geboten ist. Eine ärztliche Verschreibung eines Medikaments ist explizit nicht vorgesehen. Dies deshalb, weil die ärztliche Verschreibung zu Tötungszwecken nicht statthaft erscheint³, und weil es sich beim assistierten Suizid nicht um eine ärztliche Aufgabe handelt⁴. Dieses prozedurale Vorgehen beugt einerseits der Gefahr vor, dass freiverantwortlich Handelnde deshalb ihren Suizidwunsch nicht umsetzen können, weil sie keinen Arzt finden, der zur Verschreibung bereit ist, und andererseits vermeidet diese Vorgehensweise, dass Ärzte unter Druck gesetzt werden, entsprechende Stoffe zu verschreiben.
3. Nach der Antragstellung erfolgt eine Begutachtung der Freiverantwortlichkeit durch einen dazu ermächtigten Arzt, der in der Regel Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sein soll. Der Gutachter darf nicht an der initialen Beratung beteiligt gewesen sein und er darf auch nicht derjenige sein, der die Suizidassistenz durchführt. Die Begutachtung soll i.d.R. frühestens nach 2 Monaten und spätestens nach 4 Monaten abgeschlossen sein.⁵ In Fällen mit besonderer Eilbedürftigkeit aufgrund einer voraussichtlich in Kürze zum Tode führenden Erkrankung kann dieses Begutachtungsverfahren vereinfacht und verkürzt werden.
4. Ergibt die Begutachtung keine Hinweise auf das Fehlen von Freiverantwortlichkeit, händigt die staatliche Stelle einem vom Suizidwilligen benannten qualifizierten Helfer ein Dokument aus, welches ihn zum Bezug des Medikaments in einer Apotheke berechtigt.⁶ Dieser ist zu einer definierten Dokumentation des Vorgangs verpflichtet und berichtet nach Durchführung des assistierten Suizids an die staatliche Stelle. Eine Aushändigung direkt an den Betroffenen selbst erfolgt aus Sicherheitsgründen nicht. Optional könnten Betroffene die Substanz auch in einer staatlich betriebenen Einrichtung zur Umsetzung assistierter Suizide einnehmen.

³ siehe das Gutachten des ehemaligen Verfassungsrichters Udo di Fabio für das BfArM, 2017, S.2: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Presse/Rechtsgutachten.pdf?__blob=publication-File&v=2

⁴ was allerdings durchaus kontrovers diskutiert wird. Siehe hierzu Pollmächer und Marckmann, Psychiatr Prax 2022; 49: 67-70.

⁵ Die DGPPN und andere haben zu früheren Zeitpunkten zwei unabhängige Gutachten im Abstand von mehreren Monaten gefordert. Mittlerweile denken wir aber, dass zur Sicherstellung der Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches ein Gutachten genügen würde, das mehrere Monate nach initialer Antragstellung abgeschlossen wird. Tatsächlich wäre ja ein erstes Gutachten, das eine fehlende Freiverantwortlichkeit feststellt, dann obsolet, wenn sich mehrere Monate später keine Hinweise auf eine Einschränkung der Freiverantwortlichkeit finden.

⁶ Wie diese Qualifikation nachzuweisen ist, müsste noch näher beschrieben werden.

5. Die staatliche Stelle dokumentiert standardisiert alle Anträge in dem eben beschriebenen Verfahren und veröffentlicht jährlich eine entsprechende Statistik über Zahl und Details von Beratungen, Begutachtungen und tatsächlich durchgeführten assistierten Suiziden. Anonymisierte Daten werden auf Antrag einschlägigen Forschungseinrichtungen zur Verfügung gestellt.

Die hier vorgeschlagene Vorgehensweise ist nach unserer Auffassung geeignet, mit vertretbarem Aufwand vulnerable Menschen vor nicht freiverantwortlichen assistierten Suiziden zu schützen. Gleichzeitig schützt sie diejenigen, die Suizidwillige unterstützen wollen, vor Vorwürfen, illegitim zu handeln. Das Verfahren vermeidet außerdem Druck auf beteiligte Ärzte und verhindert gleichzeitig, dass ärztliche Zurückhaltung faktisch die Umsetzung freiverantwortlicher Suizide erschwert oder verunmöglicht.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

DGPPN-Präsident

Reinhardtstr. 29

10117 Berlin

Telefon: 030 240 4772 0

E-Mail: praesident@dgppn.de