



## DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN

### **Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zu den Gesetzesentwürfen zum Themenkomplex der Suizidassistenz und der Suizidprävention bezogen auf Menschen in palliativen Erkrankungssituationen**

(Stand: 23.11.2022)

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) sieht trotz des sichtbaren Bemühens der Initiator:innen bei allen drei vorliegenden Gesetzesentwürfen für die Gruppe der Menschen mit fortschreitenden Erkrankungen und begrenzter Lebenserwartung – also für Situationen, die regelhaft palliativmedizinischen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen – gravierende Mängel, Unschärfen und missverständliche Regelungen, die inhaltlich unzureichend erscheinen und in der Umsetzung nicht praktikabel sind.

Deshalb lehnt die DGP die Umsetzung dieser Gesetzesvorhaben ab. Stattdessen empfiehlt sie die Fortsetzung der notwendigen Diskussion über einen angemessenen Umgang mit der Frage der assistierten Selbsttötung. Zu erörtern wären auch die grundsätzlichen Fragen, ob eine gesetzliche Regelung der Suizidassistenz überhaupt zielführend sein kann oder ob andere flankierende Maßnahmen das im BVerfG-Urteil vom 26.02.2020 bestätigte Grundrecht auf Inanspruchnahme einer Hilfe beim Suizid angemessener abbilden können. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die aktuell gültige Gesetzeslage der Ausübung dieses Grundrechts nicht im Wege steht, da eine Suizidassistenz nicht als Straftat angesehen wird und diese bereits praktiziert wird.

Auch eine Eingrenzung unerwünschter Aktivitäten von Suizidhilfeorganisationen sehen wir in keinem der vorliegenden Gesetzentwürfe. Es ist eher davon auszugehen, dass diese die größten Profiteure einer gesetzlichen Regelung sein werden, da sie bereits jetzt Strukturen vorhalten oder aufbauen, mit denen sie die Anforderungen der geplanten Gesetze erfüllen und somit ein Höchstmaß an Legitimation und Möglichkeiten der Verbreitung ihrer Angebote erhalten.

Die DGP unterstützt aufgrund der fortbestehenden Informationsdefizite zu Alternativen und Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen, die die Selbsttötung als Option in Betracht ziehen, sowohl die Stärkung der Suizidprävention allgemein wie auch insbesondere den Ausbau der Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung für schwerkranke Menschen mit fortschreitenden Erkrankungen. Zudem sehen wir die gezielte Information der Öffentlichkeit über die Möglichkeiten zur Gestaltung des Lebensendes unter würdevollen Bedingungen als dringend notwendig an, z.B. in Form einer breit angelegten Kampagne, auch um Vorurteilen hinsichtlich eines als unvermeidlich befürchteten Verlustes an Selbstbestimmung und Würde am Lebensende entgegenzutreten.

## Die Gesetzesentwürfe aus Perspektive der DGP

1. Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe:  
Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr et al<sup>1</sup>
2. Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze: Gesetzesentwurf der Abgeordneten Renate Künast et al<sup>2</sup>
3. Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung:  
Gesetzesentwurf des Abgeordneten Dr. Lars Castellucci et al<sup>3</sup>

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin sieht folgende Punkte, die in den o.g. Gesetzesentwürfen geregelt oder eben nicht geregelt werden, als besonders kritisch:

### **1. Die Gesetzesvorlagen berücksichtigen nicht die besondere Beziehungsebene zwischen dem sterbewilligen Menschen und potentiell zur Suizidhilfe bereiten Helfer:innen.**

Keiner der drei Gesetzesentwürfe beschreibt die Beziehungsebene zwischen der/dem Assistenzausführenden und der/dem Suizidwilligen als Voraussetzung für eine Suizidhilfe. Aus Perspektive der juristischen Argumentation folgt das einer gewissen Logik, spiegelt aber nicht die Realität der medizinischen Perspektive, insbesondere die der Palliativversorgung, wider. Durch die Reduktion auf eine „Juristisierung“ (analog des Begriffs „Medikalisierung“) des Lebensendes entsteht dabei die Gefahr, dass die Suizidhilfe zum formalen Verwaltungsakt einer anzubahnenden Dienstleistung degradiert wird und die besonderen Umstände der Situation einer/eines sterbewilligen Schwerkranken unzureichend gewürdigt werden.

Patient:innen mit fortgeschrittenen Erkrankungen äußern immer wieder Todes- und Suizidwünsche und drücken dadurch in der Regel aus, dass sie ihr Leben **so** als nicht mehr lebenswert empfinden. Häufig verleihen Todeswünsche im Kontext der palliativmedizinischen Versorgung der Angst vor einem leidvollen Sterbeprozess und dem Wunsch nach einem Sicherheitsversprechen im Sinne einer „Suizidoption“ Ausdruck und gehen nicht mit einer akuten Suizidalität einher.

Die Hospiz- und Palliativversorgung bietet eine Vielzahl an Möglichkeiten, Menschen in diesen Lebenssituationen zu unterstützen. Eine verantwortliche Begleitung umfasst neben der Kontrolle körperlicher Symptome als wesentlichen Wirkfaktor die Bereitschaft, zu den Betroffenen (den Erkrankten wie ihren An- und Zugehörigen) in eine vertrauensvolle Beziehung zu treten. So sind in Studien zur Wirksamkeit der spezialisierten (ambulanten) Palliativversorgung „Letztverlässlichkeit“ und das „volumfängliche Sicherheitsversprechen“, das sich aus einem Gefühl des Verstanden- und Begleitetseins ableitet, als relevante Faktoren beschrieben worden. Diese Qualität einer zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Betroffenen in ihrer letzten Lebensphase und Begleitenden ist aus palliativmedizinischer Perspektive in hohem Maße geprägt durch die individuelle Bereitschaft zur Verantwortung und Fähigkeit der im Feld Tätigen, dieses Beziehungsgeschehen zuzulassen, und essentielle Grundlage der sich bildenden therapeutischen Beziehung.

Der assistierte Suizid bleibt die absolute Ausnahme bei der Begleitung schwerkranker und sterbender Patient:innen. Aber auch bei optimaler Palliativversorgung wird es immer schwerkranke Menschen geben, für die ein Suizid alternativlos erscheint. Diese individuelle Entscheidung ist zu akzeptieren.

---

<sup>1</sup> <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf>

<sup>2</sup> <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf>

<sup>3</sup> <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf>

Für angemessen, verantwortungsvoll und umsichtig agierende Palliativärzt:innen ist eine Mitwirkung an einer Suiziddurchführung ohne die Klärung dieser Beziehungsebene und die Frage an den suizidwilligen Menschen, was ihn an diesen Punkt kommen lässt, nicht denkbar – letztlich unabhängig von einer bereits vorausgegangenen rechtlichen Klärung des Suizidhilfe-Ansinnens.

Dieses Beziehungsgeschehen in seiner Komplexität und Individualität und das dialogische Ringen um eine „beste Möglichkeit“ können nicht gesetzlich geregelt werden. Daher ist es nicht überraschend, dass dies in keinem der vorliegenden Gesetzesentwürfe zur Suizidassistenz aufgegriffen wird. Vielmehr führt jeder der vorliegenden Entwürfe durch die zwangsläufige Notwendigkeit der Normierung und Standardisierung des assistierten Suizids auf der Grundlage der prinzipiell gegebenen Berechtigung zu der oben genannten „Juristisierung“ des Lebensendes, in der die persönliche Einlassung eine nachgeordnete oder keine Rolle spielt. Damit wird die gegenwärtige Praxis der fürsorglichen Unterstützung der Betroffenen faktisch überflüssig. Um diesen Beziehungsaspekt beraubt wird die Durchführung der Suizidassistenz zur „Dienstleistung“ an der/dem Sterbewilligen. Damit läuft jede der vorgelegten Regelungen Gefahr, indirekt die Suizidhilfe inklusive der organisierten Suizidhilfe zu fördern. Unserer Kenntnis nach sind Suizidhilfeorganisationen bereits jetzt dabei, die nötigen Voraussetzungen zu schaffen und eine Infrastruktur gemäß einzelner Gesetzesvorschläge aufzubauen, so würden sie durch jeden aktuell vorliegenden Gesetzesentwurf legitimiert und (wenn auch ungewollt) gefördert.

## **2. Die gewählten Fristen und Konzepte für die Ermittlung der Dauerhaftigkeit respektive Unveränderlichkeit und Freiverantwortlichkeit eines Suizidwunsches erscheinen willkürlich.**

Die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Feststellung eines „autonom gebildeten freien Willens“, einer „inneren Festigkeit“ sowie einer „gewissen Dauerhaftigkeit“ stellt eine große Herausforderung dar. Es handelt sich hierbei ausschließlich um unbestimmte Rechtsbegriffe, die in hohem Maße einer subjektiven Betrachtung und Einschätzung unterliegen. Die genannten Fristen von 10 Tagen bzw. 8 Wochen im Entwurf Helling-Plahr et al scheinen willkürlich festgelegt zu sein. Die im Entwurf von Künast et al geforderte Voraussetzung der Feststellung der Unveränderbarkeit eines Sterbewunsches setzt indirekt voraus, dass zunächst Versuche unternommen werden müssten, den Sterbewunsch tatsächlich zu verändern. Im Entwurf von Castellucci et al wird alternativ eine Begutachtung durch psychiatrisch erfahrene Ärzt:innen gefordert, die eine „Psychiatisierung“ zur Legitimation der Ausübung des Grundrechts zur Feststellung einer ausreichenden Urteilsfähigkeit, d.h. als frei von psychisch beeinträchtigenden Faktoren, nach sich zieht.

## **3. Die Konzepte zur Überlassung einer tödlichen Substanz berücksichtigen relevante Begleitumstände nicht ausreichend.**

Alle drei Gesetzesentwürfe ermöglichen der/dem Suizidwilligen nach dem Durchlaufen des geforderten Verfahrens die Entgegennahme einer tödlichen Substanz. Ob zur Mitnahme in die eigene Häuslichkeit, ins Pflegeheim oder an jeden beliebigen Ort, ist nicht geregelt. Auch der Ort, an dem der Suizid durchgeführt wird, und das Setting können somit frei gewählt werden, womit selbst der öffentliche Raum eine Möglichkeit darstellt. Neben den Risiken, die sich daraus ergeben, dass nicht verlässlich sichergestellt werden kann, wer die Substanz letztlich tatsächlich zu sich nimmt oder verabreicht bekommt und wo die Substanz bleibt, wenn die/der Suizidwillige sie nicht einnimmt oder an einer anderen Ursache verstirbt, ergeben sich aus diesem Umstand weitere folgenschwere Probleme, z.B. für Angehörige, wie später ausgeführt.

Auch sind die Auswirkungen eines Suizides auf Angehörige hinlänglich bekannt und erforscht. In dem vorgelegten Gesetzesentwurf ist kein Konzept für die Begleitung Nahestehender vorgesehen,

insbesondere nicht die dringend notwendige Unterstützung etwaiger (hochaltriger) Lebenspartner, Kinder, Enkel oder Freunde. Wenn alleinlebende Menschen einen solchen Suizid „einsam“ für sich vollziehen, kann nicht sicher von einem würdevollen Sterben ausgegangen werden, da niemand weiß, wie die Sterbeumstände letztlich waren und wann und wo die Verstorbenen aufgefunden werden.

Näheres zum notwendigen Klärungsprozess im Abschnitt „Ärztliche Rolle bei der Suizidassistenz“.

#### **4. Konkrete Hinweise zu den Konzepten im Einzelnen**

##### **Zum Entwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr et al.**

Insbesondere für schwerkranke Patient:innen im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung stellt nicht nur das Aufsuchen einer Beratungsstelle, wie im Entwurf von Helling-Plahr et al gefordert, sondern auch der Prozess eines solchen Beratungsverfahrens selbst eine große Belastung und teilweise unüberwindbare Hürde dar. Dies gilt im Übrigen auch für hochaltrige multimorbid erkrankte Menschen, die ebenso wie Schwerkranke mit einer nicht-heilbaren fortschreitenden Erkrankung einen „geschützten Raum“ für Gespräche über die Gestaltung des eigenen Lebensendes benötigen, der durch eine vertrauenswürdige und verlässliche Beziehung zum Gegenüber geprägt sein sollte. Ein authentisches Gespräch über Todes- und Suizidgedanken setzt ein Vertrauensverhältnis zum Gegenüber voraus, welches im Rahmen einer institutionalisierten professionellen Beratungssituation, die diese Umstände nicht würdigt, schwer vorstellbar ist.

Der besondere Bedarf der Menschen mit bestehenden fortschreitenden Erkrankungen, das heißt, die Gruppe der Menschen mit palliativmedizinischem Unterstützungsbedarf ist somit in dem vorgelegten Entwurf nicht gewürdigt.

##### **Zum Entwurf der Abgeordneten Renate Künast et al.**

Künast et al versuchen dieser besonderen Lage schwerkranker Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen durch die Differenzierung zwischen einem Regelfall und einer medizinischen Notlage zu entsprechen. Aufgrund der Erfahrungen aus der Palliativversorgung erscheint es sinnvoll, die Situation von Menschen in einer „medizinischen Notlage“ von derjenigen jener Menschen zu unterscheiden, die nicht aus gesundheitlichen Gründen einen assistierten Suizid in Anspruch nehmen wollen. Beim Versuch, die geplanten Vorgaben in die Praxis zu übersetzen, zeigt sich jedoch im Entwurf die Limitiertheit einer möglichen Umsetzung. Gemeint sind sicherlich Menschen, die aufgrund einer schweren Erkrankung einen Suizidwunsch äußern. Wie aber soll eine „medizinische Notlage“ genau definiert werden? Die Medizin befasst sich nicht nur mit physisch belasteten Patient:innen. Insbesondere die Palliativmedizin betrachtet Patient:innen in ihrer Gesamtheit mit allen physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Aspekten. D.h., auch eine psychische, soziale (z.B. Einsamkeit) oder spirituelle (z.B. Sinnkrise) Notlage könnte nach diesem Verständnis als „medizinische Notlage“ aufgefasst werden. Bei einem Menschen, der z.B. aufgrund eines entstellenden Tumorleidens im Gesichtsbereich und der damit einhergehenden seelischen Belastung seinem Leben ein Ende setzen möchte, ist nicht eindeutig zu beantworten, unter welchen Voraussetzungen diese Konstellation eine Notlage rechtfertigt oder nicht.

Die genannten Voraussetzungen für eine medizinische Notlage gem. dieses Gesetzesentwurfes erscheinen unscharf und unangemessen für viele schwerkranke Menschen mit fortschreitenden Erkrankungen: Ihren Sterbewillen gegenüber der Ärztin/dem Arzt schriftlich abzufassen, wird für einen Großteil von ihnen aufgrund ihres schlechten Allgemeinzustandes nicht möglich sein. Auch finden sich im Gesetzesentwurf keine weiterführenden Hinweise, was als ausreichende Darstellung empfunden wird und wer diese letztlich beurteilt. Der Gedanke hinter dem Ansatz, eine Legitimation eines beschleunigten

nigten Verfahrens zu erreichen, ist nachvollziehbar und gerade für schwerkranke Menschen mit dem Wunsch nach Suizidassistenz von Bedeutung. Aber auf der praktischen Ebene erscheint dies nicht umsetzungsreif und damit alltagsfern.

Ähnliches gilt für das Kriterium einer „gefestigten freiwilligen Entscheidung“ und den Hinweis, bei geringen Zweifeln sei ein Gutachten einzuholen: Bei Menschen in palliativer Erkrankungssituation sind (je nach Qualifikation und Erfahrung der jeweiligen Ärzt:innen) in den allermeisten Fällen zumindest geringe Zweifel an deren gefestigter freiwilliger Entscheidung denkbar. Eingedenk der Erkenntnisse zu Ambivalenz und Double Awareness erfahren und erleben Betroffene oft parallel und zeitgleich die intensive Auseinandersetzung mit der unausweichlichen Annäherung an das Lebensende und das ungebremste Aufrechterhalten von Hoffnung und Lebenshunger. Offen bleibt auch hier, wie damit prozedural zu verfahren ist, welche Art von Gutachten Klarheit schaffen soll, welche fachliche Qualifikation hier – speziell bei Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen – erforderlich ist und was ein wirklich realistischer Zeitrahmen ist, um ein solches Gutachten zu bekommen. Die vorgegebenen Fristen erscheinen ambitioniert kurz für die Komplexität des Prozesses und die zu fordernde Sorgfalt. Auch hier kommt die praktische Umsetzbarkeit des Ansinnens zu kurz.

Der Punkt der Nennung von Alternativen („Ärztlicher Hinweis auf alle medizinischen Alternativen, die Leid auch nur geringfügig lindern können (inkl. Nachforschungspflicht, dass keine weiteren anerkannten Mittel existieren))“ erscheint ähnlich alltagsfremd und limitiert: Auch dieser Punkt ist allgemein für alle Ärzt:innen jeder Fachrichtung formuliert, ohne spezifische Qualifikationsanforderungen zu stellen oder den prozeduralen Weg zu präzisieren. Die Operationalisierung der geforderten „Nachforschungspflicht“ bleibt genauso vage wie die voraussetzende inhaltliche Tiefe der Beurteilung von „Alternativen“. Nur ca. 3,5 % aller tätigen Ärzt:innen verfügen über eine Zusatzqualifikation im Bereich der Palliativmedizin und sind somit nachweislich erfahren in einer professionellen Betrachtungsweise bezüglich der Möglichkeiten zur Leidenslinderung für schwerkranke Menschen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen. So besteht nach Einschätzung der DGP Anlass zur Sorge, dass den besonderen Bedarfen der palliativ erkrankten Menschen in diesem Aspekt nicht adäquat entsprochen wird. Die notwendige Einschätzung einer weiteren Ärztin bzw. eines weiteren Arztes erfordert, dass alle o.g. Aspekte in vollem Umfang ein zweites Mal erhoben werden müssen, was für Palliativpatient:innen problematisch sein kann. Die Tatsache, dass zwei bereitwillige unabhängige Ärzt:innen gefunden werden müssen, die ggfs. die Patient:innen an ihrem Aufenthaltsort aufsuchen müssen, ist unter Maßgabe der vorgegebenen zeitlichen Fristen herausfordernd. Der Begriff der „unabhängigen Ärzt:innen“ ist darüber hinaus nicht spezifiziert oder verbindlich definiert. Die Vergütung – wie gefordert – an die Möglichkeiten der Betroffenen anzupassen, wozu Informationen über die finanzielle Situation der Betroffenen eingeholt werden müssten, wirkt ebenso unhaltbar. Das ist insbesondere in der Situation schwererkrankter Patient:innen nicht nur eine sachliche Zumutung, sondern entsprechend des situativ oftmals anzutreffenden Gefühls der hilflosen Ohnmacht inklusive sozialer Ängste der Betroffenen eine potentiell kontraproduktive Vorgehensweise. Die Vergütungsfrage sollte nicht durch die Leistungserbringer mit den Betroffenen zu klären sein, da dies den wünschenswerten Aufbau eines Vertrauensverhältnisses deutlich erschweren kann.

#### **Zum Entwurf des Abgeordneten Dr. Lars Castellucci et al.**

In diesem im Strafrecht verankerten Entwurf wird der Begriff der „Geschäftsmäßigkeit“ aufgegriffen, der bereits in dem für nichtig erklärten §217 StGB Gegenstand sehr unterschiedlicher juristischer Interpretationen war. Eine grundsätzliche Klärung ist nicht erfolgt, weshalb es unglücklich ist, diesen ungeklärten Begriff und die damit verbundenen Unsicherheiten neuerlich in der Ordnungssystematik zu bemühen. So ist letztlich unklar, ob diejenigen, die Suizidhilfe nicht geschäftsmäßig – z.B. außerhalb

ihrer beruflichen Rolle als Arzt/Ärztin oder als einmalige ärztliche Handlung – zu leisten bereit sind, dann überhaupt unter die gesetzlichen Regelungen fallen.

Im Gegensatz zur Begründung des Bundesverfassungsgerichtes beim Urteil zum §217 wird im Entwurf von Castellucci keine akute psychische Störung als regelbares Ausschlusskriterium genannt, sondern eine psychische Erkrankung. Inwieweit eine psychische Erkrankung eine „autonome Entscheidungsfindung“ beeinträchtigt, wird auch für Fachärzt:innen für Psychiatrie schwer zu beurteilen sein, da der Begriff der Autonomie eher einer philosophischen Dimension entstammt. Auch körperliches Leid (starke Schmerzen, Luftnot usw. mit daraus resultierenden Ängsten) kann in diesem Verständnis eine „autonome Entscheidungsfindung“ beeinträchtigen. Psychisch erkrankte und ggfs. stark leidende Menschen wären hier gegenüber Menschen mit körperlichen Erkrankungen ungerechtfertigt benachteiligt, wobei bereits oben erwähnt wurde, dass eine klare Trennung zwischen Körper und Psyche häufig nicht gelingen kann. Hinzu kommt, dass es in der Begründung des BVerG heißt, dass bei der Feststellung der „Eigenverantwortung und Selbstbestimmtheit von Suizidwilligen dieselben Grundsätze gelten sollen wie bei der Einwilligung in eine Heilbehandlung“ (RN 242). Bei einer Einwilligung in eine Heilbehandlung werden sicherlich andere Maßstäbe angesetzt und wird auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine Einwilligung ohne psychiatrische Begutachtung zugestanden. Auch wird ein abschließendes Urteil zum Vorliegen eines autonom gebildeten Suizidwillens wahrscheinlich nicht in Folge einer einzigen Untersuchung möglich sein – zumindest dann nicht, wenn die Person der Psychiaterin/dem Psychiater bis dahin völlig unbekannt ist.

Die psychiatrische Begutachtung, wie von Castellucci et al gefordert, delegiert die Beurteilung an eine vermeintlich gegebene Fachexpertise. Aber auch diese ist limitiert: Nicht alle Psychiater:innen werden bei nichtpsychiatrischen Patient:innen (z.B. schwerkranken Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen) umfassende Informationen zur Symptomlinderung bei körperlichen Leiden anbieten können. Mit Blick auf lebensbegrenzend erkrankte Menschen erscheint es in solchen Fällen schwer vermittelbar, warum sich diese Patient:innengruppe einer psychiatrischen Untersuchung oder Begutachtung unterziehen muss, zumal selbst im Falle einer zusätzlichen psychischen Erkrankung sich daraus bei dieser Betroffenenengruppe nur in den seltensten Fällen eine weiterführende psychiatrische Behandlung ergeben würde. Hier scheinen die Strukturen nicht ausdifferenziert, um den Entwurf in der Praxis umsetzen zu können, zumal eine zeitnahe Verfügbarkeit qualifizierter Psychiater:innen vor allem im ambulanten Bereich auch in absehbarer Zeit nicht gegeben zu sein scheint.

Die praktische Erfahrung der Palliativmedizin belegt, dass für schwer erkrankte Menschen die Vermittlung zu einem allgemeinen oder spezialisierten Versorgungs- und Unterstützungsangebot aufgrund der Komplexität der Problemkonstellation von größter Bedeutung ist. Hier ist im multi-professionellen Zusammenspiel ein abgestimmter Einsatz von Expert:innen der Suizidprävention, Palliativmedizin oder aus dem Bereich der psychologischen oder sozialen Unterstützung erforderlich – deren Einbindung ist aber in der aktuellen Gesetzesvorlage nicht zwingend gefordert.

Wie bei allen vorliegenden Entwürfen ist auch hier das Kriterium zur „Dauerhaftigkeit“ willkürlich gewählt. Fraglich bleibt auch, was passiert, wenn die Selbsttötung nicht nach der gesetzten Frist von 2 Monaten erfolgt, sondern z.B. später. Liegt dann ein Straftatbestand vor? Wer trägt dafür die Verantwortung? Auch muss befürchtet werden, dass eine solche Frist, innerhalb derer die Selbsttötung erfolgen muss, erheblichen zusätzlichen Druck auf evtl. zweifelnde Menschen auslöst, wenn nur noch wenige Tage bleiben, um die tödliche Substanz einzunehmen.

Insbesondere in der Lebensrealität von schwer erkrankten Menschen wird hier der Eindruck, durch einen Suizid die letzte Möglichkeit der Kontrolle auszuüben, durch eine Fristenregelung nicht mehr nur als fortwährend aufrechtzuerhaltende Option begleitend zum natürlichen Verlauf der Erkrankung

betrachtet, sondern mit einem imperativen Handlungsdruck zum „Termingeschäft“ verdichtet. Das ist kontraproduktiv und abzulehnen.

## Diskussion

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) positioniert sich zur Frage des assistierten Suizids und etwaiger gesetzlicher Regelungen aus der fachlichen und wissenschaftlichen Perspektive der Kenntnisse des angemessenen Umgangs mit Todes- und Suizidwünschen bei Menschen mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen und palliativmedizinischem Unterstützungsbedarf. Die DGP bezieht sich dabei überwiegend auf die Belange dieser Patient:innen und derer Zugehörigen. Für andere Betroffene, die einen assistierten Suizid anstreben, kann die DGP keine validen Aussagen machen und allenfalls Wissen und Erfahrungen aus dem Umgang mit Sterbewünschen in die Diskussion einbringen.

### 1. Ärztliche Rolle bei der Suizidassistenz

Für Betroffene wie professionell Tätige bedeutet die aktuelle rechtliche Lage ein Maximum an Freiheit und Selbstbestimmung. Für die Ärztin/den Arzt geht dies mit einer großen Verantwortung und unter Umständen auch mit erheblichen Rollenkonflikten einher. Angesichts der Tragweite einer Entscheidung zur Suizidassistenz erscheint dies allerdings eine zu akzeptierende und eventuell sogar notwendige Zumutung.

Menschen, die im Rahmen einer schweren Erkrankung in existentielle Krisen geraten und Todeswünsche entwickeln, wenden sich an ihre Ärzt:innen und hier ist es unbedingt ärztliche Aufgabe, sich dieser Situationen anzunehmen, zuzuhören, die Not der Betroffenen zu verstehen und gemeinsam nach Alternativen zu suchen.

Einem Menschen beim Suizid zu helfen kann nach unserer Überzeugung keine ärztliche Aufgabe mit einem entsprechend anderer medizinischer Maßnahmen hinterlegten Prozedurenkatalog sein, sondern ist immer Resultat einer persönlichen Einlassung. Die Definition einer ärztlichen Leistung würde – analog zur Durchführung anderer medizinischer Maßnahmen – u.a. eine objektivierbare Therapiezieldefinition und Indikationsstellung voraussetzen. Nach unserem Verständnis kann der Impuls, das eigene Leben zu beenden, nur vom Betroffenen selbst, nicht aber vom Arzt oder von der Ärztin ausgehen, es gibt keine medizinische Indikation, den Tod herbeizuführen.

Dennoch ist die Berufsgruppe der Ärzt:innen in der Bitte um Suizidassistenz häufig adressiert, sowohl als Beratende wie auch als Assistenzausführende. Ärzt:innen verfügen aufgrund des Zugangs zu potentiellen Suizidmitteln, der fachlichen Kenntnis um deren Anwendung und der ärztlichen Berufserfahrung über eine entsprechende Methodenkompetenz. Diese sollte aber nicht Anlass sein, der Juristisierung eine unkritische Medikalisierung folgen zu lassen. Durch Definition von Prozessschritten – wie in den vorgelegten Gesetzesentwürfen –, die alle medizinischen Sorgfaltskriterien einfordern, ist hier aber die reale Gefahr zu sehen, dass nicht der auf dem Beziehungskontext basierenden persönlichen Bereitschaft rechtssicherer Raum gewährt wird, sondern schleichend dem Übergang ins medizinische Leistungsspektrum Vorschub geleistet wird.

Die individuelle Beziehungsebene und das daraus resultierende Verständnis für die Not des Gegenübers ist das entscheidende Qualitätskriterium, das gleichzeitig die Gefahr der Verzerrung bei fehlender Objektivität und Objektivierbarkeit birgt und somit ein letztlich nicht aufzulösendes

Dilemma darstellt. Wir haben es in diesen Ausnahmesituationen mit Beziehungskonstruktionen zu tun, die in so hohem Maße individuell sind, dass eine juristische Regelung ihnen nach unserer Einschätzung nicht umfänglich gerecht werden kann. Wohl aber besteht die Gefahr, dass eine rechtssichere Rahmenvorgabe, die dies nicht würdigt, diesen Prozess abkürzt und eine einfache Lösung für ein komplexes Problem bietet – dann allerdings unter Missachtung relevanter Sorgfaltsaspekte zum Schutz der Betroffenen und letztlich auch zum Schutz der beteiligten Ärzt:innen.

An dieser Stelle ist es die individuelle Entscheidung des „Menschen, der auch Arzt ist“, diesen von Patient:innen selbst gewählten Weg zu begleiten oder eine Begleitung abzulehnen, beide Wege gehen mit einer großen persönlichen – nicht zwingend ärztlichen – Verantwortung einher. Die vorgelegten gesetzlichen Regelungsentwürfe erscheinen uns hierzu nicht hilfreich.

## **2. Die Rolle von Teams und Einrichtungen in der Palliativversorgung**

Es muss bedacht werden, dass eine handlungsbereite Ärztin bzw. ein handlungsbereiter Arzt im Rahmen der Palliativversorgung selten alleine in der Versorgung Kranker agiert. Vertreter:innen weiterer Professionen, wie Gesundheits- und Krankenpflegende, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen und andere werden durch das ärztliche Handeln möglicherweise mit in die Verantwortung genommen und müssen im Fall einer Bereitschaft zur Suizidassistenz auf die ärztliche Handlung reagieren. So müssen sie ebenso die Chance erhalten, ihr professionelles Rollenbild zu Fragen der Suizidassistenz einzubringen.

Einrichtungen, die mit dem Wunsch nach Suizidassistenz konfrontiert werden können, und deren Mitarbeitende sollten sich unbedingt verantwortungsvoll mit ihrer Haltung und dem möglichen Umgang mit solchen Anfragen auseinandersetzen, wie es die DGP unter Mitwirkung vieler Akteure aus der Praxis in ihren Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz formuliert hat<sup>4</sup>.

## **3. Die Rolle der An- und Zugehörigen**

In der Palliativversorgung gehören An- und Zugehörige per Definition zur Zielgruppe und es ist bekannt, dass die Patient:innen ebenso in hohem Maße davon profitieren, dass die Palliativversorgung sich auch der ihnen nahestehenden Menschen annimmt. Aber insbesondere für die Zugehörigen selbst wird die Verarbeitung eines Verlustes und der Umgang mit dem Sterben einer nahestehenden Person um ein Vielfaches leichter, wenn sie von Beginn an in Prozesse und Entscheidungen einbezogen werden. Die Auswirkungen eines Suizides auf das Umfeld sind hinlänglich bekannt, weshalb unserer Ansicht nach auch bei der Suizidassistenz und dem Weg dorthin die Zugehörigen nicht aus dem Blick geraten dürfen. Insbesondere in der Überlassung todbringender Substanzen und in einem unklaren Setting, in dem die Substanz eingenommen wird, sehen wir ein hohes Gefährdungspotential für Zugehörige und das soziale Umfeld.

---

<sup>4</sup> Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.): Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: Zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung  
[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/220318\\_Broschuere\\_Suizidassistenz\\_100dpi.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/220318_Broschuere_Suizidassistenz_100dpi.pdf)



#### **4. Gesellschaftlicher Diskurs über Suizidassistenz und Informationen über Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung**

Die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod und der Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen werden in unserer Gesellschaft immer noch verdrängt. Daher braucht es einen gesellschaftlichen Diskurs zur Enttabuisierung dieser Themen, insbesondere im Rahmen der Diskussion um Suizidassistenz. Auch wenn eine hochwertige Hospiz- und Palliativversorgung nicht die Lösung für alle Probleme darstellt, bestehen in der Bevölkerung immer noch erhebliche Informationsdefizite und Fehlannahmen bzgl. der Behandlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten am Lebensende wie auch davor<sup>5</sup>. Oft führen diese Irrtümer bzgl. der Patientenrechte und der Möglichkeit zur Ablehnung von nicht (mehr) gewünschten Behandlungsmaßnahmen wie künstliche Ernährung und Intensivtherapie zur Angst vor einem Verlust der Kontrolle über die elementarsten Umstände des Lebens und lassen den Wunsch, dem durch einen (assistierten) Suizid zuvorzukommen, entstehen. Daher ist hier eine intensivierete Aufklärungsarbeit notwendig, wie sie beispielsweise in der Öffentlichkeitskampagne **#dasistpalliativ**<sup>6</sup> der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vorangetrieben wird. Ein solches Angebot fördert die niedrigschwellige Auseinandersetzung mit dem Thema und kann helfen, Ängste abzubauen, über Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und den wichtigen gesellschaftlichen Diskurs zum Thema anzuregen.

#### **5. Suizidprävention als zwingend notwendiger „Erster Schritt“**

Die aktuellen politischen Bemühungen zur Regelung der Suizidassistenz fokussieren sich nahezu ausschließlich auf die Organisation und Durchführung des letzten Schrittes eines zumeist langen Prozesses, der dem Wunsch nach Unterstützung beim freiverantwortlichen Suizid vorausgegangen ist. Bei zunehmender Suizidalität verengt sich der Blick der Betroffenen verstärkt auf Gedanken, die sich mit der Durchführung eines Suizides befassen. Die aktuellen Gesetzesvorschläge regeln also nur das vermeintliche Ende dieses Prozesses und somit nur den letzten Schritt. Es erscheint aber dringend erforderlich, hier schon viel früher anzusetzen, um den Blick der Betroffenen entsprechend weiten und auf mögliche Alternativen richten zu können. In der Palliativmedizin hat sich inzwischen der Ansatz der „Frühen Integration“ (early integration) etabliert, wodurch Patient:innen bereits im Zusammenhang mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung unterstützende Angebote, Therapien wie auch Möglichkeiten zur Gestaltung eines würdevollen Lebensendes aufgezeigt werden. Es ist durch wissenschaftliche Studien belegt, dass hierdurch nicht nur die Lebensqualität gesteigert, sondern auch Depressivität und Ängste vor einem leidvollen Sterben erheblich reduziert werden können. Somit betrachten wir eine gute hospizliche und palliative Versorgung auch als Teil der Suizidprävention, die dringend weiter ausgebaut und sicher finanziert werden sollte. Wichtig ist hierbei, dass eine Förderung der Suizidprävention unbedingt unabhängig und losgelöst von etwaigen Regelungen zur Suizidassistenz erfolgen muss und eine Beratung zur Suizidassistenz niemals von gleicher Stelle wie eine Beratung zur Suizidprävention erfolgen kann.

Wir begrüßen daher die Bemühungen der Abgeordnetengruppe um Herrn Castellucci, die mit ihrem Entschließungsantrag hierzu einen ersten Schritt unternommen hat. Um diesen Antrag in einen Gesetzesentwurf zu überführen, empfehlen wir dringend die Einbindung der relevanten Organisationen aus dem Bereich der Suizidprävention wie auch der Hospiz- und Palliativversorgung.

---

<sup>5</sup> Simon et al, MedR 2004, 305 (Fehlerhafte) Zuordnung von Maßnahmen entlang des Patientenwillens im Kontext „Sterbehilfe“ durch Vormundschaftsrichter

<sup>6</sup> Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Informations- und Aufklärungskampagne „das ist palliativ“:  
<https://www.dasistpalliativ.de/>

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft sehen wir unsere Aufgabe auch darin, die Bereiche der Aus-, Fort- und Weiterbildung dahingehend weiterzuentwickeln, dass Fertigkeiten im Umgang mit Sterbewünschen und Kenntnisse zu Angeboten der Suizidprävention feste Bestandteile in den entsprechenden Curricula werden. Bereits bestehende und wissenschaftlich evaluierte Konzepte – wie z.B. der Universitätsklinik Köln – zeigen, wie hilfreich solche Qualifizierungsmöglichkeiten für Menschen aller Berufsgruppen sind, die mit Sterbewünschen konfrontiert werden können.

## 6. Aufklärung als Möglichkeit der Suizidprävention

Eine Auswertung von Anfragen in der DGP-Geschäftsstelle zur Suizidhilfe (s. Anhang) zeigt ein erhebliches Unwissen zu Patientenrechten und Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung und verdeutlicht gleichzeitig die überwiegend daraus resultierenden Beweggründe für den Wunsch nach einer Suizidassistenz. Somit sehen wir auch in einer breit angelegten Öffentlichkeitskampagne (ggf. unter Einbeziehung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) eine Möglichkeit der Suizidprävention. Menschen, die aufgrund fehlender Kenntnisse zu Möglichkeiten der Gestaltung des Lebensendes ihr Leben nicht mehr als lebenswert empfinden, werden unter Umständen nicht nach gezielten Angeboten der Suizidprävention suchen, sondern nur noch nach Unterstützung bei der Umsetzung eines Suizides. Deshalb erscheinen hier auch politische Bemühungen zur Aufklärung geboten zu sein, damit eine etwaige Entscheidung für einen Suizid nicht auf falschen Annahmen beruht und somit nur eingeschränkt als „freiverantwortlich“ oder zumindest nicht als wohl abgewogen gelten kann.

## Fazit

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin spricht sich gegen die Umsetzung eines der vorliegenden Gesetzesentwürfe zur Suizidassistenz aus. Die aktuell bestehende Gesetzeslage bietet bereits einen Handlungsspielraum, der die Umsetzung der Suizidassistenz prinzipiell ermöglicht. Sofern eine gesetzliche Regelung als unumgänglich eingeschätzt wird, sollten die in diesem Papier aufgeführten kritischen Anmerkungen zu den bestehenden Gesetzesentwürfen unbedingt beachtet werden. Vor einer definitiven gesetzlichen Regelung erachten wir nachfolgende Maßnahmen als dringlich. Diese bedürfen keiner Änderung der Gesetzeslage.

- Ausbau von Angeboten der Hospizarbeit und Palliativversorgung
- Breit angelegte Kampagne zur Information der Bevölkerung über die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung einschließlich des Rechts zur Beendigung einer bereits begonnenen, nun nicht mehr gewünschten Therapie, wie z.B. Intensivtherapie, künstliche Ernährung oder Beatmung, Dialyse, Bestrahlung und Chemotherapie
- Stärkung der Aus- und Fortbildung aller in der Palliativversorgung tätigen Berufsgruppen zum Umgang mit Todeswünschen
- Förderung des gesellschaftlichen Diskurses und Enttabuisierung von Tod und Sterben durch niedrigschwellige Öffentlichkeitsarbeit
- Erfassung von assistierten Suiziden auf Totenscheinen und in der Todesursachenstatistik, um das Geschehen im Auge zu behalten und nach gegebener Zeit zu evaluieren. Daraus ließen sich evtl. weitere Schritte ableiten.
- Förderung und Finanzierung der Suizidprävention, entsprechend der Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), des Nationalen Suizidpräventionsprogrammes (NaSPro), des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Nationales Suizidpräventionsprogramm, Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention: Eckpunkte für eine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention <https://www.dgpalliativmedizin.de/category/210-stellungnahmen-2022.html?download=1220>

## Anhang

### Auswertung von 53 Anfragen zum assistierten Suizid an die Geschäftsstelle der DGP

Seit dem Urteil des BVerfG im Februar 2020 erreichten die DGP-Geschäftsstelle zahlreiche Anfragen zu der Frage: „Wo kann ich die Pille bekommen?“, Von diesen wurden 53 Anfragen im Zeitraum eines Jahres (11/2020 bis 10/2021) ausgewertet.

- **Alter:** von 20 bis 89 Jahre
- **Geschlecht:** M=33 W = 20
- **Genannte Erkrankungen:** 1 Psychose / 4 Depressionen / 2 Demenz / 5 Krebs im Frühstadium / 41 keine akute schwere Erkrankung
- **Lebenssituation:** 36 alleine lebend / 11 verh./ 1 bei Eltern / 5 k.A.
- **Ist der Suizidwunsch / -plan mit Nahestehenden kommuniziert?** Ja / Nein  
15 ja / 32 nein / 6 k.A.
- **Genannte Gründe für den Suizidwunsch:** Angst vor qualvollem Sterben / Angst vor Pflegebedürftigkeit / Sinnlosigkeit des Weiterlebens, Nutzlosigkeit, Einsamkeit, Gutes Leben gehabt „das ist jetzt lang genug“, keine Belastung für andere (Kostenfaktor) / psychisches Leid, Selbstbestimmung des Zeitpunktes.
- **Welches Vorgehen** (Methode, Setting, Ort) wird gewünscht: „Pille für den Notfall mit nach Hause nehmen“ / Einnahme zuhause begleitet von Ärztin/Arzt oder Pflege / keine konkreten Vorstellungen
- **Wissensdefizite** (z.B. zu Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung, medizinische Möglichkeiten, rechtliche Situation, Patientenrechte, usw.): 100%: Bei allen Anfragenden lagen erhebliche Wissensdefizite vor.
- **Gesprächsergebnisse:** 51 zunächst zufrieden mit Aufklärung und „anderem Rettungsanker“ / 2 warten auf gesetzliche Regelungen bzw. suchen weiter

Deutlich war bei den Anfragen, dass es bei 51 von 53 Anfragen nicht um einen akuten Sterbewunsch ging, sondern um die Ängste vor dem, was da noch kommen kann, und eine Art „Rettungsanker“ gesucht wurde. Hier kann es wichtig sein, nicht nur den Suizid als möglichen Ausweg im Auge zu haben (wie es bei den aktuellen Gesetzesentwürfen der Fall ist), sondern über alle anderen Möglichkeiten der Gestaltung des Sterbens mit möglichst wenig belastenden Symptomen aufzuklären. Die Tatsache, dass sich bei allen Anfragenden erhebliche Wissensdefizite zu Patientenrechten und Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung zeigten, weist auf die Notwendigkeit hin, im Rahmen einer breit angelegten Aufklärungskampagne den Ängsten vom Menschen etwas entgegenzusetzen.

---

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) steht als wissenschaftliche Fachgesellschaft für die interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung. Ihre mehr als 6.000 Mitglieder aus Medizin, Pflege und weiteren Berufsgruppen engagieren sich für eine umfassende Palliativ- und Hospizversorgung in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten. Im Zentrum steht die bestmögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Behandlung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen. Gemeinsames Ziel ist es, für weitgehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität zu sorgen - in welchem Umfeld auch immer Betroffene dies wünschen. [www.palliativmedizin.de](http://www.palliativmedizin.de)