

Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention

Stand: 24.02.2021

Einführung

Wenngleich nach dem Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 die rechtliche Situation zu Fragen des Suizides (und der Suizidassistenz) in Deutschland identisch ist wie vor der Schaffung des §217 StGB im Dezember 2015, erleben wir eine vermehrte Diskussion zu einer neuen gesetzlichen Regelung des assistierten Suizides. Eine solche Regelungsmöglichkeit hat auch das BVerfG in seiner Urteilsbegründung eingeräumt, ohne diese explizit zu fordern. Auch wenn die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin neue gesetzliche Regelungen nicht zwingend für erforderlich hält, ja sogar neue Gefahren entstehen können, möchte die DGP mit den unten aufgeführten Eckpunkten ihrer Verantwortung gerecht werden und die jahrzehntelange Expertise und Erfahrungen in der Begleitung Sterbender und im Umgang mit Sterbewünschen in die Diskussion einbringen.

Die aktuelle Diskussion ist stark geprägt von den Begriffen der „Selbstbestimmung“, der „Verwirklichung des freien Willens“ und „Selbstbestimmtes Sterben“. Selbstbestimmung ist aber kein absolutes Gut, sondern wird im sozialen Miteinander an vielen Stellen durch Regelungen und Normen eingeschränkt. Zeitpunkt und Art des Sterbens kann nicht in jede Richtung selbst bestimmt werden. Die von den meisten Menschen gewünschte Art „im Schlaf zu sterben“ kann nicht bestimmt werden. Niemand hat die Möglichkeit zu bestimmen, wie lang sein Leben dauert, sondern allenfalls wie kurz es sein soll. Inwieweit ein Wille wirklich „frei“ und nicht von äußeren Faktoren beeinflusst ist, scheint ebenfalls fraglich. Es gibt bislang kein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium zur Erfassung der „Freiverantwortlichkeit“ und des „autonom gebildeten Willens“ eines suizidalen Menschen und insbesondere keine praktisch umsetzbare Möglichkeit, dies sicher und zweifelsfrei festzustellen. Dies schränkt die Validität von formulierten Eckpunkten ein.

Die aus einem vermeintlich „freien Willen“ resultierenden Entscheidungen können aber immer nur getroffen werden, wenn ausreichende Informationen und Kenntnisse zu den Folgen einer Entscheidung und zu möglichen Alternativen vorliegen. Darum ist eine umfassende Beratung notwendig.

Oft werden Wünsche nach leicht zugänglichen Angeboten einer Suizidhilfe nicht von Menschen geäußert, die sich in einer Leidsituation am Lebensende befinden, sondern weitaus früher, wofür meist Lebenskrisen psychischen oder sozialen Ursprungs oder Ängste vor einem bevorstehenden physischen Leiden oder Autonomieverlust ursächlich sind. Es geht also häufig mehr um die Möglichkeit im Sinne eines „Rettungsankers“, durch eine vorzeitige Beendigung des Lebens zukünftiges Leid zu vermeiden. Die DGP hält es nicht für geboten, solchen Ängsten in erster Linie durch einen erleichterten Zugang zu Möglichkeiten des Suizides zu begegnen, sondern sieht hier eine gesellschaftliche und politische Verantwortung, eine breit angelegte Aufklärung zu Patientenrechten und den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung zu befördern. Ebenso müssen der Ausbau und die Verbesserung der Versorgung von hochbetagten und schwer erkrankten Menschen, sowie die Qualifikation der Akteure im Gesundheitswesen (auch bezüglich des Umgangs mit Sterbewünschen) weiter gestärkt werden. Bei einer gesetzlich und gesellschaftlich akzeptierten Regelung zum assistierten Suizid ist zu befürchten, dass sich stark pflegebedürftige

Menschen einer Erwartungshaltung oder einem gesellschaftlichen Druck ausgesetzt fühlen, keine Belastung für Familie oder Gesellschaft zu sein. Auch diese Problematik muss in einer Neuregelung angemessen Berücksichtigung finden.

Eine Regelung zur Suizidassistentz kann aus Sicht der DGP nur geschaffen werden, wenn dabei auch die Suizidprävention umfassend gestärkt wird. Die Palliativmedizin versteht sich dabei selbst auch als ein Teil der Suizidprävention, da sie durch Linderung von Leidenszuständen, einer ganzheitlichen Betrachtung von Patienten und Zugehörigen und einer Verbesserung der Lebensqualität in sehr vielen Fällen Sterbewünschen effektiv begegnen kann. Zudem verfügt die Palliativmedizin durch wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen über ein differenziertes Bild von Sterbe- und Todeswünschen, die zumeist von großer Ambivalenz gekennzeichnet sind.

Im Falle neuer Regelungen zur Suizidassistentz sieht die DGP die Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen Menschen, deren Lebenserwartung durch eine schwere Erkrankung auf Wochen oder Monate begrenzt ist und Menschen, die frei von jeglicher Erkrankung oder durch krankheits- oder krisenbedingte Situationen eine Unterstützung beim Suizid wünschen. Insbesondere von Menschen, die durch einen Schicksalsschlag getroffen wurden (wie z. B. durch Unfälle, die zu einer andauernden Lähmung oder anderen Einschränkungen führen oder durch den Tod eines eigenen Kindes), wissen wir, dass Suizidwünsche stark ausgeprägt sein können, was über einen Zeitraum von einem Jahr und länger andauern kann. Dennoch finden die meisten dieser Menschen nach einem Zeitraum guter Begleitung und Unterstützung wieder in ein lebenswertes Leben zurück. In solchen Fällen muss ein Schutzkonzept unter Umständen auch dazu geeignet sein, Menschen nicht nur vor anderen zu schützen, sondern gegebenenfalls auch vor sich selbst, bzw. vor situationsbezogenen Reaktionen oder Affekthandlungen, die sich in Suizidwünschen äußern, welche voraussichtlich von begrenzter Dauer sind.

Auch die in der aktuellen Diskussion besonders herausgestellte Rolle von Ärzt*innen bei der Durchführung der Suizidassistentz sieht die DGP kritisch. Eine obligate ärztliche Verordnung würde den Eindruck einer ärztlichen Indikationsstellung erwecken und damit die autonome Handlung der Sterbewilligen infrage stellen. Dadurch würde die Verantwortung unzulässig und ausschließlich auf die Ärzt*innen verlagert.

Die DGP sieht nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts die Gefahr einer Normalisierung der Suizidbeihilfe.

Die DGP unterstützt die Positionen der Bundesärztekammer in den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung, in denen es heißt: „Ärzt*innen haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen“. Eine Definition zu den Aufgaben von Ärzt*innen obliegt einzig diesem Berufsstand selbst und darf nicht von außen festgelegt werden.

Die DGP sieht die Beihilfe zum Suizid nicht als Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung und ist nach wie vor der Überzeugung, dass von dem Ausbau der organisierten Beihilfe zur Selbsttötung eine besondere Gefährdung der Selbstbestimmung, insbesondere kranker, schwacher und abhängiger Menschen ausgeht.

Forderungen im Rahmen einer möglichen gesetzlichen Regelung der Suizidassistentz

- Offene und breite gesellschaftliche Auseinandersetzung zu den Vorstellungen über den Umgang am Lebensende sowie die Beseitigung von bestehenden Informationsdefiziten in der Bevölkerung zu den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung, der Patientenrechte bei schweren Krankheiten und am Lebensende, sowie zur Suizidprävention. Das BMG soll hierzu einen öffentlichen Diskurs initiieren.
- Stärkung der Suizidprävention durch niedrigschwellige Angebote zur Suizidprävention und einen Ausbau und Förderung der Hospizarbeit und Palliativversorgung.
- Begleitende Forschung zum assistierten Suizid und zu Umständen, die zu Suizidwünschen führen.
- Konsequente Verankerung von Aus-, Fort- und Weiterbildung aller relevanter Berufsgruppen im Gesundheitswesen und in der Suizidprävention zum Umgang mit Sterbewünschen und den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung.
- Qualitätssicherung der bestehenden Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Suizidprävention.

Eckpunkte zur Beratung und Begutachtung der Kriterien zur Freiwilligkeit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit eines Suizidwunsches

	Ohne schwere/lebenslimitierende Erkrankung/Multimorbidität	Mit schwerer/lebenslimitierender Erkrankung/Multimorbidität
Beratung	Suizidpräventionsberatung plus Sozialrechtliche Beratung zu möglichen psychosozialen und finanziellen Problemen	Beratung zum Lebensende und zur Palliativversorgung durch qualifizierte Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung (zu allen Dimensionen der Palliativversorgung: körperlich, psychisch, sozial und spirituell)
Begutachtung zur Freiwilligkeit und Ernsthaftigkeit	Zweimalige Begutachtung basierend auf Kenntnissen zur individuellen Lebenssituation der Betroffenen, im Abstand von mind. 6 Monaten zur Überprüfung der Freiwilligkeit und Ernsthaftigkeit durch qualifizierte Fachkräfte mit einer speziellen Befähigung zum Ausschluss einer Beeinträchtigung der freien Willensbildung durch somatische, psychische und soziale Faktoren. Plus Alter ≥ 18 Jahre	Begutachtung zur Überprüfung der Freiwilligkeit und Ernsthaftigkeit basierend auf Kenntnissen zur individuellen Lebenssituation der Betroffenen von zwei unabhängigen qualifizierten Fachkräften mit einer speziellen Befähigung, davon mindestens ein*e Ärzt*in mit spezialisierter palliativmedizinischer oder psychotherapeutischer/psychiatrischer Erfahrung zum Ausschluss einer Beeinträchtigung der freien Willensbildung durch somatische, psychische und soziale Faktoren. plus Alter ≥ 18 Jahre
Dauerhaftigkeit	Mindestens ein Jahr zwischen erster Begutachtung und Ausführung In der Zeit zwischen Begutachtung und Ausführung des Suizids sollten Beratung, Unterstützung und Begleitung in angemessenen Zeitintervallen angeboten werden, um eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit und Begleitung bei dem Sterbewunsch zu ermöglichen.	Mindestens 30 Tage zwischen erster Begutachtung und Ausführung In der Zeit zwischen Begutachtung und Ausführung des Suizids sollten Beratung, Unterstützung und Begleitung in angemessenen Zeitintervallen angeboten werden, um eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit und Begleitung bei dem Sterbewunsch zu ermöglichen.
Durchführung der Suizidbeihilfe	Strikte Trennung von: 1. Beratenden Institutionen und Personen 2. Begutachtenden Institutionen und Personen 3. Personen oder Institutionen, die Beihilfe zum Suizid leisten. Neben einer vielfach diskutierten ärztlichen Verordnung sind zwingend alternative Wege, wie z. B. Abgabe einer zum Tode führenden Substanz durch eine Behörde, zu prüfen, da die Ausübung eines Grundrechtes nicht zwingend an eine ärztliche Beteiligung gebunden sein kann. Für die verwendeten Betäubungsmittel muss ein Sicherungssystem für vorsätzlichen oder versehentlichen Fehlgebrauch eingerichtet werden.	
Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> ● Begutachtende Institutionen und Personen sowie Personen oder Einrichtungen, die Beihilfe zum Suizid leisten, sollten jährlich an das Bundesministerium für Gesundheit oder an den Gemeinsamen Bundesausschuss über Anzahl und Ergebnis der 	

	<p>Begutachtungen und über Anzahl der abgegebenen und der eingenommenen Substanzen berichten.</p> <ul style="list-style-type: none">● Angabe des assistierten Suizides auf der Todesbescheinigung.● Jährliche Evaluation und Bericht über Umstände und Anzahl durchgeführter assistierter Suizide durch das BMG.
--	---

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin steht für Erläuterungen zu den genannten Eckpunkten, sowie für weitere Diskussionen gerne zur Verfügung.

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft
für Palliativmedizin e. V.
Aachener Straße 5
10713 Berlin
T 030 / 30 10 100 - 0
F 030 / 30 10 100 - 16
dgp@palliativmedizin.de
www.palliativmedizin.de