

Marburg, 06. Juni 2020

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner (ACM) zur gesetzlichen Neuregelung der Suizidassistenz mit Eckpunktekatalog

Die Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner (ACM) ist ein überkonfessioneller Zusammenschluss von über 450 Ärztinnen, Ärzten und Medizinstudierenden. Die ACM gehört zur SMD, einem Fachverband der Diakonie Deutschland in der EKD. Weltweit ist die ACM der christlichen Ärzteorganisation ICMDA (International Christian Medical and Dental Association) angeschlossen.
www.acm-deutschland.de

Kurzfassung

In Bezug auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) vom 26. Februar 2020 sehen wir als Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner (ACM) drei zentrale Aspekte, die bei der Neugestaltung der Gesetzgebung weiterer kritischer Analyse bedürfen:

(1) die *Ausgestaltung der vom BVerfG postulierten Autonomie des Bürgers in Fragen des Lebensendes* bringt - besonders vor dem Hintergrund des ärztlichen Alltags - große **praktische und theoretische Herausforderungen** mit Blick auf das Wohl des Einzelnen als auch der Gesamtbevölkerung mit sich;

(2) die *Abgrenzung zwischen einem autonomen Entschluss zum Suizid und einer psychiatrisch behandlungsbedürftigen Suizidalität* ist weiterhin Gegenstand **psychiatrischer und ethischer Forschung** und muss vor allem Menschen mit psychischer Erkrankung ausreichend Schutz gewährleisten;

(3) die *verantwortungsbewusste Begutachtung sowie die Erfüllung eines Suizidverlangens* setzen ein hohes Maß an **professioneller Kompetenz** voraus, insbesondere hinsichtlich der vom BVerfG herausgearbeiteten Freiwilligkeit der/des Suizidwilligen und der beteiligten Personen.

Der Bundestag hatte den § 217 StGB im Dezember 2015 nach einem intensiven, offenen und fraktionsübergreifenden Beratungsprozess mit großer Mehrheit neugefasst. Vor diesem Hintergrund ist die eindeutige Ablehnung des § 217 durch das BVerfG verwunderlich. Aus Sicht der ACM besteht mit der Erklärung der Verfassungswidrigkeit von § 217 StGB die große Gefahr, dass insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen, Minderheiten sowie Menschen mit körperlichen und seelischen Einschränkungen und Belastungen nicht ausreichend geschützt werden können. Sollte eine Aufrechterhaltung des vollständigen Verbots der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe nicht möglich sein, sehen wir die folgenden Maßnahmen aus medizinischer, ethischer und christlicher Perspektive als unerlässlich an:

- a) Sowohl die Begutachtung als auch die Begleitung eines Wunsches nach Suizidhilfe darf nur durch entsprechend **qualifiziertes, multidisziplinäres Fachpersonal** erfolgen und muss entsprechende Fristen zur Sicherstellung der Dauerhaftigkeit und Festigkeit der Entscheidung einhalten.
- b) Eine gesetzliche Regelung der Suizidassistenz erfordert zwingend die gleichzeitige **Stärkung palliativmedizinischer sowie therapeutischer und supportiver psychosozialer Angebote**, um Suizidwilligen eine autonome Entscheidung zu ermöglichen.
- c) Um die Gefahr des Missbrauches der Suizidassistenz oder einer tendenziösen Beratung mit Einfluss auf die Autonomie zu reduzieren, muss eine **Gewinnorientierung der beteiligten Personen und Organisationen gesetzlich ausgeschlossen** werden.

Im folgenden Text stellen wir nach einer Einführung in die **Ausgangssituation** unseren **Eckpunktekatalog für die gesetzliche Neuregelung der Suizidassistenz** vor. Zur weiteren Erläuterung und Vertiefung derselben folgen darauf **ergänzende Anmerkungen**.

Inhaltsübersicht

Kurzfassung	2
Ausgangssituation	3
Eckpunktekatalog für die gesetzliche Neuregelung der Suizidassistenz	5
Orientierung am Schutz des Lebens und der Suizidprävention	5
Gewährleistung der Autonomie	5
Tatherrschaft	6
Ökonomische Aspekte: Geschäftsmäßige und gewerbsmäßige Suizidhilfe	7
Der Personenkreis der Suizidhelfer	8
Ergänzende Anmerkungen	9
Mitwirkende an dieser Stellungnahme	11
Quellennachweis	12

Ausgangssituation

In seinem Urteil vom 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) den § 217 StGB in der seit dem 03. Dezember 2015 geltenden Fassung (Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung) für verfassungswidrig und nichtig erklärt. Zur Begründung wird ausgeführt, dass das „allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) [...] als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ umfasst, was auch die Freiheit beinhaltet, sich das Leben zu nehmen.¹ (Rn 204, 208) Dies „umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.“² (Rn 208)

Dennoch wird dem Gesetzgeber das Recht eingeräumt, hierbei regulierend einzugreifen:

„Die verfassungsrechtliche Anerkennung des Einzelnen als zur Selbstbestimmung befähigten Menschen verlangt eine strikte Beschränkung staatlicher Intervention auf den Schutz der Selbstbestimmung, der durch Elemente der medizinischen und pharmakologischen Qualitätssicherung und des Missbrauchsschutzes ergänzt werden kann.“ (Rn 338)

Dabei reichen die Möglichkeiten des Gesetzgebers

„von der positiven Regulierung prozeduraler Sicherungsmechanismen, etwa gesetzlich festgeschriebener Aufklärungs- und Wartepflichten, über Erlaubnisvorbehalte, die die Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten sichern, bis zu Verboten besonders gefährträchtiger Erscheinungsformen der Suizidhilfe“. (Rn 339)

Bei der Ausgestaltung dieser Regulierung

„verbietet es sich aber, die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung materiellen Kriterien zu unterwerfen, sie etwa vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig

zu machen.“ Dennoch dürfen „je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens gestellt werden“ (Rn 340), sofern das verfassungsrechtlich geschützte „Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch hinreichenden Raum zur Entfaltung und Umsetzung“ findet. (Rn 341)

Und schließlich gilt, „dass es eine Verpflichtung zur Suizidhilfe nicht geben darf.“ (Rn 342; vgl. Rn 289)

In seiner Urteilsbegründung weist das BVerfG auf einige problematische Aspekte im Zusammenhang mit Suizid und Suizidassistenten hin. Diese können beim Erstellen einer Regelung als Orientierungshilfe dienen und folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Von Angeboten der Suizidhilfe gehen Vor- und Folgewirkungen aus, die eine erhebliche Missbrauchsgefahr und Gefährdung für die autonome Selbstbestimmung Dritter umfassen. (Rn 222)
- Der assistierte Suizid sollte in unserer Gesellschaft eine Ausnahme und nicht eine normale Form der Lebensbeendigung darstellen. Besonders alte und kranke Menschen müssen vor einer neuen „Norm“ des Sterbens geschützt werden. (Rn 233 und 248)
- Der Schutz von Menschen, die sich in vulnerablen Lebenslagen befinden, beinhaltet den Schutz davor, sich mit einem möglichen (Bilanz-)Suizid befassen oder dazu Stellung beziehen zu müssen. (Rn 235)
- Eine akute oder chronische psychische Störung, welche die freie Willensentschließung beeinflusst, schränkt die Ausbildung eines autonomen freien Willens oft ein. Das BVerfG geht davon aus, dass „...nach weltweit durchgeführten empirischen Untersuchungen in rund 90 % der tödlichen Suizidhandlungen psychische Störungen...“ vorliegen. (Rn 240 und 245)
- Auch bei dem Wunsch für eine Suizidassistenten besteht eine umfassende Aufklärungspflicht analog der Einwilligung in eine Heilbehandlung. (Rn 241 und 246)
- Es muss sichergestellt sein, dass keine unzulässige Einflussnahme Dritter besteht in Richtung auf einen Suizid oder assistierten Suizid. (Rn 242, 247 und 258)
- Von einem freien Willen, aus dem Leben zu scheiden, kann eher ausgegangen werden, wenn die Entscheidung dazu auch nach einer gewissen Bedenkzeit weiterhin Bestand hat. (Rn 244)
- Eine zusätzliche Stärkung des Zugangs zur palliativmedizinischen Versorgung sowie eine Stärkung der Suizidprävention sind dem Gesetzgeber zugeschriebene Aufgaben. (Rn 276)

Dabei wird im Duktus der Urteilsbegründung immer wieder auf die besondere Rolle der Angehörigen medizinischer Berufe (Arzt, Apotheker, Pflege) verwiesen und zu Recht betont, dass es eine Verpflichtung zur Suizidhilfe nicht geben darf. (Rn 342)

Als Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner (ACM) möchten wir zu diesen Vorgaben des BVerfG im Wesentlichen aus ärztlicher Sicht Stellung nehmen und die Eckpunkte formulieren, die unserer Einschätzung nach dabei besonderer Berücksichtigung bedürfen.

Eckpunktekatalog für die gesetzliche Neuregelung der Suizidassistenz

Orientierung am Schutz des Lebens und der Suizidprävention

- Auch wenn das BVerfG ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ postuliert, welches die Freiheit beinhaltet, sich das Leben zu nehmen und „hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und [...] in Anspruch zu nehmen“, erkennt es zugleich an, dass der Staat die Aufgabe hat, „das Grundrecht auf Leben zu schützen“ (Rn 228) und dabei auch die „Vor- und Folgewirkungen“ der Suizidhilfe (Rn 222) in den Blick zu nehmen.³
- Vor dem Hintergrund von in Deutschland jährlich etwa 100.000 Suizidversuchen mit etwa 10.000 vollzogenen Suiziden, von denen rund 90% Ausdruck einer psychiatrischen Erkrankung oder akuten Belastung sind, muss die Suizidprävention eine vordringliche Aufgabe des Gesetzgebers bleiben.⁴
- Statistisch dürfte demgegenüber die Zahl derer, die in wohlüberlegter, reflektierter Weise Suizidhilfe suchen, deutlich geringer sein. Eine Regelung der Suizidhilfe muss diesem Zahlenverhältnis Rechnung tragen, indem sie den Schutz des Lebens absichert und die Suizidprävention betont.
- Wesentlich ist dabei eine klare Abgrenzung zwischen einer (erlaubten) Sachinformation über die Möglichkeit der Suizidhilfe einerseits und einer (zu untersagenden) Werbung hierfür. Eine etwaige mediale Berichterstattung hat sich auf Sachinformationen (wie z.B. Statistiken etc.) zu beschränken; einer Berichterstattung mit tendenziell den Suizid oder die Suizidhilfe glorifizierendem Charakter sollte entgegengewirkt werden.⁵

Gewährleistung der Autonomie

- „In der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist anerkannt, dass der Freiheitsanspruch nicht losgelöst von der tatsächlichen Möglichkeit zu freier Willensentschließung beurteilt werden kann.“ (Rn 241) Diese „tatsächliche Möglichkeit“ kann langfristig deutlich eingeschränkt sein bei Minderjährigen, Personen mit mittlerer und schwerer Demenz oder einer anderweitigen geistigen Beeinträchtigung.⁶ Die Gewährung von Suizidhilfe bei Menschen mit aufgehobener oder stark eingeschränkter freier Willensbildung ist unter Strafe zu stellen.
- „Der Staat hat dafür Sorge zu tragen, dass der Entschluss, begleiteten Suizid zu begehen, tatsächlich auf einem freien Willen beruht.“ (Rn 232) Dabei liegt die Beweislast auf Seiten der/des Suizidwilligen. Zu diesem Zweck ist unseres Erachtens eine Begutachtung und Beratung verpflichtend erforderlich, die folgende Kriterien erfüllt:
 - Unabhängigkeit:

Die den Wunsch und Willen des Suizidwilligen beurteilende Stelle darf nicht identisch oder personell und strukturell verknüpft sein mit Personen oder Institutionen, welche Suizidhilfe leisten.
 - Interdisziplinarität:

Um eine psychische Erkrankung oder besondere Belastung der/des Suizidwilligen zu erkennen und einer möglichen Behandlung zuzuführen, muss eine entsprechende psychologisch-psychiatrische Kompetenz gegeben sein.

Um der/dem Suizidwilligen im Falle einer vorliegenden körperlichen Erkrankung eine umfassende Information über die Erkrankung und mögliche kurative oder palliative Maßnahmen zur Linderung von Beschwerden zuteil werden zu lassen, ist eine entsprechende medizinische Kompetenz vonnöten.⁷

Damit die/der Suizidwillige umfassende Kenntnis von vorhandenen sozialen, materiellen, strukturellen u.a. Unterstützungsangeboten erhält, ist eine sozialrechtliche/sozialpädagogische Kompetenz der Beratung erforderlich (z.B. in Anlehnung an die Beratung über Unterstützungsmöglichkeiten im Falle einer ungewollten Schwangerschaft).

- Zeitliche Staffelung:

Laut BVerfG „kann von einem freien Willen nur dann ausgegangen werden, wenn der Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, von einer gewissen ‚Dauerhaftigkeit‘ und ‚inneren Festigkeit‘ getragen ist“. (Rn 244) Gerade im Rahmen krisenhafter Lebensumstände ist zum einen von einer Phase der Rekonvaleszenz nach körperlichen Erkrankungen (z.B. Schlaganfall) und seelischen Belastungen (Verlusterfahrung, Traumatisierung) auszugehen; zum anderen ist einem natürlichen Trauerprozess Zeit einzuräumen. Sowohl die körperlichen Auswirkungen (einschl. möglicher Therapieeffekte), als auch der seelische Verarbeitungsprozess sind dabei langfristig anzusetzen – d.h. über Monate.⁸

Um Fluktuationen, Heilungs- und Verarbeitungsprozessen Rechnung zu tragen und die Konsistenz des Suizidwunsches sicherzustellen, sollte eine entsprechende ausführliche Beratung mindestens drei Mal über einen Zeitraum von 6 Monaten stattfinden. Ein solcher Zeitraum ist angesichts der Tragweite und Unumkehrbarkeit der Entscheidung einerseits und der notwendigen seelischen und somatischen Prozesse nach belastenden Ereignissen andererseits als zumutbar und notwendig anzusehen. (Die endgültigen Restfolgen körperlicher und seelischer Verletzungen lassen sich oft sogar erst nach Ablauf von etwa 12 Monaten zuverlässig abschätzen.) Im Falle einer absehbar kurzfristig zum Tode führenden Erkrankung könnte dieser Zeitraum verkürzt werden.

- Sorgfältige Dokumentation:

Die Erfahrungen aus Belgien und den Niederlanden zeigen, dass die eigentlich auch dort gesetzlich vorgeschriebene Dokumentationspflicht oftmals weitgehend vernachlässigt wird. (Smets *et al.* 2010) Der Gesetzgeber muss dafür Sorge tragen, dass maßgebliche Ergebnisse des Beratungs- und Entscheidungsprozesses in klar strukturierter, sorgfältiger und nachvollziehbarer Weise dokumentiert und von der/dem Beratenden sowie der/dem Suizidwilligen rechtskräftig verfügt werden.

Eine jährliche, bundesweite Statistik über die Anzahl der durchgeführten assistierten Suizide (incl. Methode und Ort der Durchführung) sowie eine Bewertung der Beratungsqualität ist zu führen.

Tatherrschaft

- Ein wesentliches Kriterium zur Abgrenzung der Assistenz beim Suizid von der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) ist darin zu sehen, dass bei der Selbsttötung ebenso wie bei der Suizidhilfe die Tatherrschaft beim Suizidenten liegt.
- Diese theoretisch klare Abgrenzung lässt sich im praktischen Alltag nicht konsequent durchhalten. Dabei sind es z.B. Situationen, in denen zwischen dem dokumentierten Suizidwunsch und der

tatsächlich geplanten Durchführung Veränderungen eintreten (z.B. Demenz, Schlaganfall, Koma etc.), die dazu führen können, dass die Tatherrschaft auf eine andere Person übergeht.

- Der Gesetzgeber ist aufgefordert, in der Ausformulierung der Regelung der Suizidhilfe auf eine klare Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen zu achten und dabei mögliche „weiche“ Übergänge auszuschließen.
- Dies gilt insbesondere für den Fall, dass ein assistierter Suizid misslingt und mit einer Komplikation einhergeht, die dem Suizidenten das Vollenden der Selbsttötung unmöglich macht.

Ökonomische Aspekte: Geschäftsmäßige und gewerbsmäßige Suizidhilfe

- Auch wenn bereits in der geschäftsmäßig angebotenen und durchgeführten Suizidhilfe das Risiko der Verselbständigung angelegt ist (jedes System neigt dazu, sich selbst am Laufen zu halten), gilt dies umso mehr für eine Suizidhilfe, die auf materiellen Gewinn angelegt ist und somit gewerbsmäßig angeboten wird. Eine solche ist zu untersagen.
- Der Gesetzgeber wird aufgefordert, auch bei der geschäftsmäßigen Suizidhilfe dafür Sorge zu tragen, dass die den Suizidwilligen in Rechnung gestellten Kosten maximal den Aufwand der Suizidhilfe decken und keinerlei materieller Vorteil für die Suizidhelfer entsteht. Dies gilt auch für die Kalkulation der Höhe von Mitgliedsbeiträgen in „Sterbehilfevereinen“.
- Personen oder Organisationen, welche Suizidhilfe durchführen, dürfen nicht – weder direkt noch über Dritte - auf dem Wege von Geschenken, Spenden oder eines Testamentes von der Durchführung der Suizidhilfe profitieren (z.B. in Anlehnung an das HeimG § 14 Abs. 1).
- Der Gesetzgeber hat dafür Sorge zu tragen, dass nicht – wie in der Urteilsbegründung am Beispiel von Oregon berichtet (Rn 257) – ein etwaiges Wirtschaftlichkeitsgebot dazu führt, dass im Falle terminaler Erkrankungen die Kostenübernahme für bestimmte medizinische Therapien ausgeschlossen, die Durchführung eines assistierten Suizides aber gewährt wird.⁹
- Ökonomische und soziale Aspekte können auch direkt oder indirekt aus dem Umfeld heraus auf Suizidwillige einwirken – im Sinne von finanziellen Belastungen oder des Bindens von materiellen, personellen und zeitlichen Ressourcen, die für die Pflege und Betreuung der Betroffenen aufgewendet werden und der Familie/dem Umfeld an anderer Stelle fehlen. Der Gesetzgeber hat dafür Sorge zu tragen, dass ein daraus resultierender Druck auf abhängige Personen unterbunden wird.

Der Personenkreis der Suizidhelfer

Angesichts der Verantwortung, die mit der Durchführung einer Suizidhilfe verbunden ist, muss der Gesetzgeber gewährleisten, dass Suizidhelfer zu definierende Mindeststandards der persönlichen und fachlichen Qualifikation und Kompetenz erfüllen, die medizinische, pharmazeutische und psychologische sowie spirituelle Aspekte der Suizidhilfe umfassen und auch wiederholt überprüft werden. Menschen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, ist die Durchführung einer geschäftsmäßigen Suizidhilfe zu untersagen.

- Der Weg zum Erwerb dieser Qualifikation und die Kriterien der Überprüfung derselben sind detailliert und nachvollziehbar festzulegen.
- Von fachlicher Seite gehört dazu unbedingt auch die Kenntnis der Wirkungsweise der zur Suizidhilfe verwendeten Mittel und des Vorgehens bei eintretenden Komplikationen. Ob und wie weit hierzu eine ärztliche Qualifikation notwendig ist, bedarf dringend weiterer kritischer Diskussion.
- In seiner Urteilsbegründung führt das BVerfG aus: „All dies lässt unberührt, dass es eine Verpflichtung zur Suizidhilfe nicht geben darf.“ (Rn 342) Und: „Aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben leitet sich kein Anspruch gegenüber Dritten darauf ab, bei einem Selbsttötungsvorhaben unterstützt zu werden.“ (Rn 289) Der Gesetzgeber hat dafür Sorge zu tragen, dass im Rahmen eines Begehrens nach Suizidhilfe niemand in irgendeiner Weise unter Druck gesetzt wird, diese Suizidhilfe zu leisten.
- Der in der Diskussion vielfach anklingende Ruf nach *ärztlicher* Suizidassistenz stellt aus unserer Sicht eine äußerst ambivalente Forderung dar. Hier gilt es, die notwendige Qualitätssicherung einerseits gegen den Schutz des ärztlichen Berufsstandes mit seiner primären Ausrichtung auf den Erhalt und Schutz des Lebens andererseits gegeneinander abzuwägen.¹⁰

Bei allem Bemühen um eine missbrauchssichere Regelung der Suizidhilfe sehen wir als ACM in der Entscheidung des BVerfG die Gefahr einer künftigen weiteren Aufweichung des Lebensschutzes unweigerlich angelegt. Der Blick auf die Entwicklung in Staaten, in denen entsprechende Gesetze erlassen wurden, lässt ausnahmslos erkennen, dass es nicht bei den ursprünglich erlassenen Beschränkungen bleibt. (Pereira 2011) Daher muss der Staat seiner Schutzpflicht für das menschliche Leben, das die *vitale Basis der Menschenwürde darstellt* (Rn. 211), bei der gesetzlichen Neuregelung in besonderer Weise gerecht werden.

Ergänzende Anmerkungen

1 Das „Recht auf Sterben“

Die völkerrechtlichen Primärquellen (z.B. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR), Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK), Charta der Grundrechte der EU) enthalten sämtlich ein Recht auf Leben, keine hingegen ein „Recht auf Sterben“. Konsequenterweise hat bislang trotz Betonung der Autonomie des Individuums kein internationaler Gerichtshof ein „Recht auf Sterben“ festgestellt. So heißt es in den Max Planck Encyclopedias of International Law: “On the one hand, the right to life does not contain a correlative obligation to live because this would contradict human autonomy. [...] On the other hand, according to the ECtHR, the right to life does not imply a right to die either.” (Petersen 2012)

Dass es keine „Pflicht zum Leben“ gibt, ist angesichts der Formulierung „Recht auf Leben“ rechtlich selbstverständlich, insofern kann es einen „Streit“ wirklich ausschließlich darum geben, ob ein (einklagbares) „Recht auf Sterben“ existiert, was die Primärquellen eben gerade nicht hergeben.

2 Persönlichkeitsrecht

Die vom BVerfG formulierte Konkretisierung des Persönlichkeitsrechts ist in doppelter Hinsicht problematisch: „Von der Vorstellung ausgehend, dass der Mensch in Freiheit sich selbst bestimmt und entfaltet, umfasst die Garantie der Menschenwürde insbesondere die Wahrung personaler Individualität, Identität und Integrität. [...] Die unverlierbare Würde des Menschen als Person besteht hiernach darin, dass er stets als selbstverantwortliche Persönlichkeit anerkannt bleibt.“ (Rn 206) Der ärztliche Alltag im Umgang mit schwer kranken Menschen lässt zum einen wenig von diesem idealisierten Autonomiebegriff des BVerfG erkennen. Zum anderen haben die Mütter und Väter des Grundgesetzes das Postulat der Menschenwürde und das allgemeine Persönlichkeitsrecht unter dem Eindruck des menschenverachtenden Regimes des „Dritten Reiches“ formuliert. Dies geschah insbesondere vor dem Hintergrund des von diesem Regime durchgeführten „Euthanasie“-Programms an Menschen, die gerade nicht in der Lage waren, „selbstverantwortlich“ zu agieren. Auch und gerade diesen Menschen wird in Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes ohne weitere Qualifikation eine unantastbare Würde zugesprochen.

3 Sogeffekt

Sämtliche vorliegenden Zahlen aus Staaten mit einer Legalisierung des assistierten Suizides zeigen, dass es im Zusammenhang damit regelhaft zu einem „Sogeffekt“ kommt: Sowohl die Zahl der Suizide insgesamt als auch die der assistierten Suizide steigt an. Z.B. der US-Bundesstaat Oregon: Seit Inkrafttreten des “Death With Dignity Act” (DWDA) im Jahr 1998 zeigt sich folgende Entwicklung (das Jahr 2000 wurde gewählt, um einen vorausgehenden „Gewöhnungsprozess“ an die neue Regelung in Rechnung zu stellen; für 2018 liegen die letzten vollständigen Daten vor): Für das Jahr **2000**: Gesamttodesfälle 29.541; davon Suizide 502 (ca. 1,7 %); davon nach DWDA erfolgte Suizide 27 (ca. 0,09 % der Todesfälle); für das Jahr **2018**: Gesamttodesfälle 36.191; davon Suizide 843 (ca. 2,3 % und ein Zuwachs gegenüber 2000 von 341 bzw. um das 1,7-fache); davon nach DWDA erfolgte Suizide 178 (ca. 0,5 % und ein Zuwachs von 151 bzw. um das 6,6-fache) (Oregon Health Authority 2002, 2018, 2020). In der Schweiz „verdoppelte sich die Zahl der assistierten Suizide von in der Schweiz wohnhaften Personen von 500 im Jahr 2012 auf fast 1000 Fälle im Jahr 2016“ und entspricht „nun annähernd jenen der konventionellen Suizide (knapp über 1000 Fälle“ bei „zuletzt rund 65000“ Todesfällen jährlich

(Bartsch *et al.* 2019). Ähnliche Trends zeigen sich auch für Belgien und die Niederlande (Meeussen *et al.* 2010, Lo 2012, Gamondi *et al.* 2014).

4 Suizidprävention

In der Bundesrepublik Deutschland konnte durch erfolgreiche Suizidprävention die Zahl der Suizide seit 1980 um die Hälfte gesenkt werden. Seit ca. 20 Jahren schwankt die Zahl der (entdeckten und statistisch erfassten) Suizide um 10.000 pro Jahr (Statistisches Bundesamt 2019). Dabei scheint vornehmlich die psychiatrische Versorgung und die Zahl der verschriebenen Antidepressiva die Suizidrate zu beeinflussen. (Vorderholzer & Hohagen 2019)

Der überwiegenden Zahl der Suizide liegt eine psychiatrische Erkrankung zugrunde, je nach Autor werden 70-100% (ebda.), meist 90% (DGPPN 2015, Lewitzka & Wolfersdorf 2016) angegeben. Dabei dominieren Depression (und andere affektive Erkrankungen), Schizophrenie und Suchterkrankungen, insbesondere Alkoholerkrankung. (Lieb & Frauenknecht 2019) „Suizidalität drückt in der Regel keine Freiheit aus, sondern die ‚Einengung durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen‘.“ (Scherr 2016) Dabei ist besonders auch die Bedeutung von schweren chronischen Erkrankungen meist älterer Menschen hervorzuheben, die bei Betroffenen Angst vor dem nächsten Schub der Erkrankung auslösen kann.

5 Der Werther-Effekt

Es ist beschrieben, dass der Suizid in der Literatur (Goethe & Beutler 1986), im Film („Tod eines Schülers“) (Faust 2002), von Personen des öffentlichen Lebens (z.B. Torhüter Robert Enke) (Cadenbach 2010, Witte 2020) und in Streaming-Diensten (Bridge *et al.* 2020) eine Erhöhung der Anzahl von Suiziden nach sich zieht.

6 Beispiel Demenz

Besonders deutlich ist dies am Beispiel der Demenz, eines Zustandes, den kein Gesunder sich vorstellen mag, geschweige denn wünscht. Demente lassen nach außen hin i.d.R. keinen gesteigerten Todeswunsch erkennen. Ihre „Binnenperspektive“ entzieht sich ohnehin dem Betrachter. Sehr eindrucksvoll ist in diesem Zusammenhang der Fall des Rhetorikprofessors Walter Jens. (Jüttner 2013) Wie sehr sich die Perspektive auf das Leben auch in der Demenz ändert, zeigt ein kürzlich berichtetes Beispiel aus den Niederlanden, wo eine an Demenz erkrankte Frau, die zuvor für den Fall der Demenz eine Verfügung zur Tötung auf Verlangen erlassen hatte, sich dem Vollzug dieses Tötungsaktes heftig widersetzte. (Grunert 2020)

7 Palliativmedizin

Der Palliativmedizin und Hospizbegleitung kommt in der Betreuung und Begleitung von Patienten mit einer progredient verlaufenden und mit belastender Symptomatik einhergehenden Erkrankung eine tragende Rolle zu. Dies gilt nicht nur in der Finalphase, sondern immer dann, wenn kurative Therapien nicht mehr existieren und die Planung der weiteren therapeutischen Optionen mit den Wünschen und Vorstellungen der Patienten in Einklang gebracht werden müssen. Daher kommt dem im Jahr 2017 verabschiedeten Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland eine hohe Bedeutung zu. Die Förderung und Unterstützung der Hospiz- und Palliativmedizin muss auch in Zukunft, sowohl in der Patientenversorgung als auch in der Forschung weiter ausgebaut werden, um

zu vermeiden, dass die Hospiz- und Palliativversorgung politisch, ideell und finanziell an Bedeutung und Beachtung verliert.

8 Trauerphasen und Zeit

In der aktuellen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) wird für die Diagnose der „anhaltenden Trauerstörung“ eine Dauer der Trauerreaktion von mindestens 6 Monaten angegeben – vor Ablauf dieser Zeit ist der Trauerprozess noch als natürlich zu werten. (WHO 2019)

9 Assistierter Suizid und Quality-Adjusted Life Years

In einem Beispiel aus der aktuellen Literatur wird in einer Wirtschaftlichkeitsanalyse auf der Basis von “Quality-adjusted life years (QALYs)” ein positiver Nutzen einer liberalen Regelung der Suizidassistenz postuliert. (Shaw & Morton 2020) Zentrales Argument ist, dass die Ressourcen, die ein Patient bindet, dem eine Suizidassistenz verweigert wird, anderen Patienten vorenthalten werden müssen. In einem theoretischen Modell wird von den Autoren darüber hinaus der positive Effekt auf QALYs errechnet, der entstehen würde, wenn die freiwillig aus dem Leben geschiedenen Menschen als Organspender dienen würden. Dies zeigt, wie stark wirtschaftliche Faktoren in die Diskussion um Suizidassistenz bereits Einzug gehalten haben. Es besteht die große Gefahr, dass vulnerable Menschen in ihrer Autonomie durch wirtschaftliche Zwänge oder Begründungsketten beeinflusst werden.

10 Die ärztliche Berufsordnung in Deutschland und weltweit

Sowohl in der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer (BÄK 2019), als auch in der Berufsordnung der World Medical Association (WMA 2019) wird die Hilfe zur Selbsttötung durch Ärzte untersagt. Dies basiert im Ursprung auf dem hippokratischen Eid, welchem sich die meisten Ärzte verpflichtet fühlen. Der Präsident der Bundesärztekammer, Klaus Reinhardt, fasst die Situation wie folgt zusammen:

„Die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zu ihrem Tod beizustehen[...] Die Beihilfe zum Suizid gehört unverändert grundsätzlich nicht zu den Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten.“

(Richter-Kuhlmann 2020)

Mitwirkende an dieser Stellungnahme

Dr. med. Oliver Dodt (Mitglied des ACM-Vorstands, Psychiater), Dr. rer. nat. Alexander Fink (IGuW, Physiker), Dr. med. Markus Frenz (Koordinator des Ethik-Arbeitskreises der ACM, Internist und Gastroenterologe), Esther Hahn (ACM-Referentin für Medizinstudierende, Ärztin), Dr. med. Eckhard Piegsa (Neuropädiater), Prof. Dr. iur. Andreas Piekenbrock (Jurist), Dr. med. Andreas Rost (Internist, Onkologe, Palliativmediziner), Prof. Dr. med. Inge Scharrer (ACM-Ehrenpräsidentin, Internistin), Dr. med. Nadine Sprodowski (Chirurgin)

Kontaktadresse:

Dr. med. Markus Frenz, ethik@acm-deutschland.de
ACM-Sekretariat, Aubachstr. 5, D-35647 Waldsolms

Quellennachweis

- BÄK 2019. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018. Bundesärztekammer.
- BARTSCH, C., LANDOLT, K., RISTIC, A., REISCH, T. & AJDACIC-GROSS, V. 2019. Assisted Suicide in Switzerland. *Dtsch Arztebl Int*, 116, 545-552. doi: 10.3238/arztebl.2019.0545
- BRIDGE, J. A., GREENHOUSE, J. B., RUCH, D., STEVENS, J., ACKERMAN, J., SHEFTALL, A. H., HOROWITZ, L. M., KELLEHER, K. J. & CAMPO, J. V. 2020. Association Between the Release of Netflix's 13 Reasons Why and Suicide Rates in the United States: An Interrupted Time Series Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 59, 236-243. doi: 10.1016/j.jaac.2019.04.020
- CADENBACH, C. 2010. Der Enke-Effekt. *Süddeutsche Zeitung Magazin*, 18.02.2010, <https://sz-magazin.sueddeutsche.de/gesellschaft-leben/der-enke-effekt-77033> [Abgerufen am 28.05.2020].
- DGPPN 2015. Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung: "Suizidprävention". Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.
- FAUST, V. 2002. *Selbstmord als Nachahmungstat: Der "Werther-Effekt" als medien-induzierte Selbsttötung* [Online]. Ravensburg: AG Psychosoziale Gesundheit. http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/werther_faust.pdf [Abgerufen am 28.05.2020]
- GAMONDI, C., BORASIO, G. D., LIMONI, C., PRESTON, N. & PAYNE, S. 2014. Legalisation of assisted suicide: a safeguard to euthanasia? *The Lancet*, 384. doi: 10.1016/s0140-6736(14)61154-5
- GOETHE, J. W. & BEUTLER, E. 1986. *Die Leiden des jungen Werther*, Stuttgart, Reclam.
- GRUNERT, M. 2020. Niederlande: Gericht gestattet aktive Sterbehilfe bei Demenzkranken. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 21.04.2020, <https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/niederlande-gericht-gestattet-aktive-sterbehilfe-von-demenzkranken-16735260.html>, [Abgerufen am 28.05.2020].
- JÜTTNER, J. 2013. Demenzkranker Walter Jens: "Was lebt, will leben". *Der Spiegel*, <https://www.spiegel.de/panorama/leute/walter-jens-wird-90-jahre-alt-a-886481.html>, [Abgerufen am 28.05.2020].
- LEWITZKA, U. & WOLFERSDORF, M. 2016. Aktuelle psychopharmakologische und psychotherapeutische Strategien der Suizidprävention: Wenn ein Mensch lebensmüde ist... *Nervenarzt*, 87, 465-6. doi: 10.1007/s00115-016-0108-y
- LIEB, K. & FRAUENKNECHT, S. 2019. *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*, München, Urban & Fischer Verlag / Elsevier GmbH.
- LO, B. 2012. Euthanasia in the Netherlands: what lessons for elsewhere? *The Lancet*, 380, 869-870. doi: 10.1016/s0140-6736(12)61128-3
- MEEUSSEN, K., VAN DEN BLOCK, L., BOSSUYT, N., ECHELDE, M., BILSEN, J. & DELIENS, L. 2010. Physician reports of medication use with explicit intention of hastening the end of life in the absence of explicit patient request in general practice in Belgium. *BMC Public Health*, 10, 186. doi: 10.1186/1471-2458-10-186
- OREGON HEALTH AUTHORITY. 2002. *Vital Statistics Annual Report 2000, Volume 2* [Online]. Oregon. <https://www.oregon.gov/OHA/PH/BIRTHDEATHCERTIFICATES/VITALSTATISTICS/ANNUALREPORTS/VOLUME2/Documents/2000/00v2.pdf> [Abgerufen am 28.05.2020]
- OREGON HEALTH AUTHORITY. 2018. *Vital Statistics Annual Report Volume 2: Deaths, infant deaths, neonatal deaths, and fetal deaths, by county of residence, Oregon, 2018* [Online]. Oregon. <https://www.oregon.gov/oha/PH/BIRTHDEATHCERTIFICATES/VITALSTATISTICS/ANNUALREPORTS/VOLUME2/Documents/2018/Table01.pdf> [Abgerufen am 28.05.2020]
- OREGON HEALTH AUTHORITY. 2020. *Oregon Death with Dignity Act 2019 Data Summary* [Online]. Oregon. <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year22.pdf> [Abgerufen am 28.05.2020]
- PEREIRA, J. 2011. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Curr Oncol*, 18, e38-45. doi: 10.3747/co.v18i2.883

- PETERSEN, N. 2012. Life, Right to, International Protection. *Max Planck Encyclopedia of Public International Law*. doi:
- RICHTER-KUHLMANN, E. 2020. Geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid: Paukenschlag aus Karlsruhe. *Dtsch Arztebl International*, 117, 476-7. doi:
- SCHERR, S. 2016. *Depression–Medien–Suizid: Zur empirischen Relevanz von Depressionen und Medien für die Suizidalität*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer-Verlag.
- SHAW, D. & MORTON, A. 2020. Counting the cost of denying assisted dying. *Clinical Ethics*, 15, 65-70. doi: 10.1177/1477750920907996
- SMETS, T., BILSEN, J., COHEN, J., RURUP, M. L., MORTIER, F. & DELIENS, L. 2010. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *BMJ*, 341, c5174. doi: 10.1136/bmj.c5174
- VORDERHOLZER, U. & HOHAGEN, F. 2019. *Therapie psychischer Erkrankungen: State of the Art*, München, Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- WHO. 2019. *6B42 Prolonged grief disorder* [Online]. New York: WHO.<http://id.who.int/icd/entity/1183832314> [Abgerufen am 28.05.2020]
- WITTE, M. 2020. *Informationen über Suizidalität und Suizid* [Online]. Nationales Suizid Präventions Programm für Deutschland (NaSPro).<https://www.suizidpraevention-deutschland.de/informationen-ueber-suizid.html> [Abgerufen am 28.05.2020]
- WMA. 2019. *WMA Declaration on Euthanasia and Physician-assisted Suicide: Adopted by the 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019* [Online]. Ferney-Voltaire, France: World Medical Association.<https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/> [Abgerufen am 28.05.2020]