

Berlin, 09.06.2020

**Stellungnahme
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
(AWMF) zu einer gesetzlichen Neuregelung der Suizidassistentz nach dem Urteil des
Bundesverfassungsgerichts im Februar 2020**

Die AWMF wurde am 15.04.2020 von Bundesminister Jens Spahn um eine Stellungnahme zu der gesetzlich erforderlichen Neuregelung in Bezug auf die Suizidassistentz bis zum 09.06.2020 gebeten, da das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom Februar 2020 den § 217 StGB als nichtig und mit dem Grundgesetz nicht vereinbar erklärte.

Die AWMF hat ihrerseits Mitgliedsfachgesellschaften gebeten, bei gesehenem Bedarf eine eigene Stellungnahme zu verfassen. Die bis einschließlich 09.06.2020 bei der AWMF eingegangenen Stellungnahmen von vier Fachgesellschaften sind der Stellungnahme der AWMF als Anlage beigefügt (s. Anlage 1). Diese äußern sich auch zu weiteren Aspekten, die wir zu berücksichtigen bitten. Weitere Fachgesellschaften haben um Verlängerung der Frist gebeten.

Hintergrund

Das Bundesverfassungsgericht stellte in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 klar, dass ein umfassendes Recht auf selbstbestimmtes Sterben existiert, und zwar in jeder Phase der menschlichen Existenz. Dieses Recht dürfe nicht auf fremddefinierte Situationen, wie schwere und unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt sein. Der Suizidwunsch sei vom Staat zu respektieren, die Straflosigkeit der Selbsttötung und die Hilfe dazu stünden nicht zur freien Disposition des Gesetzgebers¹.

Die AWMF begrüßt die Anerkennung der Autonomie und Selbstbestimmung, die das Bundesverfassungsgericht durch dieses Urteil dem Grundgesetz entsprechend in den Vordergrund stellt und damit einhergehend das gesetzliche Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung (§217 StGB) als mit dem Grundgesetz nicht vereinbar erklärt. Der jetzige §217 nimmt im Ergebnis Menschen die Möglichkeit, einen selbst gewählten letzten Weg zu gehen, weil dies ohne Hilfe kaum in einer vertretbaren Art und Weise möglich ist.

Die AWMF begrüßt auch die Absicht des Bundesgesundheitsministers, ein „legislatives Schutzkonzept“ zu erarbeiten, da es wesentlich ist, die Freiwilligkeit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches festzustellen und zu gewährleisten im Sinne eines Schutzes der Selbstbestimmung.

Die AWMF hält diese Feststellung auch dazu für wichtig, das Leben von Betroffenen zu schützen, wenn diese in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit, z.B. aufgrund einer psychischen Erkrankung, erheblich eingeschränkt sind.

¹ Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 26.02.2020: „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung von Selbsttötung verfassungswidrig“
https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html [Zugriff 08.06.2020]

Epidemiologische Daten

Die Anzahl der statistisch erfassten Selbsttötungen in Deutschland ist seit 1980 (n= 18.451) auf fast die Hälfte zurückgegangen (2016: n= 9.396), Männer sind nach wie vor mehr als doppelt so häufig betroffen wie Frauen². Die durchschnittliche Suizidrate in der Europäischen Union lag 2016 bei 10,33/100.000 Einwohnern (von 3,69/100.000 in der Türkei bis zu 28,27/100.000 in Lettland). Deutschland hat mit 11,29/100.000 Einwohnern eine dem EU-Durchschnitt nahe Rate, ebenso wie die Niederlande mit 11,28/100.000 Einwohnern³. Die beiden letzten Vergleichszahlen sind wichtig, da die Niederlande 2001 als weltweit erstes Land ein sogenanntes „Sterbehilfegesetz“ verabschiedet hat. Allerdings berücksichtigt diese Zahl nicht die Zahl der Tötungen auf Verlangen. In den letzten Jahren schienen die Gesuche nach Tötung auf Verlangen in den Niederlanden anzusteigen und Ärzt*innen fühlten sich unter Druck gesetzt. Es entstehen offensichtlich Wartezeiten, die für alle Beteiligten schwer auszuhalten sind⁴. 2019 waren diese Zahlen leicht rückläufig⁵

Beispiel gesetzliche Regelungen in den Niederlanden

In das Sterbehilfegesetz der Niederlande wurde ein Strafausschließungsgrund für Ärzt*innen aufgenommen, die unter Berücksichtigung der gesetzlich verankerten Sorgfaltskriterien Lebensbeendigung auf Verlangen vornehmen oder Hilfe bei der Selbsttötung leisten⁶.

Die Regelungen in den Niederlanden besagen, dass ein Strafausschließungsgrund dann gegeben ist, wenn sich Ärzt*innen vom Zutreffen folgender Sachverhalte versichert haben:

1. sie sind der Überzeugung, dass der Wunsch der Patient*innen freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde,
2. sie sind der Überzeugung, dass der Zustand der Patient*innen aussichtslos und ihr Leiden unerträglich ist,
3. sie haben die Patient*innen über Situation und Aussichten aufgeklärt,
4. sie sind zusammen mit den Patient*innen zu dem Schluss gelangt, dass es für die Situation keine andere annehmbare Lösung gibt,
5. sie haben mindestens eine andere, unabhängige ärztliche Konsultation veranlasst, bei der die Patient*innen untersucht wurden und zu den unter 1 bis 4 genannten Kriterien eine schriftliche Stellungnahme verfasst wurde,
6. die Lebensbeendigung oder die Hilfe bei der Selbsttötung erfolgt mit der gebotenen Sorgfalt.

Erfordernis zeitnahe und adäquater psychiatrischer und palliativmedizinischer Versorgung

Suizide sind stark mit dem Vorliegen psychischer bzw. psychiatrischer Erkrankungen assoziiert, weshalb für ein „legislatives Schutzkonzept“ das Erkennen und zeitnahe Behandeln solcher Erkrankungen essentiell ist (s.a. Stellungnahme der DGKJP zum Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen). Dies stellt eine Herausforderung für die nicht ausreichend verfügbaren Versorgungsstrukturen dar.

Eine weitere Herausforderung besteht in der flächendeckenden Sicherstellung einer ausreichenden palliativmedizinischen Betreuung. Gerade bei Menschen mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen

² Statistisches Bundesamt – Destatis, Todesursachen – Suizide: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> [Zugriff 08.06.2020]

³ Eurostat, Todesursachen – stand. Sterbeziffer pro 100000 Einwohner, „vorsätzliche Selbstbeschädigung“ <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> [Zugriff 08.06.2020]

⁴ Siehe z.B. Stefan Rehder, Tötung auf Verlangen hat Konjunktur, Tagespost vom 07.02.2020 <https://www.die-tagespost.de/politik/Niederlande-Toetung-auf-Verlangen-hat-Konjunktur;art4879,205377>

⁵ Staeck F, Jahresbericht: Tötung auf Verlangen – Zahlen in Holland sinken, Ärztezeitung 2019 <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Toetung-auf-Verlangen-Zahlen-in-Holland-sinken-255725.html>

⁶ Die Niederlande, Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (in Kraft getreten zum 1. April 2002) aufgerufen über <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/euthanasie.pdf>

sollte mit Todeswünschen angemessen umgegangen werden, hier handelt es sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht um tatsächliche Suizidwünsche⁷.

Stellungnahme der AWMF zu einem legislativen Schutzkonzept in Bezug auf die assistierte Selbsttötung

Die AWMF erachtet eine Orientierung an den Regelungen in den Niederlanden in Bezug auf ein legislatives Schutzkonzept für die Suizidassistenten für sinnvoll, insbesondere, was die oben genannten Punkte betrifft. Eine Ausnahme bildet ggf. hier Punkt 2 – diese „Fremd“-Einschätzung scheint nicht im Einklang mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu stehen und ist in Punkt 4 unseres Erachtens bereits enthalten. Punkt 3 könnte präzisiert werden, indem ergänzt wird, dass alle Behandlungsoptionen (Alternativen) dargelegt wurden.

Zusätzlich ist die Entscheidungsfähigkeit des Betroffenen zu prüfen, insbesondere hinsichtlich einer möglichen Einschränkung durch eine psychische/psychiatrische oder neurologische Erkrankung.

Aus diesem Grund sollten bei der zusätzlichen unabhängigen ärztlichen Konsultation Ärzt*innen hinzugezogen werden, die zuverlässig psychische/psychiatrische und neurologische Erkrankungen diagnostizieren und ggf. die entsprechenden Behandlungsoptionen aufzeigen können, soweit die primär betreuenden Ärzt*innen hierfür keine entsprechende Aus- bzw. Weiterbildung besitzen.

Angemessene Fristen für die Bestätigung der Dauerhaftigkeit des Wunsches sind zu diskutieren (s.a. Stellungnahmen von DGPneumologie und DG Palliativmedizin).

Wenn der Suizidwunsch auf der Grundlage einer fortgeschrittenen Erkrankung entstanden ist, sollten in der Beratung eine ausreichende Palliative Care Kompetenz und Möglichkeiten der palliativmedizinischen Betreuung sichergestellt sein.

In schwierigen Entscheidungssituationen, die die Beteiligten vor moralische Herausforderungen stellen, halten wir die Hinzuziehung einer Ethikberatung für sinnvoll.

„Beratungs-Hotlines“ können eine qualifizierte ärztliche Beratung im Team nicht ersetzen. Aus Sicht der AWMF ist es wichtig, Ärzt*innen zu gestatten, berufsethisch und berufsrechtlich Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, um eine qualifizierte ärztliche Betreuung zu gewährleisten. Eine solche ärztliche Beihilfe kann ausschließlich freiwillig erfolgen, dies wird auch im Urteil des Bundesverfassungsgerichts betont.

Wie in den Niederlanden, sehen wir die Einrichtung eines entsprechenden Registers als sinnvoll an. Dieses kann als Grundlage für Begleitforschung bzw. Evaluation der Praxis der Suizidbeihilfe in Deutschland dienen, die aus Sicht der AWMF unbedingt erforderlich ist, um Missbrauch und unangemessene Anwendungen der Suizidassistenten frühzeitig zu erkennen und entsprechende gegensteuernde Maßnahmen zu ergreifen. Die hierfür erforderlichen Ressourcen sind zur Verfügung zu stellen.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Monika Nothacker
nothacker@awmf.org

Prof. Dr. Rolf Kreienberg
kreienberg@awmf.org

⁷ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung, siehe Kapitel 18 „Todeswünsche“, 2018

Anlage: Stellungnahmen der Fachgesellschaften, die bis zum 09.06. eingegangen sind

Stellungnahme der DG Kardiologie - Herz-Kreislaufforschung

Stellungnahme der DG Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Stellungnahme der DG Palliativmedizin (DGP)

Stellungnahme der DG Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)