



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) zum Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 zur Sterbehilfe

Der Suizid ist nicht zuletzt wegen seiner Unumkehrbarkeit eine der bedeutendsten, sicherlich folgenreichsten Handlungen menschlicher Selbstbestimmung. Das Recht auf diese Selbstbestimmung, sein Leben beenden zu dürfen, wurde im Tenor des Urteils des BVerfG vom 26.02.2020 neu ausgelegt.

Zu unserer großen Überraschung sieht das Urteil des BVerfG keine Reichweitenbegrenzung vor. Dies mag aus juristischer Sicht eine logische Konsequenz der vorherigen Aussage sein, aus gerontopsychiatrischer Sicht bleibt jedoch die große Sorge über einen möglichen Dammbbruch gerade in Bezug auf alte und/oder psychisch kranke Menschen. Psychisch kranke ältere Menschen sind aufgrund einer Vielzahl von Einschränkungen kognitiver, emotionaler und sozialer Funktionen und häufig auch angesichts begleitender körperlicher Erkrankungen besonders vulnerabel und haben einen besonderen Hilfebedarf, der ihre pflegenden Angehörigen mit umfasst. Der Erhalt und die Förderung von Autonomie und Lebensqualität dieser Personengruppe kann in unserer Gesellschaft ein menschenwürdiges Altern sicherstellen helfen.

Dringend ist im Rahmen weiterer Regelungen ein gesellschaftlicher Diskurs notwendig, in dem neben Experten auch Patienten und Angehörige sowie Vertreter aller gesellschaftlicher Gruppierungen gehört werden sollten. Einige Kollegen aus unserem Kreis sorgen sich um eine Verschiebung der ärztlichen Rolle hin zu einem Entscheider über Leben und Sterben, die sich mit deren eigener ärztlichen Ethik nur schwer vereinbaren lässt und möglicherweise auch das Arztbild in der Gesellschaft verändern könnte.

Um dem Spannungsfeld zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und den Schutzpflichten gegenüber den Menschen, die z.B. krankheitsbedingt die Fähigkeit zur Selbstbestimmung verloren haben, gerecht zu werden, wird im Urteil des BVerfG die Entwicklung eines „legislativen Schutzkonzeptes“ benannt. Hierzu möchte die DGGPP folgende prinzipielle Gedanken beitragen:

- Vorrang muss die Suizidprävention haben. „Hilfe zum Leben statt Hilfe zum Sterben“ (DGGPPN 2020) hat oberste Priorität. Zu viele Depressionen, speziell älterer Menschen, werden weiterhin nicht erkannt und unzureichend behandelt. Dies führt nach Expertenkonsens zu einer erhöhten Suizidgefährdung Älterer. Alle Möglichkeiten sollten ausgeschöpft werden, die geeignet sind, suizidpräventiv zu wirken. Dazu gehören neben der Kompetenzstärkung insbesondere der Primärversorger die Restriktion häufiger Suizidmittel (Vorsicht bei der Verschreibung von Medikamenten, die einen Suizid ermöglichen; Regulierung der Verfügbarkeit von Schusswaffen; „Entschärfung“ von Brücken bzw. Hochhäusern und weiterer so genannter „hotspots“) und die Schaffung eines lebensbejahenden gesellschaftlichen Milieus – insbesondere für Ältere (s. Empfehlungen der WHO 2018). Hierzu zählt sicherlich auch die Verbesserung der psychologischen und psychiatrischen Versorgungssituation im ambulanten wie stationären Bereich. Gleiches gilt für die Stärkung der Palliativversorgung.

Geschäftsstelle

DGGPP e.V.
Postfach 1366
51657 Wiehl
Tel.: 02262/797683
Fax: 02262/999 9916
GS@dggpp.de

Vorstand

Prof. Dr. med. Dr. phil. M. Rapp
Potsdam
Präsident

Prof. Dr. med. H. Gutzmann
Berlin
Past Präsident

Prof. Dr. med. T. Supprian
Düsseldorf
Vizepräsident

Dr. med. R.A. Fehrenbach
Saarbrücken
Schatzmeisterin

Dr. med. S. Kreisel
Bielefeld
Schriftführer

Beisitzer

Prof. Dr. med. G. Adler
Mannheim

Dr. med. B. Baumgarte
Gummersbach

Dr. med. K. M. Perrar
Köln

A. Richert
Berlin

PD Dr. med. Ch. Thomas
Stuttgart

Erweiterter Vorstand

PD Dr. med. J. Benninghoff
Haar

Prof. Dr. med. J. Priller
Berlin

Wissenschaftl. Beirat

Prof. Dr. med. H. Förstl
München

Prof. Dr. med. G. Heuft
Münster

Prof. Dr. med. H.-J. Möller
München

Prof. Dr. med. H. Radebold
Kassel

- Darüber hinaus gilt es weiterhin zu erforschen, wodurch Sterbewünsche entstehen und wie man ihnen gesellschaftlich begegnen kann. Die Begründung für einen Wunsch nach assistierter Suizidhilfe, „im Alter Anderen nicht zur Last fallen zu wollen“ oder „im Alter nicht auf Hilfe angewiesen sein zu wollen“ muss dazu aufrufen, die Lebensbedingungen und die Versorgungssituation alter Menschen zu verbessern (s. Stellungnahme der DGGPP vom 20.05.2019 https://dggpp.de/stellungnahmen/DGGPP_Stellungnahme_Hilfen_psychisch_kranke-Aeltere_052019.pdf).
- Sterbe- / Suizidwünsche sind in ihrer überwiegenden Mehrzahl ambivalent und stark schwankend. Insofern bedarf es vor etwaiger Assistenz bei der Umsetzung des Suizidwunsches eines gesetzlich definierten und vorgeschriebenen Verfahrens, in dessen Verlauf die „Freiwilligkeit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches festzustellen und zu gewährleisten“ ist (Anschreiben des Bundesministers für Gesundheit J. Spahn, 15.4.2020). Insbesondere kommt es darauf an, krankheitsbedingte Einschränkungen der Willensbildung und Entscheidungsfindung, die eine Selbstbestimmung in erheblichem Maße beeinträchtigen, zu erkennen und daraus Konsequenzen abzuleiten. Dazu muss auch ein leitliniengerechtes Behandlungsangebot bei psychischen Erkrankungen, die mit Suizidalität einhergehen, gehören.
- Der Beratungsprozess muss verpflichtend gestaltet sein und eine bestimmte Mindestfrist zwischen diesem Prozess und der etwaigen Umsetzung der Suizidassistenz umfassen. Die beratenden Personen sollten neben den Basisqualifikationen in Beratungstätigkeit über genügend Expertise im Umgang mit Sterbewünschen sowie über ein psychiatrisches Grundwissen verfügen. Eine zusätzliche Begutachtung sollte durch zwei unabhängige Gutachter mit entsprechender fachlicher Expertise (davon mindestens einer mit psychiatrisch-psychotherapeutischer sowie mit palliativmedizinischer Fachexpertise) durchgeführt werden.
- Der Beratungs- und Entscheidungsprozess sollte von der etwaigen Umsetzung der Suizidassistenz personell und institutionell getrennt sein und ideologiefrei sowie ergebnisoffen durchgeführt werden. Er muss zugehend möglich sein und damit ggf. im ambulanten oder stationären Setting durchführbar sein. Eine Einflussnahme durch Dritte auf den Sterbe- / Suizidwunsch muss ausgeschlossen sein. Die Frage nach einem Richtervorbehalt sollte Teil der Diskussion zur Entwicklung dieser Regelungen sein.
- Eine differenzierte Ausarbeitung des Beratungs- und Entscheidungsprozesses und seiner Dokumentation, ggf. in Anlehnung an Verfahrensweisen aus Ländern, die mittlerweile über eine mehrjährige Erfahrung in assistierter Suizidhilfe verfügen, ist ebenfalls zu gewährleisten. Eine Vorausverfügung des Wunsches nach Suizidhilfe für den Fall der eigenen Unfähigkeit, seine Dinge selber zu besorgen, halten wir für nicht bindend, da die betroffene Person uneingeschränkt in der Lage sein muss, den Sinn, die Bedeutung und die Tragweite ihrer Willensäußerung zu überblicken, um sich freiverantwortlich suizidieren zu können. Fehlt diese natürliche Einsichtsfähigkeit wie bei Menschen mit einer voranschreitenden Demenz, so ist unseres Erachtens eine Suizidhilfe nicht mehr möglich, da sie den Tatbestand einer Tötung auf Verlangen erfüllen würde. Ein assistierter Suizid gegen den natürlichen Willen einer nichteinwilligungsfähigen Person ist auszuschließen. Stattdessen ist die Eigenverantwortlichkeit beim Verfassen einer aussagekräftigen Patientenverfügung zu fördern. Diese würde es ermöglichen, z.B. im Falle der fortgeschrittenen Demenz und zunehmender Unfähigkeit, ausreichend Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen, durch einen Therapie- bzw. Pflegezielwechsel (z.B. Beenden sterbeverlängernder Maßnahmen) unter palliativer Begleitung den Sterbeprozess zuzulassen.
- Kein Arzt darf dazu gezwungen werden, Hilfe zum Suizid zu leisten. Wiederum darf kein Arzt strafrechtlich oder berufsrechtlich bedroht werden, wenn er sich nach reiflicher Prüfung und entsprechend den geltenden Bestimmungen dazu entschliesse. Dazu bedarf es einer Neuregelung des Berufsrechtes der Ärzte und Apotheker – ggf. auch des Arzneimittel- und Betäubungsrechts -, die ebenfalls innerhalb der Berufsorganisationen von einem Diskussionsprozess begleitet werden müsste.

Potsdam, 03.07.2020



Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Rapp

Präsident
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V. (DGGPP)