

Deutsche Gesellschaft für Psychologie
Marienstraße 30, 10117 Berlin

Vorsitzende des Rechtsausschusses
Frau Elisabeth Winkelmeier-Becker

MdB Herrn Prof. Dr. Lars Castellucci

MdB Frau Renate Künast

MdB Frau Katrin Helling-Plahr

Präsident der DGPs
Prof. Dr. Stefan Schulz-Hardt

Deutsche Gesellschaft für Psychologie
Marienstraße 30
10117 Berlin
Vereinsregister: VR35794 B
praesident@dgps.de

Berlin, den 9.01.2023

Per E-Mail

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychologie - Reform der Sterbehilfe

Sehr geehrte Frau Winkelmeier-Becker,
sehr geehrte Frau Künast,
sehr geehrte Frau Helling-Plahr,
sehr geehrter Herr Prof. Castellucci,

diese Stellungnahme zur Reform der Sterbehilfe, die wir grundsätzlich sehr begrüßen, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) initiiert, durch die 1. Vizepräsidentin der DGPs, Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier (Universität Greifswald), sowie dem Experten für Suizidalität, PD Dr. Tobias Teismann (Universität Bochum), koordiniert und unter Mitarbeit von weiteren Expertinnen*Experten aus der Klinischen Psychologie und Psychotherapie sowie Gesundheitspsychologie erstellt (namentlich: Prof. Dr. Arno Drinkmann, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt; Prof. Dr. Sonia Lippke, Constructor University, Bremen; Prof. Dr. Birgit Wagner, Medical School Berlin; Dr. Alexandra Wuttke-Linnemann, Zentrum für psychische Gesundheit im Alter, Mainz).

Zu Beginn möchten wir folgende Anmerkung unserer Stellungnahme voraus stellen:

Im Jahr 2020 verstarben in Deutschland 9.206 Personen durch Suizid (Statistisches Bundesamt, 2021). Studien weisen darauf hin, dass zwischen 50 und 90 % der Suizide auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind (z.B. Brieger, Menzel & Hamann, 2022). Daher ist es unabdingbar, dass die Behandlung von Suizidalität, die Prävention von Suiziden sowie die Einschätzung der Freiverantwortlichkeit zu den Kernaufgaben und Kernkompetenzen von (psychologischen) Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten sowie Psychologen*Psychologinnen zählen. Die Bedeutung und Verantwortung der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten kommt aus unserer Sicht allerdings in allen Gesetzentwürfen zu kurz.

Vorab finden sich im Folgenden die wichtigsten fünf Veränderungsvorschläge, welche aus unserer Sicht im finalen Gesetzestext unbedingt berücksichtigt werden sollten:

- 1) **Auf psychotherapeutische/psychologische Behandlungsmöglichkeiten sollte explizit verwiesen werden.**
- 2) **Die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit muss auch durch Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten erfolgen dürfen.**
- 3) **Eine explizite Prüfung, ob psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden, sollte erfolgen.**
- 4) **Eine verpflichtende Fortbildung für alle beteiligten Berufsgruppen sollte eingeführt werden.**
- 5) **Hilfen für Suizidhinterbliebene sollten verankert werden.**

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie diesen Vorschlägen und den folgenden Stellungnahmen zu den drei Gesetzentwürfen (20/904, 20/2293 und 20/2322) Aufmerksamkeit schenken und unsere Anpassungsvorschläge berücksichtigen.

Abschließend möchten wir betonen, dass aus psychologisch-psychotherapeutischer Sicht der fraktionsübergreifende Gruppenantrag „Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen“ (20/1121) unsere uneingeschränkte Unterstützung erhält.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Stefan Schulz-Hardt
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychologie

Gesetzesentwurf Castellucci et al. (Drucksache 20/904): Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung.

Im Folgenden verweisen wir zunächst auf erforderliche Anpassungen des Gesetzesentwurfes und kommentieren anschließend Aspekte, die unserer Einschätzung nach weiteren Regelungen bedürfen.

1. Notwendige Anpassungen im Gesetzestext

a. Beurteilung der Freiverantwortlichkeit muss auch durch Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten erfolgen dürfen.

Die Einschätzung der Freiwilligkeit wird in diesem Gesetzesentwurf ausschließlich Fachärztinnen*Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie erlaubt. (Psychologische) Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten können in diesem Gesetzesentwurf gemäß §217, Absatz 3, ausschließlich im Rahmen eines multiprofessionellen Ansatzes hinzugezogen werden. Es erschließt sich nicht, aus welchen Gründen (psychologische) Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten hinsichtlich der Beurteilung der Freiwilligkeit ausgeschlossen werden. Sie erwerben im Rahmen ihrer Ausbildung/Weiterbildung die Fähigkeit und die Handlungskompetenzen, entsprechende Einschätzungen vorzunehmen. Es sei zudem hervorgehoben, dass keiner der anderen Gesetzentwürfe eine entsprechende Festlegung vornimmt (siehe unten).

Dementsprechend sollten Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten an den relevanten Stellen des Gesetzesentwurfes (§217, Absatz 2, Nummer 2 und Nummer 3; §217, Absatz 4) explizit und gleichberechtigt neben Fachärztinnen*Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie genannt werden.

b. Auf psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten sollte explizit verwiesen werden.

In dem pflichtmäßig vorgesehenen Beratungsgespräch müssen gemäß § 217, Absatz 2, Nummer 3b, Möglichkeiten der medizinischen Behandlung angesprochen werden. An dieser Stelle sollte gleichberechtigt ebenfalls auf die Möglichkeiten psychotherapeutischer Behandlungen hingewiesen werden. Psychotherapieverfahren haben sich als effektiv in der Prävention suizidaler Handlungen erwiesen (siehe zusammenfassend Teismann & Gysin-Maillart, 2022). Tatsächlich ist die Effektivität psychotherapeutischer Maßnahmen besser belegt als die Effektivität medizinischer Maßnahmen.

Dementsprechend sollte es in § 217, Absatz 2, Nummer 3b, heißen: „Möglichkeiten der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung sowie Alternativen zur Selbsttötung“

c. Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten sollten bei der Aussetzung des Werbeverbots explizit erwähnt werden.

In Paragraph 217a „Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung“ wird hervorgehoben, dass das Werbeverbot nicht gilt, „wenn Ärzte oder Ärztinnen oder beratende Stellen (...) darüber informiert werden und darüber unterrichten, welche Personen oder Einrichtungen bereit sind, Hilfe zur Selbsttötung“ (§ 217a, Absatz 2) zu leisten bzw. wenn „in ärztlichen oder pharmazeutischen Fachblättern“ (§ 217a, Absatz 3) hierzu eine Veröffentlichung erfolgt. Psychotherapeutinnen Psychotherapeuten und psychologische Fachblätter müssen hier ergänzt werden.

Analog zu Punkt 1a (s.o.) sollten Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten (§ 217a, Absatz 2) bzw. psychologische Fachblätter (§ 217a, Absatz 3) an den relevanten Stellen des Gesetzesentwurfes explizit genannt werden.

2. Ergänzende Hinweise

a. Frist zwischen Ausgabe des Tötungsmittels und Nutzung desselben sollte ausgeweitet werden.

Gemäß diesem Gesetzesentwurf muss der assistierte Suizid spätestens 2 Monaten nach Ausgabe des Tötungsmittels erfolgen. Dieses kurze Zeitfenster kann Personen mit Ambivalenz gegenüber dem assistierten Suizid unter Druck setzen und Entscheidungen zum assistierten Suizid fördern. Dies widerspricht dem ergebnisoffenen Beratungskonzept. Daher sollte die Frist ausgeweitet werden.

In dem Gesetzesentwurf ist zudem nicht klar definiert, welches Vorgehen in Fällen vorgesehen ist, in denen die genannte 2-Monatsfrist verstrichen ist.

b. Verpflichtende Fortbildung für beteiligte Berufsgruppen sollte eingeführt werden.

Grundsätzlich sollten alle Berufsgruppen, die an diesen Entscheidungsprozessen mitwirken, aufgrund der hohen Verantwortung eine Fortbildung zu diesem Thema absolvieren müssen (z.B. Überprüfung der Freiwilligkeit, Kenntnisse der palliativen Versorgung, Konzepte für Beratungsgespräche Sterbewilliger).

Gesetzesentwurf Künast et al. (Drucksache 20/2293): Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze

Im Folgenden verweisen wir erneut zunächst auf erforderliche Anpassungen des Gesetzesentwurfes und kommentieren anschließend Aspekte, die u.E. der weiteren Regelung bedürfen.

1. Notwendige Anpassungen im Gesetzestext

a. Explizite Festlegung, durch wen eine Beurteilung der Freiverantwortlichkeit vorgenommen werden darf, sollte erfolgen.

Bei Zweifeln an der freien Willensbildung soll gemäß §3, Absatz 1, Nummer 2, ein Gutachten eingeholt werden, das geeignet ist, diese Bedenken zu überprüfen. Vor dem Hintergrund der weitreichenden Konsequenzen einer entsprechenden Beurteilung muss geregelt sein, dass ein entsprechendes Gutachten ausschließlich von Fachärztinnen*Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und durch Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten ausgestellt werden kann und darf.

Dementsprechend müssen Fachärztinnen*Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten an den relevanten Stellen (§3, Absatz 1, Nummer 2) des Gesetzesentwurfes explizit genannt werden.

b. Explizite Prüfung, ob psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden, sollte erfolgen.

Sterbewillige müssen gemäß §3, Absatz 3 von ärztlicher Seite auf alle infrage kommenden medizinischen Mittel hingewiesen worden sein, die das Leid, das die Notlage begründet, auch nur geringfügig lindern könnten, wobei sich der Arzt oder die Ärztin vergewissern muss, dass es keine anerkannten medizinischen Mittel gibt, die den beschriebenen Leidensdruck verringern könnten.

Psychotherapeutische Maßnahmen sind effektiv in der Linderung psychischen Leids und müssen dementsprechend genauso wie medizinische Mittel von Ärztinnen*Ärzten in der Aufklärung berücksichtigt werden (siehe zusammenfassend Teismann & Gysin-Maillart, 2022). Es muss dementsprechend unter §3, Absatz 3, heißen: „die Sterbewilligen von ärztlicher Seite

auf alle infrage kommenden medizinischen und psychotherapeutischen Mittel hingewiesen worden sind, die das Leid, das die Notlage begründet, auch nur geringfügig lindern könnten, wobei sich der Arzt oder die Ärztin vergewissern muss, dass es keine anerkannten medizinischen oder psychotherapeutischen Mittel gibt, die den beschriebenen Leidensdruck verringern könnten.“

2. Ergänzende Hinweise

a. Verpflichtende Fortbildung für beteiligte Berufsgruppen sollte eingeführt werden.

Grundsätzlich sollten alle Berufsgruppen (siehe §4), die an diesen Entscheidungsprozessen mitwirken, aufgrund der hohen Verantwortung, eine Fortbildung zu diesem Thema absolvieren (z.B. Überprüfung der Freiwilligkeit, Kenntnisse der palliativen Versorgung, Konzepte für Beratungsgespräche Sterbewilliger).

b. Klare Regelung zur Ausgabe und Aufbewahrung des Tötungsmittels zum Schutz unbeteiligter Dritte sollte benannt werden.

Sowohl §4, Absatz 4 als auch §5, Absatz 2, ermöglichen es sterbewilligen Personen, das verschriebene Natrium-Pentobarbital selbst zu erhalten und den assistierten Suizid eigenständig ohne ärztliche Begleitung oder Begleitung durch Dritte durchzuführen. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass der vorliegende Gesetzesentwurf keine Schutzvorkehrungen dahingehend vorsieht, dass ein potenziell tödliches Mittel bei sterbewilligen Personen zuhause anderen Mitgliedern des Haushaltes zugänglich gemacht wird; auch Suizide in der Öffentlichkeit werden hierdurch möglich.

Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln stellt eine der wirksamsten Maßnahmen der Suizidprävention dar (WHO, 2014): Beispiele hierfür sind die Einschränkung der Verfügbarkeit von Schusswaffen, die Zugangsbeschränkung zu so genannten Suizid-Hotspots oder die Verkleinerung von Packungsgrößen von potentiell letalen Medikamenten.

Vor diesem Hintergrund ist von der freien Verfügbarkeit von tödlichen Arzneimitteln für den Hausgebrauch dringend abzusehen. Es braucht vielmehr einer klaren Regelung zu Ausgabe und Aufbewahrung des Medikaments, um unbeteiligte Dritte zu schützen.

Gesetzesentwurf Helling-Plahr et al. (Drucksache 20/2332): Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe

Schließlich verweisen wir auch bei diesem dritten Gesetzesentwurf zunächst auf erforderliche Anpassungen des Gesetzesentwurfes und kommentieren abschließend Aspekte, die u.E. der weiteren Regelung bedürfen.

1. Notwendige Anpassungen im Gesetzestext

a. Explizite Festlegung durch wen eine Beurteilung der Freiverantwortlichkeit vorgenommen werden darf.

Im Gesetzesentwurf ist nicht explizit festgeschrieben, durch Personen welcher Berufsgruppe die Beratung und damit auch eine erste Beurteilung der Freiverantwortlichkeit vorgenommen werden kann. An späterer Stelle (S. 16, zu §6) wird jedoch deutlich, dass es letztendlich die das tödliche Medikament verschreibenden Ärzte*Ärztinnen sind, die über das Vorliegen von Freiverantwortlichkeit entscheidend: „Darüber hinaus sind sie besser, (*sic*) als andere Berufsgruppen in der Lage zu erkennen, ob der Betroffene aus autonom gebildetem, freiem Willen heraus handelt, ...“ (S. 16, zu §6).

Dieser Einschätzung ist nicht zuzustimmen. Eine Entscheidung über die Freiverantwortlichkeit – insbesondere mit Blick auf die Rolle psychischer Erkrankungen und/oder etwaigem Druck

von anderen – kann nur durch entsprechend ausgebildetes Personal erfolgen. Dementsprechende muss explizit festgelegt werden, dass eine Einschätzung der Freiverantwortlichkeit ausschließlich durch Fachärzte*Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten durchgeführt werden kann und darf.

b. Gleichstellung von Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten sollte gewährleistet sein.

Ärztinnen*Ärzten wird gemäß §5, Absatz 1, erlaubt, sich als Beratungsstelle anerkennen zu lassen. Psychotherapeutinnen*Psychotherapeuten wird dieses Recht – ohne Begründung – nicht eingeräumt. Dies lässt sich inhaltlich nicht begründen. Dementsprechend muss der entsprechenden Satz in §5, Absatz 1 auf folgende Weise angepasst werden: „Als Beratungsstellen können auch Einrichtungen freier Träger, Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten anerkannt werden.“

c. Anforderung an die Dauerhaftigkeit eines Suizidwunsches sollte erhöht werden.

Eine „gewisse Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit“ des Entschlusses (§3,4) wird operationalisiert durch eine Stabilität des Wunsches über mindestens 10 Tage (§6,4). Mit Blick auf die Dauer vorübergehender Lebenskrisen (z.B. Trauer nach Todesfällen, Liebeskummer, Anpassungsprobleme beim Übergang ins Rentenalter) erscheint diese Frist sehr kurz. Mit Ausnahmen von Situationen, in denen es sich um den Sterbewunsch einer letal erkrankten Person handelt, erscheint aus psychologischer Sicht eine Frist von mindestens sechs besser aber zwölf Monaten angebracht.

2. Ergänzende Hinweise

a. Verpflichtende Fortbildung für beteiligte Berufsgruppen sollte eingeführt werden.

Grundsätzlich sollten alle Berufsgruppen, die an diesen Entscheidungsprozessen mitwirken, aufgrund der hohen Verantwortung, eine Fortbildung zu diesem Thema absolvieren (z.B. Überprüfung der Freiwilligkeit, Kenntnisse der palliativen Versorgung, Konzepte für Beratungsgespräche für Sterbewillige).

b. Hilfen für Suizidhinterbliebene sollten verankert werden.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen, für diejenigen, die nach der Suizidhilfe zurückbleiben und/oder diese leisten, sollten in dem Gesetzesentwurf verankert werden.

c. Verortung der Beratungsstellen sollte unabhängig erfolgen.

Es ist essentiell zu betonen, dass die Beratungsstellen unabhängig verortet sein müssen, d.h. beratende und verschreibende Person dürfen in keinem Fall an der gleichen Institution tätig sein.

Referenzen

Brieger, P., Menzel, S. & Hamann, J. (2022). Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? *Bundesgesundheitsbl* **65**, 25–29. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03464-0>

Statistisches Bundesamt (2021) Todesursachenstatistik. www.destatis.de, Zugriffen: Dezember 2022.

Teismann, T. & Gysin-Maillart, A. (2022). Psychotherapie nach einem Suizidversuch – Evidenzlage und Bewertung. *Bundesgesundheitsblatt*, **65**, 40–46. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03466-y>

WHO (2014). Suicide prevention: a global imperative. Geneva: WHO Press.