

Nervenarzt

<https://doi.org/10.1007/s00115-022-01391-2>

Angenommen: 16. August 2022

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022



# Der assistierte Suizid

## Einstellungen und Erfahrungen der Mitglieder der DGPPN

Michael Wassiliwizky<sup>1</sup> · Gabriel Gerlinger<sup>1</sup> · Katharina Domschke<sup>1,2</sup> · Andreas Reif<sup>1,3</sup> · Felix Bader<sup>4</sup> · Thomas Pollmächer<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Berlin, Deutschland

<sup>2</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland

<sup>3</sup> Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt-Goethe Universität, Frankfurt am Main, Deutschland

<sup>4</sup> BIS Berliner Institut für Sozialforschung GmbH, Berlin, Deutschland

<sup>5</sup> Zentrum für psychische Gesundheit, Klinikum Ingolstadt, Ingolstadt, Deutschland

### Zusammenfassung

**Hintergrund und Fragestellung:** Nachdem das Bundesverfassungsgericht das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe 2020 aufgehoben hat, diskutieren Politik, Gesellschaft und Ärzteschaft über gesetzliche Schutzmaßnahmen, die einen Missbrauch verhindern sollen. Diese Umfrage unter den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) erfasst erstmals die Einstellungen und Erfahrungen bezüglich Suizidbeihilfe von Psychiaterinnen und Psychiatern sowie weiterer in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen in Deutschland, denn Suizidalität und Suizidassistenz sind für die Medizin und speziell für Psychiatrie und Psychotherapie hochrelevante Themenfelder.

**Material und Methoden:** Die Befragung wurde als Onlineumfrage mit einem Datenschutz-Grundverordnungs(DSGVO)-konformen Datenschutzkonzept durchgeführt und an insgesamt 9356 Mitglieder verschickt. Neben der deskriptiven Auswertung des Fragebogens wurden die Freitextantworten einer zusätzlichen qualitativen Analyse unterzogen. Schließlich wurden Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Variablen und relevanten Items untersucht.

**Ergebnisse:** Insgesamt 2048 Mitglieder nahmen an der Umfrage teil (22%). Die Mehrheit der Teilnehmenden (88%) hielt eine (neue) gesetzliche Regelung des assistierten Suizids für notwendig, am häufigsten wurde dabei die Trennung von Beratung, Begutachtung und Durchführung der Suizidassistenz genannt (76%). Die Mehrheit hielt Suizidassistenz bei freiverantwortlich gefasstem Suizidwunsch unter bestimmten Umständen für legitim (72%), insbesondere bei hohem Leidensdruck und nahem Lebensende (67%). Alter, Geschlecht und Gläubigkeit zeigten sich bei einer Reihe von Antworten als signifikante Einflussfaktoren.

**Diskussion:** Eine große Mehrheit der DGPPN-Mitglieder hält es für notwendig, eine gesetzliche Regelung zu finden, die eine missbräuchliche Suizidassistenz verhindert. Während die Mehrheit der Teilnehmenden die Suizidbeihilfe nicht grundsätzlich für legitim oder illegitim hielt, sondern dies von den konkreten Umständen des Suizidwunsches abhängig machte, schloss es mehr als die Hälfte aus, selbst Suizidassistenz zu leisten. Die Ergebnisse stellen einen wichtigen Beitrag zu den politischen Debatten um ein „legislatives Schutzkonzept“ dar.

### Schlüsselwörter

Suizidbeihilfe · Ärztlich assistierter Suizid · Medizinethik · Psychiatrie und Psychotherapie · Umfrage

Die Autoren Michael Wassiliwizky und Gabriel Gerlinger haben zu gleichen Teilen zum Manuskript beigetragen und teilen sich die Erstautorenschaft.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Tab. 1	Gliederung des Fragebogens
	Rahmenbedingungen des assistierten Suizids
	Freiverantwortlichkeit
	Legitimität der Suizidassistenz
	Rolle von Ärzten bei assistierten Suiziden
	Persönliche Einschätzungen und Erfahrungen
	Erwartungen bezüglich zukünftiger Entwicklungen
	Soziodemographische Fragen

Tab. 2	Repräsentativität der Stichprobe bezüglich Geschlecht und Alter <sup>a</sup>	
	Umfrage	DGPPN-Mitglieder
<i>Geschlecht</i>	z = 3,61***, p < 0,001	
<i>Männlich</i>	53	49
<i>Weiblich</i>	47	51
<i>Alter</i>	z = 7,07***, p < 0,001	
<i>Unter 50 Jahren</i>	35,6	43,6
<i>Über 50 Jahren</i>	64,4	56,4

<sup>a</sup>Angaben in Prozent, 2-seitiger z-Test für Anteilswert im Einstichprobenfall

### Hintergrund und Fragestellung

Am 26.02.2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) § 217 des Strafgesetzbuchs (StGB) für verfassungswidrig. Diese strafrechtliche Vorschrift hatte „die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ 2015 unter Strafe gestellt. Unter „geschäftsmäßig“ verstand der Gesetzgeber eine auf Wiederholung angelegte Handlung, die Suizidassistenz blieb also in Einzelfällen weiterhin zulässig. Das Gericht begründete seine Entscheidung damit, dass § 217 StGB es Suizidwilligen faktisch unmöglich gemacht habe, ihr Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben wahrzunehmen [1].

Das BVerfG stellte auch fest, dass das Verfügungsrecht über das eigene Leben weder auf das Vorhandensein einer schweren oder unheilbaren Krankheit noch bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt sei. Es sah als einzige notwendige Voraussetzung für eine legitime Suizidassistenz an, dass die Entscheidung *freiverantwortlich* und von *gewisser Dauerhaftigkeit* und *innerer Festigkeit* getragen sein müsse. Aktuell berät der Bundestag über mehrere interfraktionelle Gesetzesentwürfe zur konkreten Ausgestaltung eines solchen „legislativen Schutzkonzepts“.

Obwohl das Thema Suizidassistenz grundsätzlich alle Ärztinnen und Ärzte betrifft, hat es für das Fach Psychiatrie und Psychiatrie besondere Bedeutung [2, 3]. Im Jahr 2020 starben in Deutschland 9206 Personen durch Suizid [4]. Schätzungen zufolge lassen sich zwischen 50–90% der Suizide auf psychische Erkrankungen zurückführen [5–7]. Aufgrund dieser en-

gen Beziehung zwischen Suizidalität und psychischen Erkrankungen gehören deren Behandlung, die Prävention von Suiziden sowie die Einschätzung der Freiverantwortlichkeit und ihre krankheitsbedingten Einschränkungen zu den Kernaufgaben und -kompetenzen von Psychiaterinnen und Psychiatern.

In Deutschland und anderen westlichen Ländern gibt es umfangreiche Studien zu Einstellungen der Allgemeinbevölkerung [8–10] und der Ärzteschaft [11–14] zum assistierten Suizid. Für die USA und Kanada liegen außerdem Untersuchungen zu den Einstellungen von Psychiaterinnen und Psychiatern vor [15, 16]. Die Einstellungen und Erfahrungen der deutschen Psychiaterinnen und Psychiater sowie weiterer in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen zur Suizidassistenz sind bis dato jedoch noch nicht untersucht worden.

### Methodik

#### Fragebogen

Die DGPPN hat das unabhängige Berliner Institut für Sozialforschung (BIS) mit der Durchführung der Umfrage beauftragt. Der Fragebogen wurde von den Autoren auf Basis einer Literaturrecherche entwickelt, vom BIS entsprechend den wissenschaftlichen Kriterien einer neutralen Befragung überarbeitet und auf der Basis von Prätests mit den Autoren finalisiert. Der finale Fragebogen enthielt 40 Fragen zu verschiedenen Themenkomplexen (■ Tab. 1) und ein offenes Kommentarfeld.

Der Fragebogen wurde vom BIS als Websurvey mithilfe der Software SoSci Survey v3.2.32 (i1306) programmiert und

auf dem BIS-eigenen Server bis-berlin.de eingestellt. Der Onlinefragebogen war vom 15.07.2021 bis zum 31.08.2021 freigeschaltet. Mitte Juli 2021 wurden 9356 Briefe an alle ordentlichen Mitglieder der DGPPN (weiblich: 4773, männlich: 4543) verschickt. Es handelt sich somit um eine Vollerhebung, insofern als jedes Mitglied grundsätzlich die Möglichkeit hatte, teilzunehmen. Anfang August wurden die Mitglieder, unabhängig davon, ob sie bereits teilgenommen hatten, postalisch an die Teilnahme erinnert. 40 Personen konnten postalisch nicht erreicht werden. Zusätzlich wurden die per E-Mail erreichbaren Mitglieder am 22.07.2021 und am 26.08.2021 in DGPPN-Newslettern zur Teilnahme aufgerufen.

### Auswertung

Nach Abschluss der Onlinebefragung wurden die Daten vom BIS bereinigt und aufbereitet. Die Ergebnisse wurden deskriptiv in Form von Tabellen und Grafiken dargestellt. Für die quantitativen Analysen – 2-seitige  $\chi^2$ -Tests mit Kontinuitätskorrektur nach Yates für bivariate und logistische Regressionen für multivariate Zusammenhänge – wurde die Statistiksoftware R in der Version 4.0.5 verwendet. Darüber hinaus wurden die Freitextantworten mithilfe der Software MAXQDA einer zusätzlichen qualitativen Analyse unterzogen.

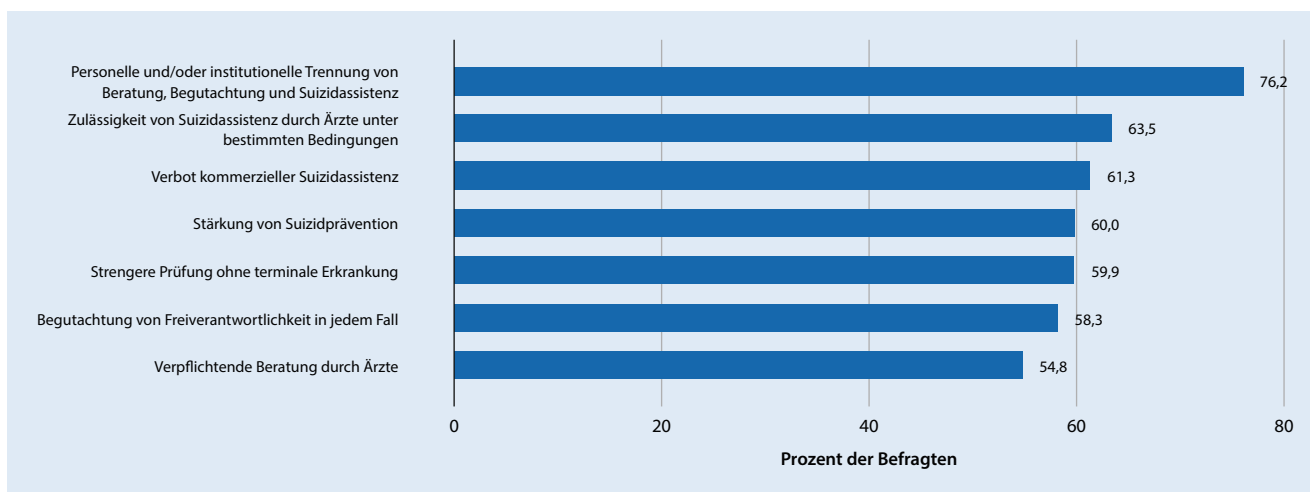
### Datenschutz

Das BIS hat ein strenges DSGVO-konformes Datenschutzkonzept entwickelt, in dem alle datenschutzrechtlichen Belange berücksichtigt wurden.

### Ergebnisse

#### Rücklauf

Der Fragebogen wurde insgesamt 2100-mal aufgerufen. 2048 Mitglieder nahmen an der Umfrage teil, 1949 schlossen die Teilnahme ab. Demnach haben 99 Mitglieder nur einen Teil des Fragebogens beantwortet. Auch die unvollständigen Teilnahmen wurden in der Auswertung berücksichtigt. Die Ausschöpfungsquote betrug bezogen auf die 9356 adressierten Mitglieder 22%.



**Abb. 1** ▲ „Was sollte eine gesetzliche Regelung enthalten?“ (Mehrfachnennungen möglich, alle Antworten mit Zustimmung > 50%)

## Soziodemographische Variablen

Der Altersdurchschnitt der Teilnehmenden betrug 53 Jahre (SD = 11), es nahmen 911 Frauen (47%) und 1021 Männer (53%) teil, 7 Mitglieder stufen sich als divers ein (< 1%). Die Teilnehmenden waren überwiegend Fachärztinnen und Fachärzte (86%), darüber hinaus Assistenzärztinnen und -ärzte (10%), 4% gehörten weiteren Berufsgruppen an. Eine vergleichbare Zahl Teilnehmender war jeweils in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und in Vertragsarztpraxen (je 28%) tätig. In Universitätskliniken waren 14%, in Kliniken für Psychiatrie am Allgemeinkrankenhaus 13% und in weiteren Tätigkeitsbereichen 17% tätig.

Der Anteil der männlichen Mitglieder, die an der Umfrage teilnahmen, war signifikant höher als in der Grundgesamtheit ( $z = 3,61^{***}, p < 0,001$ ). Auch der Anteil der über 50-Jährigen war in der Umfrage signifikant höher als in der Mitgliedschaft der DGPPN ( $z = 7,07^{***}, p < 0,001$ ; **Tab. 2**).

## Rahmenbedingungen des assistierten Suizids

Die sehr deutliche Mehrheit der Teilnehmenden (88%) hielt eine (neue) gesetzliche Regelung des assistierten Suizids für unbedingt oder eher notwendig. Dabei wurde eine institutionelle und/oder personelle Trennung von Beratung, Begutachtung und Durchführung der Suizidassistenz am häufigsten als notwendiger Be-

standteil einer solchen Regelung genannt (76%, **Abb. 1**).<sup>1</sup> Unter den Freitextantworten zu dieser Frage ( $n = 159$ ) war die häufigste Antwort (15%), dass das Vorliegen einer psychischen Erkrankung ausgeschlossen werden sollte.

Für den Fall, dass keine terminale Erkrankung vorliegt, sprachen sich die meisten Teilnehmenden (90%) dafür aus, eine Wartefrist zwischen Beratung und Vollzug der Suizidassistenz einzuführen.<sup>2</sup> Dabei befürworteten 16% wenige Tage bis zu einem Monat, 40% einen Monat bis 3 Monate, 23% 3 bis 12 Monate und 11% mehr als ein Jahr. Für den Fall einer terminalen Erkrankung favorisierten die Teilnehmenden insgesamt eine kürzere Wartefrist: 35% sprachen sich in diesen Fällen für gar keine Wartefrist aus, 49% für wenige Tage bis zu einem Monat, 13% für einen Monat bis 3 Monate und 3% für mehr als 3 Monate aus.

Bezüglich des Zugangs zum todbringenden Mittel befürworteten etwa gleich viele Teilnehmende eine ärztliche Verordnung eines todbringenden Medikaments (41%) wie eine Genehmigung durch eine Behörde (44%), 15% würden die Zurverfügungstellung untersagen.

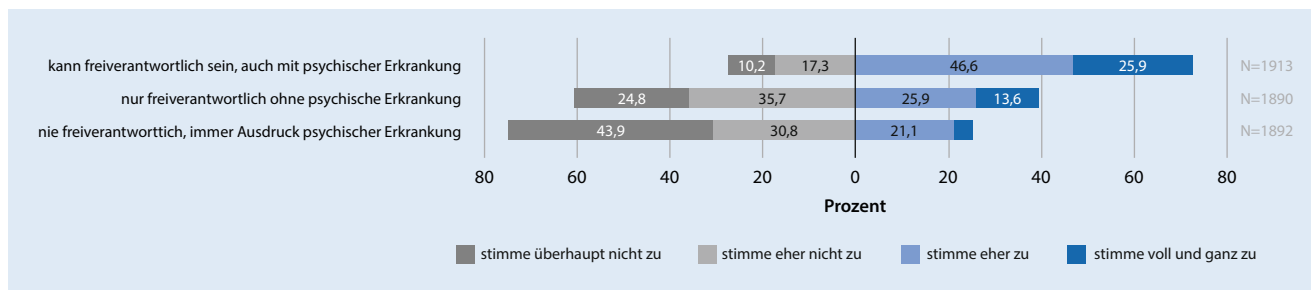
<sup>1</sup> 86 Personen, die eine gesetzliche Regelung für gar nicht notwendig hielten, wurde diese Frage nicht gestellt.

<sup>2</sup> Die Fragen nach der Wartezeit wurden 393 Personen, die Suizidassistenz unter keinen Umständen für legitim halten, nicht gestellt.

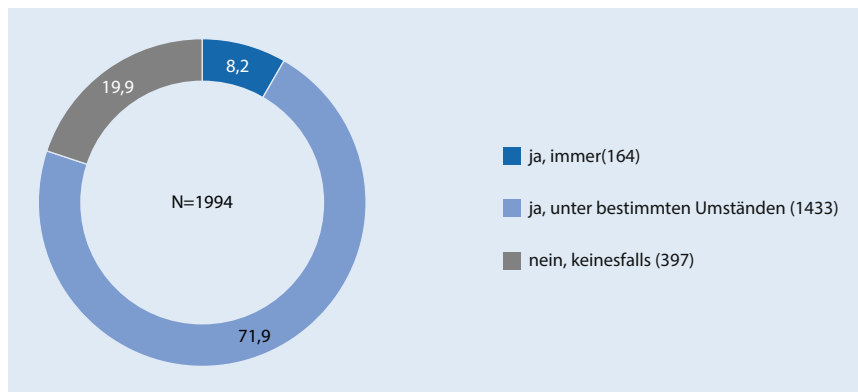
## Freiverantwortlichkeit

Als wesentlichste Faktoren, die die Freiverantwortlichkeit eines Suizidwunsches „sehr stark“ oder „etwas“ beeinträchtigen könnten, wurden Symptome psychischer Erkrankungen genannt: psychotische Symptome (99%), depressive Symptome (98%), kognitive Beeinträchtigungen (95%), Suchterkrankungen (92%). Es folgten psychosoziale Faktoren wie akute psychosoziale Belastungen (84%), Schuldgefühle (82%), Befürchtungen, anderen zur Last zu fallen, (80%) und Druck durch Dritte (79%). Knapp drei Viertel der Befragten waren der Ansicht, dass auch bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung Suizidwünsche freiverantwortlich sein können (73%, **Abb. 2**).

Die meisten Teilnehmenden hielten Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie für kompetent, die Freiverantwortlichkeit einzuschätzen (88%), und erachteten dies auch als deren Aufgabe (68%). Auch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (63%), für Nervenheilkunde (62%) und für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (58%) hielten die meisten für qualifiziert und etwa die Hälfte hielt dies für ihre Aufgabe (50%, 50%, 44% respektive). Andere Berufsgruppen oder Ärztinnen und Ärzte im Allgemeinen erachteten die meisten Teilnehmenden weder für qualifiziert noch schätzten sie die Beur-



**Abb. 2** ▲ „Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen zur Freiverantwortlichkeit (also Selbstbestimmtheit, zeitliche Konstanz und Ernsthaftigkeit) ein.“



**Abb. 3** ▲ „Vorausgesetzt der Suizidwunsch Volljähriger ist freiverantwortlich, halten Sie dann eine Suizidassistenz für legitim?“

teilung der Freiverantwortlichkeit eines Suizidwunschs als deren Aufgabe ein.

Bezüglich der eigenen Kompetenz zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit schätzten die meisten sie als eher hoch bis sehr hoch (75%), die restlichen für gering bis nicht vorhanden ein. Ebenfalls drei Viertel (74%) sprachen sich für eine Begutachtung der Freiverantwortlichkeit durch mindestens 2 Personen aus.

### Legitimität der Suizidassistenz

Jede(r) fünfte Teilnehmende hielt die Suizidassistenz bei freiverantwortlichen Suizidwünschen bei Erwachsenen niemals für legitim (20%, **Abb. 3**), eine kleine Minderheit hielt sie immer für legitim (8%). Die weit überwiegende Mehrheit betrachtete Suizidassistenz bei freiverantwortlich gefasstem Suizidwunsch nur unter bestimmten Umständen als legitim (72%). Als legitimierender Umstand (Mehrfachnennungen möglich) wurde von 67% aller Teilnehmenden das Versterben in absehbarer Zeit mit hohem Leidensdruck genannt, wobei jede(r) Vierte eine Suizidassistenz bei frei-

verantwortlich gefasstem Wunsch eines psychisch erkrankten Menschen mit hohem Leidensdruck für legitim hielt (25%).

Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (55%) erachtete bei Kindern und Jugendlichen eine Suizidassistenz niemals für legitim. 44% der Teilnehmenden hielten eine Suizidassistenz jedoch bei einem freiverantwortlich gefasstem Suizidwunsch auch bei Kindern und Jugendlichen unter bestimmten Umständen für legitim. Dabei wurde das Versterben in absehbarer Zeit mit hohem Leidensdruck am häufigsten (42%) als Kriterium (Mehrfachnennungen möglich) genannt, wohingegen nur 7% bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit hohem Leidensdruck eine Suizidassistenz für legitim hielten.

### Die Rolle von Ärztinnen und Ärzten bei assistierten Suiziden

Unter den Teilnehmenden gaben 38% an, Assistenz bei freiverantwortlichen Suiziden sei keinesfalls eine ärztliche Aufgabe. Zwölf Prozent hielten sie jedoch immer und 50% unter bestimmten Umständen

für eine ärztliche Aufgabe. Bei Volljährigen sahen dies 43% dann als eine ärztliche Aufgabe (Mehrfachnennungen möglich), wenn ein Versterben absehbar ist und ein hoher Leidensdruck vorliegt. Bei psychisch erkrankten Volljährigen mit hohem Leidensdruck sah allerdings nur eine Minderheit von 21% Suizidassistenz als eine ärztliche Aufgabe an.

Bei Kindern und Jugendlichen lehnten 54% Suizidassistenz als ärztliche Aufgabe in jedem Fall ab. Suizidassistenz sahen 31% der Teilnehmenden nur im Falle des absehbaren Versterbens und hohem Leidensdruck und 9% auch bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit hohem Leidensdruck als eine ärztliche Aufgabe an (Mehrfachnennungen möglich).

Nur 4% der Befragten wünschten, dass die Berufsordnung keinerlei Festlegung zur Frage des ärztlich assistierten Suizids trifft. Ein Drittel wollte festgehalten wissen, dass Ärztinnen und Ärzte unter bestimmten Bedingungen Suizidassistenz leisten können (34%), und ein Viertel, dass es eine Gewissensentscheidung sei (25%). Knapp jeder Fünfte sagte, die Berufsordnung solle festhalten, dass Suizidassistenz keine ärztliche Aufgabe ist (18%). Jeweils eine kleine Minderheit wünschte ein Verbot ärztlicher Suizidassistenz in der Berufsordnung (7%) bzw. eine konkrete Zuweisung als ärztliche Aufgabe (5%).

### Persönliche Einschätzungen und Erfahrungen

Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (53%) schloss es für sich selbst aus, bei einem freiverantwortlichen Suizid von Erwachsenen zu assistieren (**Abb. 4**). Bei Volljährigen würden 44% der Teilnehmenden dann assistieren, wenn das Versterben

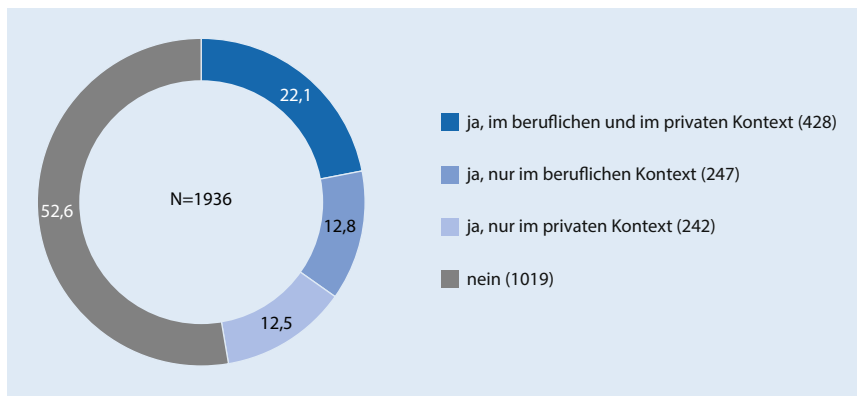


Abb. 4 ▲ „Würden Sie bei einem freiverantwortlichen Suizid assistieren?“

absehbar ist und hoher Leidensdruck vorliegt, aber nur 20 % bei psychisch Erkrankten mit hohem Leidensdruck (Mehrfachnennungen möglich).

Bei Kindern und Jugendlichen schlossen es 73 % aus, Suizidassistenz zu leisten. Bei Kindern und Jugendlichen würden 26 % der Teilnehmenden dann assistieren, wenn das Versterben absehbar ist und hoher Leidensdruck vorliegt, und 5 % bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit hohem Leidensdruck (Mehrfachnennungen möglich).

Etwas mehr als ein Drittel (35 %) der Teilnehmenden wurde schon um Suizidassistenz gebeten, dabei deutlich häufiger im beruflichen Kontext als im privaten (34 % vs. 11 %), wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Im beruflichen Kontext waren die um Suizidassistenz nachsuchenden Personen in aller Regel psychisch erkrankt (83 %), deutlich weniger waren somatisch bzw. terminal erkrankt (46 % bzw. 34 %), nur eine sehr kleine Minderheit von jeweils 1 % war gesund oder minderjährig (Mehrfachnennungen möglich). Im privaten Kontext war dies anders. Hier waren die anfragenden Personen überwiegend somatisch oder terminal erkrankt (jeweils 52 %), nur eine Minderheit war psychisch erkrankt (22 %). Anfragen gesunder Menschen gab es im privaten Kontext mit 11 % deutlich häufiger als im beruflichen. Anfragen von Minderjährigen wurden auch im privaten Kontext nur von 1 % der Teilnehmenden berichtet (Mehrfachnennungen möglich).

Ein Prozent der Teilnehmenden ( $n = 29$ ) gab an, schon ein- oder mehrmals bei einer suizidalen Handlung assistiert zu haben, gleichermaßen im beruflichen ( $n = 17$ ) wie

im privaten Kontext ( $n = 15$ , Mehrfachnennungen möglich). Die Betroffenen waren sowohl im beruflichen als auch im privaten Kontext überwiegend somatisch ( $n = 24$ ) oder terminal ( $n = 19$ ) erkrankt, in wenigen Einzelfällen psychisch erkrankt ( $n = 6$ ) oder gesund ( $n = 2$ ) und nie minderjährig (Mehrfachnennungen möglich).

Jeweils etwa ein Drittel der Teilnehmenden würde selbst Suizidassistenz in Anspruch nehmen (31 %), sie nicht in Anspruch nehmen (32 %) oder war diesbezüglich unentschieden (34 %).

### Erwartungen bezüglich zukünftiger Entwicklungen

Für die nächsten Jahre erwarteten 91 % der Teilnehmenden eine gesetzliche Neuregelung der Suizidassistenz (Abb. 5), 71 % eine Zunahme der Zahl assistierter Suizide und 67 % eine Abnahme von Ängsten vor einem qualvollen oder fremdbestimmten Sterben durch die Möglichkeit der Suizidassistenz. Dass der Druck auf ältere und kranke Menschen, ihr Leben zu beenden, steigen wird, hielten etwa gleich viele Teilnehmende für eher oder sehr wahrscheinlich (54 %) als für eher oder sehr unwahrscheinlich (46 %). Ähnlich verhielt es sich bei der Erwartung hinsichtlich einer Legalisierung von Töten auf Verlangen: 52 % der Teilnehmenden erwarteten dies, 48 % erwarteten dies nicht. Dass Suizidassistenz eine Regelaufgabe des medizinischen Versorgungssystems wird, hielten die meisten Teilnehmenden nicht für wahrscheinlich (74 %), ebenso wenig wie eine Abnahme der Zahl „einsamer Suizide“ (79 %).

### Qualitative Auswertung der Freitextantworten

Von 2048 beteiligten Mitgliedern nutzten 405 die Möglichkeit, am Ende des Fragebogens Freitextangaben zu machen. Darunter fanden sich 301 inhaltliche Anmerkungen zum Thema Suizidassistenz. Die qualitative Untersuchung zeigt, dass etwa gleich viele Mitglieder die offene Angabe genutzt haben, um sich für oder gegen eine Liberalisierung des assistierten Suizids auszusprechen. Die Liberalisierungsbefürworter nannten als Voraussetzungen für Suizidassistenz insbesondere den interdisziplinären Austausch, eine einheitliche gesetzliche Regelung und Rechtssicherheit, die Freiwilligkeit ärztlichen Handelns und die Verpflichtung zur Qualifizierung. Sie begründeten ihre Position mit dem Selbstbestimmungsrecht, der Linderung von Leid als ärztlicher Aufgabe und mit der Verhinderung „unwürdiger“ oder „erfolgloser“ Suizidversuche. Unter den befragten Mitgliedern fanden sich auch viele, die sich strikt gegen den assistierten Suizid positionieren. Deren wichtigsten Argumente waren die „Pervertierung“ ärztlichen Handelns durch die Suizidassistenz, der Suizidwunsch als Symptom einer behandelbaren psychischen Erkrankung, die Schwierigkeit bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit, verschiedene Glaubensvorstellungen und die Unmöglichkeit des rechtlichen Anspruchs auf Suizid. Darüber hinaus wurde eine Reihe möglicher Probleme beschrieben, die mit einer Zulassung assistierten Suizids einhergehen könnten. Darunter fielen eine befürchtete zukünftige Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten zur Suizidbeihilfe, Missbrauch und Kommerzialisierung, Schwierigkeiten bei der Einschätzung des freien Willens bei gleichzeitig bestehendem gesellschaftlichem Druck, steigende Suizidzahlen und mögliche psychische Folgen für assistierende Personen.

### Zusammenhänge zwischen Soziodemographie und der Haltung zu Suizidassistenz

Aufgrund des explorativen Charakters der vorliegenden Untersuchung werden hier schwerpunktmäßig die signifikanten Ergebnisse berichtet.



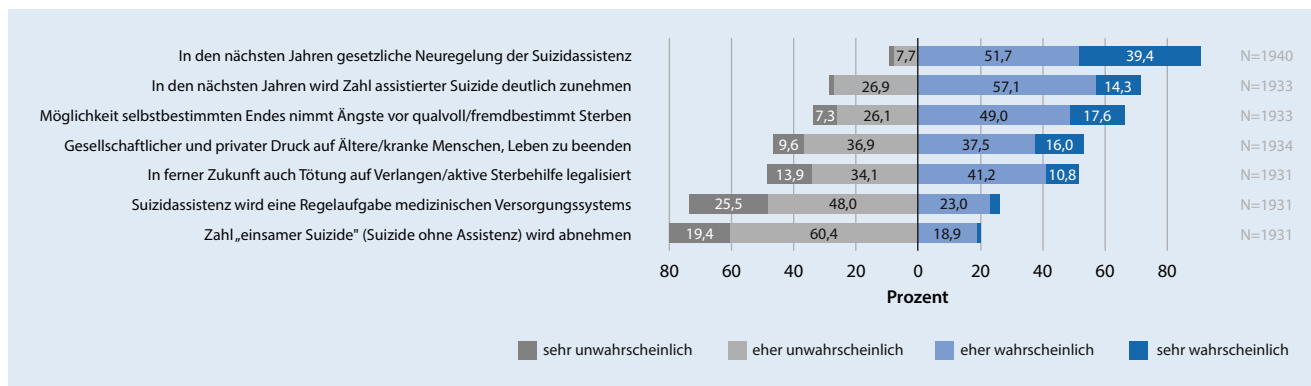


Abb. 5 ▲ „Als wie wahrscheinlich oder unwahrscheinlich schätzen Sie die dargestellten Entwicklungen ein?“

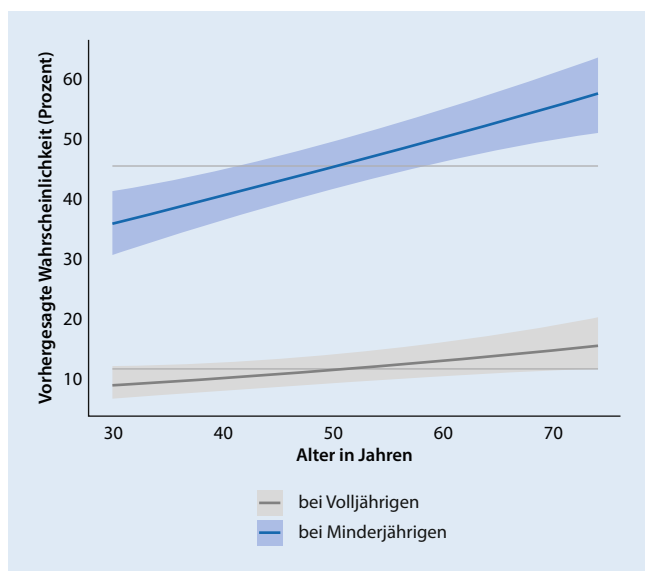


Abb. 6 ◀ „Assistentz bei freiverantwortlichen Suiziden ist keinesfalls legitim bei Volljährigen/ Minderjährigen“ nach Alter des Befragten (logistische Regression mit statistischer Kontrolle für Geschlecht und Gläubigkeit)

### Alter

Das Alter der Teilnehmenden zeigte sich bei einer Reihe von Antworten als signifikanter Einflussfaktor, auch unter Kontrolle der Variablen Geschlecht und Gläubigkeit. So bewerteten Teilnehmende die Assistentz bei einem freiverantwortlich gefasstem Suizidwunsch bei Volljährigen ( $z = 2,59^{**}, p = 0,009$ ) und Minderjährigen ( $z = 4,71^{***}, p < 0,001$ ) eher als illegitim, je älter sie waren (Abb. 6). Jüngere Teilnehmende hielten die Assistentz bei einem freiverantwortlich gefasstem Suizidwunsch eher immer für eine ärztliche Aufgabe ( $z = 4,07^{***}, p < 0,001$ ). Die Wahrscheinlichkeit, die Suizidassistentz immer für eine ärztliche Aufgabe zu halten, war unter den 30- bis 35-jährigen Teilnehmenden am höchsten. Je älter ein(e) Teilnehmende(r) war, desto eher hielt er oder sie einen Suizidwunsch nur dann für freiverantwortlich, wenn keine psy-

chische Erkrankung vorliegt ( $z = 3,93^{***}, p < 0,001$ ). Je älter ein(e) Teilnehmende(r) war, desto eher erachtete er oder sie seine Kompetenz zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit als eher oder sehr hoch ( $z = 7,45, ***p < 0,001$ ). Hierbei zeigte sich ein Sprung von der Altersgruppe 30 bis 35 auf 35 bis 40.

### Geschlecht

Das Geschlecht beeinflusste auch nach Kontrolle für Alter und Gläubigkeit teilweise Aussagen zu Suizidassistentz. Männliche Teilnehmer bewerteten die Assistentz bei einem freiverantwortlich gefasstem Suizidwunsch bei Volljährigen eher immer als legitim ( $z = 3,48^{***}, p = 0,001$ ). Weibliche Befragte hielten die Suizidassistentz eher als männliche nur unter bestimmten Umständen für legitim ( $z = 3,16^{**}, p = 0,002$ ). Männliche Teilnehmer erachteten die eigene Kompetenz zur Beurteilung der

Freiverantwortlichkeit häufiger als eher oder sehr hoch als weibliche Teilnehmende ( $z = 3,40^{***}, p = 0,001$ ).

### Gläubigkeit

Gläubigkeit stand auch nach Kontrolle für Alter und Geschlecht in starkem Zusammenhang mit der Einstellung zu Suizidassistentz. Eher oder sehr gläubige Teilnehmende hielten die Assistentz bei freiverantwortlich gefasstem Suizidwunsch bei Volljährigen ( $z = 7,26^{***}, p < 0,001$ ) und bei Kindern/Jugendlichen ( $z = 6,07^{***}, p < 0,001$ ) eher für nicht legitim als weniger oder nicht gläubige Teilnehmende. Umgekehrt erachteten weniger oder nicht gläubige Teilnehmende Suizidassistentz bei Erwachsenen ( $z = 4,09^{***}, p < 0,001$ ) sowie bei Kindern und Jugendlichen ( $z = 5,54^{***}, p < 0,001$ ) eher unter bestimmten Umständen als legitim als gläubige Teilnehmende. Eher oder sehr gläubige Teilnehmende neigten eher als weniger oder nicht gläubige Teilnehmende dazu, Assistentz bei freiverantwortlich gefasstem Suizidwunsch keineswegs für eine ärztliche Aufgabe zu halten ( $z = 4,95^{***}, p < 0,001$ ), und sie lehnten es häufiger ab, selbst bei einem freiverantwortlich gefasstem Suizidwunsch Assistentz zu leisten ( $z = 7,59^{***}, p < 0,001$ ).

Nicht oder weniger gläubige Teilnehmende stimmten der Aussage häufiger zu, dass ein Suizidwunsch auch beim Vorliegen einer psychischen Erkrankung freiverantwortlich sein kann, als gläubige Teilnehmende ( $z = 3,83^{***}, p < 0,001$ ) und weniger häufig der Aussage zu, dass ein Suizidwunsch immer Ausdruck einer psychischen Erkrankung sei ( $z = 3,35^{***},$

$p < 0,001$ ). Sie gaben auch häufiger an, Suizidassistenten potenziell selbst in Anspruch zu nehmen ( $z = 8,15^{***}$ ,  $p < 0,001$ ).

### Weiterbildungsstatus

Assistenzärztinnen und Assistenzärzte gaben im Vergleich zu Fachärztinnen und Fachärzten häufiger an, dass Suizidassistenten immer eine ärztliche Aufgabe sei ( $\chi^2 = 13,75^{***}$ ,  $p < 0,001$ ) und schätzten ihre Kompetenz in der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit geringer ein ( $\chi^2 = 89,87^{***}$ ,  $p < 0,001$ ).

### Berufsgruppe

Hinsichtlich der Berufsgruppen ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge. Dies war aber aufgrund der sehr kleinen Gruppe der Nichtärzte statistisch auch nicht zu erwarten.

### Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte erstmals in Deutschland Einstellungen und Erfahrungen von Psychiaterinnen und Psychiatern sowie weiterer in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen zur Suizidbeihilfe und ist auch die erste Untersuchung ihrer Art unter deutschen Ärzten seit der Entscheidung des BVerfG zum assistierten Suizid im Februar 2020. Die Ergebnisse geben wichtige Hinweise für eine differenzierte Positionierung der Fachgesellschaft und für die Ausgestaltung des legislativen Schutzkonzepts, für welches sich der weit überwiegende Teil der Teilnehmenden ausspricht.

Die Teilnehmenden sind übereinstimmend der Meinung, dass Symptome psychischer Erkrankungen die wesentlichen Faktoren sind, welche zu einer Einschränkung von Freiverantwortlichkeit führen können. Darüber hinaus werden aber auch psychosoziale Faktoren wie Belastungen und Schuldgefühle oder der Druck durch Dritte genannt. Gleichzeitig ist die Sicht auf den Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und der Selbstbestimmung differenziert. Die überwiegende Mehrheit ist der Auffassung, dass eine psychische Erkrankung nicht per se die Freiverantwortlichkeit von Menschen einschränkt bzw. Suizidwünsche nicht automatisch Ausdruck einer psychischen Erkrankung sind, der Schutz

krankheitsbedingt eingeschränkt freiverantwortlicher Menschen jedoch an erster Stelle steht.

Die große Mehrheit der Teilnehmenden hält Suizidbeihilfe nicht grundsätzlich für legitim oder illegitim, sondern macht die Antwort auf diese Frage von den Umständen des Suizidwunsches abhängig. Insgesamt kontrastieren die Aussagen der Teilnehmenden zur Legitimität von Suizidbeihilfe die Position des BVerfG insofern deutlich, als die überwiegende Mehrheit den assistierten Suizid in Situationen unabhängig von Krankheit und Leidensdruck nicht für legitim hält.

Auch die Rolle von Ärztinnen und Ärzten hängt für die Teilnehmenden von den konkreten Umständen ab, wobei etwa die Hälfte die Suizidassistenten grundsätzlich nicht als Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten sieht. Nur sehr wenige Teilnehmende unterstützen die von der Bundesärztekammer zuletzt gewählte Vorgehensweise, jegliche Festlegungen zum ärztlich assistierten Suizid aus der Musterberufsordnung zu streichen.

Ähnliche Untersuchungen sollten auch in anderen Fachgebieten bzw. in der gesamten Ärzteschaft durchgeführt werden, um insbesondere zu prüfen, ob die mehrheitlich ablehnende Haltung von Psychiaterinnen und Psychiatern gegen eine Legitimierung des assistierten Suizids in Situationen unabhängig von Krankheit und Leid, wie sie das BVerfG postuliert, für dieses Fachgebiet spezifisch ist oder nicht.

### Fazit für die Praxis

- Als wesentliche Faktoren, welche zu einer Einschränkung von Freiverantwortlichkeit führen können, werden Symptome psychischer Erkrankungen genannt.
- Eine deutliche Mehrheit der Befragten hält Suizidassistenten bei freiverantwortlich gefasstem Suizidwunsch nur unter bestimmten Umständen für legitim, insbesondere bei hohem Leidensdruck und nahem Lebensende.
- Die Teilnehmenden sprechen sich weit überwiegend für ein legislatives Schutzkonzept aus.
- Dabei ist den meisten Teilnehmenden wichtig, dass Beratung zur Suizidbeihilfe, Begutachtung der Freiverantwortlichkeit und Durchführung der Suizidassistenten getrennt und unabhängig erfolgen.

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Thomas Pollmächer**

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.  
Reinhardtstr. 29, 10117 Berlin, Deutschland  
praesident@dgppn.de

**Danksagung.** Vielen Dank an alle Mitglieder der DGPPN, die sich an der Umfrage beteiligt haben. Außerdem danken wir vom Berliner Institut für Sozialforschung (BIS) Eva Schulze, Janika Gabriel und Verena Bossaller für die Mitarbeit bei der Erhebung und Auswertung der Daten und Hanne Balzer bei der Durchführung des qualitativen Moduls sowie Julie Holzhausen (DGPPN) für die Unterstützung beim Ausrollen der Umfrage.

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** M. Wassiliwizky, G. Gerlinger, F. Bader und T. Pollmächer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. K. Domschke ist Mitglied des „Steering Committee Neurosciences“, Janssen-Cilag GmbH. A. Reif erhielt Sprecherhonorare bzw. Berater-tätigkeit für Janssen, Medice, Shire/Takeda und SAGE/Biogen.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

### Literatur

1. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1-343, URL: [http://www.bverfg.de/e/rs20200226\\_2bvr234715.html](http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html) (Abgerufen am 12. Dez. 2021)
2. Marckmann G (2022) Assistierter Suizid – eine ärztliche Aufgabe? – Pro. Psychiatr Prax 49:1–2
3. Pollmächer T (2022) Assistierter Suizid – eine ärztliche Aufgabe? – Kontra. Psychiatr Prax 49:1–2
4. Statistisches Bundesamt (2021) Todesursachen: Suizide. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html?nn=210856>. Zugegriffen: 16. Dez. 2021
5. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M et al (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 33:395–405
6. Stone DM, Simon TR, Fowler KA et al (2018) Vital signs: trends in state suicide rates—United States, 1999–2016 and circumstances contributing to suicide—27 states, 2015. Mmwr Morb Mortal Wkly Rep 67:617–624
7. Brieger P, Menzel S (2020) Sind Menschen, die sich das Leben nehmen, psychisch krank? – Kontra. Psychiatr Prax 47:177–178
8. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW et al (2016) Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA 316:79
9. Steck N, Egger M, Maessen M et al (2013) Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. Med Care 51:938–944

10. Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N et al (2014) Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. *Int J Public Health* 59:143–156
11. Tomlinson E, Stott J (2015) Assisted dying in dementia: a systematic review of the international literature on the attitudes of health professionals, patients, carers and the public, and the factors associated with these. *Int J Geriatr Psychiatry* 30:10–20
12. Brauer S, Bolliger C, Strub J (2015) Swiss physicians' attitudes to assisted suicide: a qualitative and quantitative empirical study. *Swiss Med Wkly* 145:141–142
13. Jansky M, Jaspers B, Radbruch L et al (2016) Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid. Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 60:89–98
14. Institut für Demoskopie Allensbach (2010) Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf). Zugegriffen: 20. Apr. 2022
15. Ganzini L, Fenn DS, Lee MA et al (1996) Attitudes of Oregon psychiatrists toward physician-assisted suicide. *Am J Psychiatry* 153:1469–1475
16. Rousseau S, Turner S, Chochinov HM et al (2017) A national survey of Canadian psychiatrists' attitudes toward medical assistance in death. *Can J Psychiatry* 62:787–794

## Assisted suicide. Attitudes and experiences of members of the DGPPN

**Background and objective:** After the Federal Constitutional Court overturned the ban on business-like assisted suicide in 2020, politicians, society and the medical profession are discussing legal protective measures to prevent abuse. This survey among members of the DGPPN is the first to record the attitudes and experiences regarding assisted suicide of psychiatrists and other mental health workers in Germany, as suicidality and assisted suicide are highly relevant topics for medicine and especially for psychiatry and psychotherapy.

**Material and methods:** The survey was conducted as an online survey with a specially created questionnaire and a DSGVO-compliant data protection concept and sent to a total of 9356 members. In addition to the descriptive analysis of the questionnaire, the free-text responses were subjected to an additional qualitative analysis. Finally, correlations between sociodemographic variables and relevant items were examined. **Results:** A total of 2048 members participated in the survey (22%). Most participants (88%) considered a (new) legal regulation of assisted suicide to be necessary; the separation of counselling, assessment and execution of assisted suicide was mentioned most frequently (76%). The majority considered assisted suicide to be legitimate under certain circumstances when the suicide wish is freely made (72%), especially in cases of high suffering and near the end of life (67%). Age, gender, and religious beliefs were found to be significant influencing factors in several responses.

**Conclusion:** A large majority of the DGPPN members consider it necessary to find a legal regulation that prevents abuse of assisted suicide; however, while most participants did not consider assisted suicide to be legitimate or illegitimate in principle, but rather made this dependent on the specific circumstances of the suicide wish, more than half ruled out to assist with suicide. The results represent an important contribution to the political debates about legal protective measures.

### Keywords

Assisted suicide · Physician-assisted suicide · Medical ethics · Psychiatry and psychotherapy · Survey