

# Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention

vom 27.11.2022

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.02.2020 ist eine Neuregelung der Suizidbeihilfe nötig geworden. Diese Entscheidung hat die Tür zu einer **höchst einschneidenden Entwicklung in unserer Gesellschaft** geöffnet. Im Urteil wird die Gewichtung von Autonomie des Individuums und Schutz des Lebens **deutlich in Richtung der Selbstbestimmung und zu Lasten des Schutzes** verschoben. Damit dies nicht - wie in einigen Nachbarländern – zu einer zunehmenden Normalisierung des assistierten Suizids führt, sind eindeutige Regelungen für dessen Angebot und Durchführung erforderlich.

Eine Neuregelung des assistierten Suizids **hat Einfluss auf die Wahrnehmung des Menschen hinsichtlich seines Daseins**. Wir müssen uns die Frage stellen: Was macht die Legalisierung des ärztlich assistierten Suizides mit jedem einzelnen Menschen, mit der Gesellschaft? Wir müssen diskutieren, was dies bei älteren Menschen auslöst, die zwar im Rahmen ihres Berufslebens viel geleistet haben, aber nun klar von der Gesellschaft signalisiert bekommen: Du wirst nicht mehr gebraucht. Menschen, die erfahren, dass sie von ihrer Familie nicht mehr versorgt werden können, da die Kinder und Enkel irgendwo auf der Welt leben. Die in den Medien hören, wie prekär die Situation in den Pflegeeinrichtungen ist, dass es nicht genügend Pflegekräfte gibt. Die aufgrund ihrer Sozialisation und den frühen Prägungen in Kriegs- oder Nachkriegsjahren keine Fähigkeit erlernen konnten, über Emotionen zu sprechen, um Hilfe zu bitten oder auch einzufordern. Es ist sehr naheliegend, dass mit der Schaffung der Möglichkeit des assistierten Suizids der Gedanke und damit der (un)bewusste Druck entsteht, den Angehörigen und der Gesellschaft zur Last zu fallen.

**Ist es richtig, diesen Weg weiter zu gehen statt sorgsam zu schauen, was jeder Mensch braucht, um nicht nur gut leben, sondern auch sterben zu können?** Hierzu gehört auch die

Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bei Fragen der medizinischen Behandlung und beim Sterben (vgl. Rügger & Kunz, 2020).

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) setzt sich seit ihrer Gründung vor 50 Jahren für die Stärkung der Suizidprävention in Deutschland ein. In dieser Zeitspanne hat die DGS wesentlich zur Aufklärung und Entstigmatisierung über das Thema beigetragen und hat mit der Initiierung des Nationalen Suizidpräventionsprogrammes die Grundlage für die Vernetzung und Zusammenführung der Akteure auf diesem Feld gelegt. Unsere Haltung gegenüber Menschen in suizidalen Krisen ist von tiefem Respekt und Verständnis geprägt. Wir sehen sie, unabhängig von den zugrundeliegenden Motiven und den Hintergründen, als Menschen in einer inneren- seelischen – aber oft auch körperlichen oder sozialen Not. Wir nehmen sie ernst in ihrer Not, dieses Leben **SO** nicht mehr auszuhalten, und versuchen, mit Ihnen gemeinsam Wege zu finden, dieses Leid zu lindern. Hierzu gehört die vorbehaltlose Annahme des Suizidwunsches aber auch die grundlegende Hoffnung auf Veränderungsmöglichkeit. In diesem Sinne versteht sich Hilfe als ergebnisoffene Beratung, die für das Individuum Raum und Zeit geben soll, den Suizidwunsch zu überdenken und abzuwägen. **Hierzu braucht es Zeit, eine vertrauensvolle Beziehung und das Wissen um realistische Unterstützungsmöglichkeiten.**

Politiker verschiedener Parteien haben der Empfehlung des Bundesverfassungsgerichtes folgend versucht, Regeln für die Durchführung der Suizidassistenz zu entwickeln, die dazu beitragen sollen, **vulnerable Personen zu schützen**, Missbrauch zu vermeiden und andererseits die Suizidassistenz nicht gänzlich zu verunmöglichen.

Wir wissen um die Schwierigkeit der Erarbeitung eines Gesetzentwurfes, ist **doch jedes Individuum in seiner Geschichte einzigartig**. Diesem Umstand muss eine Regelung gerecht werden, die für z.B. präfinal Krebskranke kürzere Wartezeiten vorsieht, für körperlich nicht schwer erkrankte und potenziell depressive Menschen mit noch nicht ausgeschöpften Therapieoptionen längere Fristen.

Auch daher muss die **mindestens zweizeitige Beratung und Begutachtung** hinsichtlich der Freiverantwortlichkeit zwingend durch einen **speziell fortgebildeten Facharzt (m/w) für Psychiatrie und Psychotherapie** erfolgen. Zusätzlich sollten aber auch für individuelle

Probleme **spezifische Beratungsangebote** empfohlen werden können (z.B. bei SozialpädagogInnen, Sucht- oder Schuldnerberatung). Die **Verfügbarkeit ausreichend qualifizierter Beratungs- und Begutachtungsangebote muss zudem geprüft** und regelmäßig evaluiert werden. Wichtig ist zudem die **garantierte personelle und institutionelle Trennung zwischen Beratung und Begutachtung, wobei letztere nach klar bestimmten Qualitätskriterien** zu erfolgen hat.

Einer sorgfältigen Regelung bedürfen auch **Abgabe und Aufbewahrung des Suizidmittels Natrium-Pentobarbital, damit keinesfalls Dritte zu Schaden kommen können**. Anstelle einer ärztlichen Verschreibung sollte **eine behördliche Bescheinigung** treten, da die Mitwirkung an Suiziden laut Bundesärztekammer nicht zur ärztlichen Aufgabe gehört.

Neben der Regelung der Suizidassistenz war es seit der Urteilsverkündung unser Bestreben, den politischen Entscheidungsträgern zu verdeutlichen, dass **vor** jeglicher Regelung der Suizidassistenz die **Stärkung der Suizidprävention** unabdingbare Voraussetzung ist, um die in anderen Ländern zu beobachtende Entwicklung (z.B. erhebliche Zunahme der Suizidassistenzen in allen Ländern, in denen diese legalisiert wurde, mit einer Verschiebung der besonders gefährdeten Gruppe (Frauen im mittleren Lebensalter), Ausweitung zur Legalisierung der Tötung auf Verlangen, Zunahme von Fällen, in denen Betroffene sich nicht mehr äußern können („without request“), Streichung öffentlicher Förderungen in Hospizeinrichtungen, wenn keine Suizidassistenz angeboten wird u.a.) zu verhindern. Ein jüngstes Beispiel der Rechtsprechung eines Falles vor dem Bundesgerichtshof (Az. 6 StR 68/21), zeigt die bereits veränderte Haltung einiger Juristen, die bei einem Tötungsdelikt den bisherigen Fokus der Tatherrschaft nun auf eine normative Ebene legen und damit eine solche Handlung als nicht strafbar deklarieren.

Wir fordern deshalb noch einmal in aller Klarheit fordern, dass **vor** der Regelung der Suizidassistenz eine **gesetzliche Verankerung der Suizidprävention** notwendig ist. Nur eine fundamentale Stärkung aller präventiven Ansätze kann die **Entwicklung der zu erwarteten Schieflage abmildern**. Hierzu bedarf es der **Verankerung der Suizidprävention als Pflichtaufgabe der Daseinsvorsorge** mit einer **gemeinsamen Verantwortungsübernahme von Bund, Ländern und Kommunen** und dem damit verbundenen **Eingang in das Grundgesetz bzw. in die Sozialgesetzbücher**. Zu den konkreten Forderungen gehören Aspekte, die gemäß

dem Thema die gesamte Lebensspanne umfassen und daher über verschiedene Maßnahmenpakete abzubilden wären.

Eine erste Voraussetzung hierfür ist die Einrichtung einer **zentralen Informations- und Koordinierungsstelle**, die über eine kostenlose Rufnummer oder ein Chat-Angebot rund um die Uhr Information, Beratung und ggf. zielgerichtete Weitervermittlung in Behandlungs- und Versorgungsangebote für alle Betroffenen vorhält. Hierzu gehören auch fundierte und qualitativ hochwertige Informationen zu Hilfsangeboten in Deutschland, zum Umgang mit Suizidalität sowie weiteren in diesem Zusammenhang relevante Themen für Angehörige, aber auch für professionelle Helfer sowie für Hinterbliebenen nach einem Suizid. Die Arbeit dieser zentralen Informations- und Koordinierungsstelle muss von **regelmäßigen nationalen Awareness- und Aufklärungskampagnen** flankiert werden, um eine Entstigmatisierung zu fördern und damit betroffenen Menschen den Zugang zu diesen Angeboten zu erleichtern. **Bestehende Versorgungs- und Beratungsangebote** (wie z.B. die Telefonseelsorge, U25 u.a.) **müssen hierfür gestärkt und bei Bedarf weiterentwickelt werden**. Aufgabe dieser Einrichtung ist neben der Informationsvermittlung v.a. auch die **Koordinierung bestehender Aktivitäten und Angebote**, um Schnittstellen gemeinsam zu nutzen und Ressourcen zielgenau einzusetzen.

Eine zweite wichtige Säule der geförderten Suizidprävention sind **ausreichende niedrigschwelliger Angebote**. Diese müssen unabhängig von einer Erkrankung der Betroffenen ebenfalls **rund um die Uhr, bei Bedarf auch aufsuchend (barrierefrei), kostenfrei und ggf. anonym Menschen in suizidalen Krisen** begleiten können. Hierzu sollten bereits bestehende Angebote erweitert, ausgebaut sowie ggf. spezifische Präventionsprogramme für die unterschiedlichen Risikogruppen entwickelt werden.

Da psychische Erkrankungen ein Hauptrisikofaktor für die Entwicklung von Suizidalität darstellen, ist die wiederholte Aufklärung über das Erkennen, Diagnostizieren und leitliniengerechte Behandeln von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Haus- und fachärztlichen Bereich eine wirksame Präventionsstrategie. Dazu bedarf es der **Stärkung der „Sprechenden Medizin“** und ein Fokussieren medizinischer Behandlungsansätze auf eine ganzheitliche – Körper und Psyche umfassenden - Herangehensweise.

Sowohl die niedrigschwellige Versorgung als auch die Stärkung der Kompetenz im haus- und fachärztlichen Bereich ist besonders für die Gruppe der alten Menschen relevant, da diese statistisch zu der Gruppe mit der höchsten Suizidrate gehören. Hierfür ist ein **gesellschaftlicher Wandel der Sichtweise über das Alter, das Alt-Werden und Alt-Sein** (Stichwort Altersdiskriminierung) **notwendig**. Menschen, die aufgrund ihres Alters natürlich auch häufiger an chronischen, einschränkenden und schmerzhaften Erkrankungen leiden, sollten diesen letzten Lebensabschnitt trotz ihrer Einschränkungen **in Würde verbringen dürfen, liebevoll versorgt werden und nicht einsam sein müssen**. Es kann nicht sein, dass sie aus den Medien und öffentlichen Diskussionen wahrnehmen, wie prekär die Lage in Alten- und Pflegeheimen ist und die aufgrund dieses Eindruckes oft genug zum Schluss kommen, dass die Suizidassistenz geboten ist, um ihren Angehörigen (und der Gesellschaft) nicht zur Last zu fallen. **Wir brauchen eine Kultur, in der Altsein geschätzt und geehrt ist und der diese Menschen tatsächlich in die Gesellschaft eingebunden sind und bleiben.**

Ebenso ist der **weitere Auf- und Ausbau palliativer und hospizlicher Angebote** notwendig. Dies muss begleitet sein von einer **flächendeckenden Aufklärung über die Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung sowie über die Themen Trauer, Tod und Sterben**. In den letzten Jahrzehnten wurde dieses Thema aus den familiären Strukturen in die Kliniken ausgelagert und das zum Leben gehörende *Sterben* wurde fast vollständig aus dem Bewusstsein gedrängt. Stattdessen glauben die Menschen, dass die Fortschritte der Medizin scheinbar unbegrenzte Möglichkeiten der Kontrolle von Erkrankungen und eben auch des Todes bedeuten, und haben oft in ihrem Umfeld keine ausreichende medizinische und Leid lindernde Begleitung des Sterbens erfahren müssen. Erst wenn sich dieses Bild verändert, werden Betroffene nicht mehr das Gefühl haben müssen, dass der Weg der Suizidassistenz der Einzige ist, der ihnen Leid erspart.

Dagegen ist eine **staatliche Förderung der Beratung durch Suizidhilfeorganisationen klar abzulehnen**, um zu verhindern, dass „sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt (BVerfG)“. Eine gesonderte Struktur ist ebenfalls nicht erforderlich, sofern die vorhandenen Strukturen mit einer ergebnisoffenen Beratung vorhanden sind und gefördert werden. Darüber hinaus fordern wir ein **Werbeverbot für den**

**assistierten Suizid**; entsprechende Vereine müssten ihre Tätigkeit einschließlich ihrer Finanzen detailliert offenlegen.

Die Freiwilligkeit der Teilnahme am assistierten Suizid sollte nicht nur natürlichen, sondern auch juristischen Personen garantiert werden. So müssen **Träger von Einrichtungen, etwa von Pflegeheimen, ohne Sanktionen den Sterbehilfeorganisationen den Zutritt verwehren dürfen**, damit ihre Bewohner nicht ungewollt mit assistiertem Suizid konfrontiert werden, was einen äußeren Druck auslösen kann. Dies gilt nicht zuletzt auch für die MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen, da die Praxis des assistierten Suizids auch das Betriebsklima dieser Einrichtungen einschneidend verändern würde.

Das Jugendalter bringt viele Herausforderungen mit sich und so **führen junge Menschen die Statistik der Suizidversuche an**. Die heutigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind in einer Zeit des materiellen Überflusses groß geworden. Über die letzten Jahre wurde jedoch der erlebte Druck in Bezug auf die eigene Leistungsfähigkeit, das Sich-Durchsetzen müssen, um „erfolgreich“ im späteren Leben zu sein, auch durch diese scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten vergrößert. Themen der Krisenintervention und Suizidprävention finden in Elternhaus und bisher auch kaum in Schulen zu wenig Raum. In der Schule kann durch die Lehrplangestaltung kaum berücksichtigt werden, dass die Jugendlichen neben ihrer naturgegebenen Entwicklungsarbeit auf dem Weg zum reifen Erwachsenen von Beginn ihres Lebens mit Herausforderungen durch gesellschaftliche, politische und natürliche Krisen konfrontiert sind. Diese haben über die letzten Jahre ein Ausmaß angenommen, dass sie für die Heranwachsenden fundamentale Ängste in Bezug auf das Leben auslösen. Die Corona-Pandemie hat durch die über längere Zeit bestehende Isolierung die psychischen Belastungen gravierend erhöht. Deshalb müssen **suizidpräventive Strategien bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen**. Hierzu gehören die Verankerung der Entwicklung von Kompetenzen im Erkennen und Umgang mit eigenen psychischen Problemen sowie im Umgang mit Problemen anderer Mitschüler\*innen, aber auch den Ausbau und die Förderung spezieller Hilfsangebote für diese Altersgruppe. Für Jugendliche, die bereits manifeste psychische Erkrankungen aufweisen braucht es einen massiven Ausbau von therapeutischen und jugendärztlichen (inklusive psychiatrischen) Versorgungsstrukturen sowohl im ambulanten als auch im

(teil)stationären Bereich. Der assistierte Suizid sollte für Kinder und Jugendliche wegen der Unumkehrbarkeit dieses Schrittes bis zum Alter von 18 Jahren ausgeschlossen sein.

Ebenso wichtig wie die Suizidprävention ist die **Förderung der Forschung** über die Ursachen, das Erkennen und Behandeln von Suizidalität, dies schließt die Erforschung der Hintergründe für die Entwicklung von Wünschen nach Suizidassistenten mit ein. Dazu gehört die Förderung von speziellen Forschungszentren, die z.B. neurobiologisch/ genetische Grundlagenforschung betreiben ebenso, wie die Forschung zur Effektivität jeglicher Interventionen. Nur so können die eingesetzten Mittel optimal verwendet werden. Dringend notwendig ist zudem die Schaffung einer **nationalen Datenbank für die valide Erfassung von Suiziden, aber auch von Suizidversuchen**. Hierbei ist neben der Berücksichtigung des Schutzes der Individuen, Forschenden die Einrichtung von Registern zu ermöglichen. Ebenso erfasst werden müssen alle durchgeführten Suizidassistenten (Wer führt diese wo durch? Wie wurde die Freiverantwortlichkeit garantiert?), ebenso deren Verlauf und etwaige auftretende unerwünschte Ereignisse.

Um das bereits bestehende Wissen um Einflussgrößen wie der Verfügbarkeit einer Suizid-Methode zu erweitern, sind nationale Register bzw. Datenbanken beispielsweise über Hotspots zu führen, deren Sicherung zu veranlassen und die Effekte der Maßnahmen zu begleiten. Dies schließt auch bauliche Aspekte in Kliniken und Krankenhäusern ein, für die eine verpflichtende Zertifizierung zu fordern ist.

Durch eine Regelung der Suizidassistenten in Deutschland wird ein Suizidmittel bereitgestellt, das in Deutschland in dieser Weise bisher nicht zur Verfügung gestanden hat: der Erwerb einer tödlich wirkenden Substanz (z. B. Natrium-Pentobarbital) in Verbindung mit der rechtlich geregelten freiwillig geleisteten Unterstützung bei der Suizidhandlung durch eine andere Person. Aufgrund von Erkenntnissen aus dem Ausland müssen wir davon ausgehen, dass sich damit Menschen das Leben nehmen werden, die mit den bisher zugänglichen Mitteln den Suizid nicht vollzogen hätten.

**Die Regelung des Zugangs zu einem Suizidmittel und zur Inanspruchnahme der Assistenten beim Suizid durch eine andere Person mit Hilfe von Gesetzen und Verfahrensvorschriften**

**erscheint notwendig, um Missbrauch zu verhindern.** Was diese jedoch nicht leisten können, ist, Suizidwillige so zu begleiten und zu beraten, dass sich ihnen möglicherweise alternative Wege auftun. Auch die in den einzelnen Gesetzesentwürfen vorgesehenen Beratungen werden diesem grundsätzlich anderen Ansatz der Begleitung von suizidalen Menschen nicht gerecht.

Die hier dargestellten unterschiedlichen Lebensbereiche müssen nicht nur im Grundgesetz, sondern in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern verankert werden. Deshalb ist die Entwicklung eines Suizidpräventionsgesetzes in Abstimmung mit den verschiedenen Ministerien (Gesundheit, Soziales, Familie, Wissenschaft) vorzunehmen. Hier stehen die entsprechenden Verbände/ Gesellschaften/ Gruppen und Experten zur Beratung zur Verfügung.

Die Art und Weise der Regelung der Suizidassistenz wird weitreichende Folgen für uns als Gesellschaft haben. **Unser Zusammenleben ist im Kern durch die gegenseitige gesellschaftliche Verantwortung, den Schutz vulnerabler Menschen sowie der Fürsorge für Schwache und Hilfsbedürftige definiert. Andererseits haben die Autonomie und die Selbstbestimmung jedes einzelnen Individuums höchste Priorität und müssen ebenfalls geschützt werden.** In diesem Spannungsfeld soll nun ein Gesetz geschaffen werden, welches beides vereint.

**Die alleinige Regelung der Suizidassistenz wird dem Schutzgedanken nicht gerecht. Deshalb MUSS die Suizidprävention VOR der Suizidassistenzregelung gesetzlich verankert werden.**

## Literatur

Rüegger, H., Kunz, R (2020). Über selbstbestimmtes Sterben. Zwischen Freiheit, Verantwortung und Überforderung. Zürich: rüffer & rub cares

<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=130875&pos=0&anz=1>

