



In Würde leben, in Würde sterben.  
Suizidprävention und Palliativmedizin fördern.

Aufklären, Hilfen bereitstellen und Leiden wirksam behandeln  
statt assistierter Suizid.

Stellungnahme des  
Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSP) und der  
Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

zur Diskussion gesetzlicher Änderungen bezüglich eines  
Verbots der gewerbsmäßigen und geschäftsmäßigen Sterbehilfe

Juni 2014

Für das Nationale Suizidpräventionsprogramm  
für Deutschland

Prof. Dr. Armin Schmidtke  
Dipl. Psych. Georg Fiedler

Für die Deutsche Gesellschaft für  
Suizidprävention

Univ. Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer  
Prof. Dr. Barbara Schneider

Koordination

Dipl. Psych. Georg Fiedler  
PD Dr. Reinhard Lindner

Kontakt:  
[info@naspro.de](mailto:info@naspro.de)  
[presse@naspro.de](mailto:presse@naspro.de)

## Stellungnahme

Die gesellschaftliche Diskussion über ein Verbot der gewerbsmäßigen und geschäftsmäßigen Sterbehilfe in Deutschland hat zu öffentlichen Stellungnahmen und Forderungen geführt, die Grundprinzipien der Suizidprävention insgesamt in Frage stellen. Diese Forderungen erstrecken sich nicht nur auf die Situation terminal Erkrankter, sondern gehen so weit, tödlich wirkende Medikamente einem breiten Kreis von Personen zur Verfügung zu stellen, die Suizidwünsche äußern. Darüber hinaus ist ein Bestreben vorhanden, die Möglichkeit der Suizidassistenz -auch von Laien- geschäftsmäßig und organisiert ausgeübt zu legalisieren.

Vorab soll darauf hingewiesen werden, dass nur äußerst wenige der ungefähr 10.000 Suizide im Jahr in Deutschland von sterbenden Menschen verübt werden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle geschehen Suizide vor dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung. Suizidale Äußerungen und suizidale Handlungen hingegen dürfen nicht als Ausdruck des unbedingten Willen zum Sterben verstanden werden sondern als ein Ausdruck der Befindlichkeit, unter den derzeit gegebenen Umständen nicht mehr weiter Leben zu können. Der angemessene Umgang mit Suizidalität ist das individuelle Gespräch und ggf. eine angemessene medikamentöse Behandlung, aber in keinem Fall die Gabe eines tödlichen Medikaments.

**Vor diesem Hintergrund setzen wir uns für eine gesetzliche Regelung ein, die keine legale gewerbsmäßig oder geschäftsmäßig ausgeübte Suizidbeihilfe in Deutschland ermöglicht und den Vorrang von Therapie, Prävention und Leidensminderung sowohl feststellt als auch aktiv befördert.**

Aus unserer Sicht müssen bei einer gesetzlichen Regelung folgende Aspekte berücksichtigt werden

1. Die geschäftsmäßige, gewerbsmäßige und von Laien ausgeübte Beihilfe zum Suizid soll ausgeschlossen werden. Dies sollte jedwede Werbung für Angebote der Suizidbeihilfe und für Suizidmittel einschließen.
2. Die *qualifizierte* ärztliche leidensmindernde - und damit ggf. auch lebensverkürzende - Behandlung zur Erleichterung des Sterbeprozesses darf von dieser gesetzlichen Regelung nicht berührt und unter Strafe gestellt werden
3. Eine gesetzliche Regelung darf nicht zu einer Tabuisierung der Suizidproblematik führen. Die Thematisierung suizidaler Befindlichkeiten durch Betroffene, sowohl in therapeutischen als auch in öffentlichen Kontexten, darf nicht strafbewehrt sein.

Eine gesetzliche Regelung muss aus unserer Sicht zwingend von Maßnahmen begleitet werden, die einen Anspruch auf Hilfe und Beistand leidender Menschen begründen. Damit soll vermieden werden, dass in der Not Hilfe in der Illegalität gesucht werden muss.

4. Ambulante und stationäre palliativmedizinische Angebote für die Behandlung Sterbender und Schwerstkranker müssen qualifiziert und flächendeckend ausgebaut und zur Verfügung gestellt werden. Dies beinhaltet einen Anspruch auf palliativmedizinische Behandlung und die massive Förderung der Qualifikation der im Gesundheitswesen Tätigen.
5. Die Aufklärung über palliative Behandlung und über Patientenrechte muss gefördert werden. Dazu gehört auch die Information über das Recht, eine lebenserhaltende Behandlung zu verweigern bei gleichzeitigem Anspruch auf leidensmindernde, das Sterben erleichternde Maßnahmen.
6. Die Förderung und der Ausbau des breiten Spektrums suizidpräventiver Maßnahmen, die dem vielfältigen Charakter suizidaler Phänomene gerecht werden. Dazu gehört u.a. die Förderung und der Ausbau auch niedrighschwelliger Angebote für unterschiedliche spezifische Risikogruppen, insbesondere Ältere und körperlich Erkrankte, Aufklärung über das Phänomen „Suizid“ und die Hilfsmöglichkeiten sowie die massive Förderung der Qualifikation der im Gesundheitswesen Tätigen.

## Erläuterung

Die Forderungen sollen wie folgt begründet werden. Der Fokus liegt aufgrund der gegenwärtigen Diskussion auf den aus der Suizidforschung bekannten Erkenntnissen zur Suizidalität und besonders auch auf der Situation sowohl alter als auch schwerstkranker und sterbender Menschen.

**ad 1.** In Deutschland sind derzeit mehrere Organisationen sowie weitere einzelne Personen an der Beihilfe zum Suizid beteiligt. Bei vielen der mit Hilfe dieser Organisationen zu Tode gekommenen Personen hätte es durchaus die Möglichkeit einer medizinischen Behandlung (z.B. einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung oder im Rahmen der Palliativmedizin) gegeben. Derartige Organisationen versprechen eine „schnelle Hilfe“ durch Beihilfe zum Suizid, indem sie nicht professionelle Beratung, Behandlung und Hilfe, sondern die Suizidmittel direkt bereitstellen. In diesem Rahmen werden Maßnahmen der Sterbehilfe häufig nicht dokumentiert. *Sie unterliegen keinen definierten Qualitätskriterien. D.h., die Entscheidungen sind i.d.R. nicht überprüfbar und tödliche Medikamente werden auch von medizinischen Laien zur Verfügung gestellt.* Deshalb ist auch unbekannt, in welchem Umfang tödliche Medikamente – auch nicht sterbenden Menschen – zur Verfügung gestellt wurden und welche Komplikationen es gegeben hat.

Bei Suizidgedanken älterer und/oder schwer erkrankter Menschen sollte die Auseinandersetzung mit der Angst vor Abhängigkeit, den Erfahrungen von Einsamkeit, Isolation und mit Trauerprozessen im Vordergrund stehen. *Auch wenn die psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische und palliativmedizinische Versorgung von schwer Erkrankten und Älteren Menschen bislang nicht ausreichend ist, so ist dies kein Grund, Menschen mit Problemen im Alter dem Suizid zu überlassen.* Vielmehr bedarf es gesundheits-politischer Anstrengungen, die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung Älterer zu verbessern. Hierzu gehört auch die gesellschaftliche Förderung der Suizidprävention und der Palliativmedizin.

**ad 2.** *Eine gesetzliche Regelung darf qualifizierte palliativmedizinische Maßnahmen hinsichtlich einer leidensmindernden Behandlung nicht einschränken.* Dies gilt auch, wenn dadurch gleichzeitig in seltenen Fällen das Leben verkürzt wird. In sehr seltenen Fällen, in denen palliative Symptom-linderung nicht ausreichend möglich ist kann die Behandlung unter strenger Beachtung des Patientenwillens das Leben beenden (z.B. durch terminale Sedierung, terminales Wheening oder eine, das Sterben beschleunigende Medikation). Diese Entscheidung sollte reflektiert, qualifiziert kollegial supervidiert und mit dem Betroffenen und

seinen Angehörigen geklärt sein. *Sie sollte deshalb im Falle eines Sterbewunsches nicht i.S. einer „Beihilfe zum Suizid“ gewertet und strafbewehrt werden.* Ärzte brauchen im Rahmen einer palliativ-medizinischen Behandlung die Rechtssicherheit, in diesem Fall Leiden mindernde Maßnahmen durchführen zu dürfen, auch wenn diese das Leben ihrer Patienten möglicherweise verkürzen.

**ad 3.** Eine gesetzliche Regelung sollte weiterhin ermöglichen, dass über Lebensmüdigkeit und über Suizidwünsche, sowohl im öffentlichen Diskurs als auch in Therapien, frei gesprochen werden kann, ohne in Gefahr zu geraten, an der Mitwirkung an einer Selbsttötung beteiligt zu sein. Professionelle Gespräche, nicht nur am Lebensende, bedürfen eines geschützten Raumes, in dem Verstehen vor sofortigem Handeln steht. Die ärztliche und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung suizidgefährdeter Patienten kann es u.a. erforderlich machen, dass der Behandler in der Absicht, eine Behandlung überhaupt erst zustande kommen zu lassen, die suizidale Befindlichkeit des Patienten akzeptiert, sie nicht ausredet oder unmittelbar Zwangsmaßnahmen ergreift.

Auch die von Betroffenen oder von Hilfseinrichtungen organisierten Diskussionen zu suizidalen Befindlichkeiten, z.B. in Internetforen, sollten durch eine gesetzliche Regelung nicht kriminalisiert werden, sofern sie nicht dazu dienen, gewerblich oder nicht gewerblich Suizidmittel zur Verfügung zu stellen bzw. mittelbar oder unmittelbar Werbung für eine Sterbehilfeorganisation zu machen.

**ad 4.** Menschen, die sich einer unheilbaren Krankheit und dem nahen Lebensende gegenüber sehen, befürchten oftmals, ohne jede Hilfe erst nach einem langen Leidensprozess und bei unwürdiger Behandlung sterben zu müssen. Hierbei kann der Wunsch nach einem baldigen, selbst bestimmten und selbst herbeigeführten Ende sehr drängend werden. Es darf nicht verschwiegen werden, dass eine palliativ-medizinische Unterstützung für diese Menschen bislang nicht in ausreichendem Maß flächendeckend zur Verfügung steht und es noch einen dringenden Qualifizierungsbedarf für im Gesundheitswesen Tätige gibt.

Diese unheilbar Kranken und Sterbenden sollten von daher einen Anspruch auf eine bedarfsgerechte Behandlung haben, die den Sterbeprozess insbesondere durch eine ausreichende Schmerzbeikämpfung, Linderung von Atemnot und Übelkeit erleichtert und eine psychosoziale Begleitung ermöglicht.

Mehr Fortbildungen hinsichtlich der Möglichkeiten der palliativmedizinischen Versorgung, der Patientenrechte und in psychotherapeutisch orientierter Gesprächsführung sind dringend notwendig. Die gewonnene Kompetenz dient der Verbesserung der

medizinischen Versorgung schwerst kranker, sterbender, lebensmüder und suizidaler Patienten.

**ad 5.** Die in Umfragen erhobenen Mehrheiten für eine aktive Sterbehilfe können auch dahingehend interpretiert werden, dass die Möglichkeiten einer palliativmedizinisch leidensmindernden Sterbebegleitung nicht bekannt sind. Darüber hinaus herrscht aus unserer Sicht - auch bei Professionellen im Gesundheits- und Pflegebereich- eine Unkenntnis bezüglich des Rechtes der Patienten auf die Verweigerung einer - auch lebenserhaltenden und -verlängernden - Behandlung bei gleichzeitigem Anspruch auf leidensmindernde Maßnahmen. *Die Aufklärung über diese Sachverhalte und deren Kenntnis ist aus unserer Sicht ein absolut notwendiger Beitrag für eine qualifizierte Diskussion und Entscheidungsfindung zum würdigen Sterben.*

**Ad 6.** Besonders ausserhalb der Lebenssituation schwerst körperlich Kranker und Sterbender gilt: *Menschen mit Suizidgedanken wollen nicht unbedingt sterben.* Sie wissen meist nicht, wie sie in der Situation, in der sie sich erleben, weiterleben können. Ihre Stimmung ist geprägt von Gefühlen von Hoffnungslosigkeit, Aussichtslosigkeit, Scham und Wut auf sich und die Anderen. Häufig suchen sie mehr oder weniger Hilfe. Sie können diesen Wunsch jedoch in ihrer psychischen Befindlichkeit oft nicht adäquat artikulieren oder werden durch Ängste und Befürchtungen gehemmt. Suizidalität kann also als ein Zustand der Zuspitzung einer seelischen Krise verstanden werden, in denen die Betroffenen in ihrem Denken nicht selten so weit eingeengt sind, dass sie ohne Unterstützung keine Wege mehr sehen, die Krise mit anderen Mitteln als mit suizidalen Handlungen zu lösen. *Ungefähr 70% der Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben begehen keinen weiteren Suizidversuch und 90% der Menschen mit einem Suizidversuch sterben nicht durch Suizid.*

Auch wenn Einzelfälle dagegen sprechen mögen – es ist keinesfalls suizidpräventiv, wenn suizidgefährdete Menschen in einer akuten Krise legal Suizidmittel zur Verfügung gestellt würden. *Eine der wirksamsten Methoden der Suizidprävention ist die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln. Dies hilft Menschen oft über den Zeitraum akuter Krisen hinweg und ermöglicht psychosoziale Hilfe und Unterstützung.* Aus Studien ist bekannt, dass ein großer Teil derjenigen, die durch Suizid starben, in den vier Wochen vor dem Suizid einen Arzt aufgesucht haben. Allerdings haben sie ihre Selbstgefährdung oft nicht angesprochen.

*Es gibt zu wenig spezielle Hilfsangebote für suizidgefährdete Menschen, welche ihre psychische Befindlichkeit berücksichtigen. Vorhandene Angebote werden deshalb viel zu selten angenommen. Die Wartezeiten bei Psychiatern und Psychotherapeuten sind zu lang, in Kliniken müssen erst Gespräche mit*

vielen Ärzten und Therapeuten geführt werden, bis es zu einer Behandlung kommt. Darüber hinaus erschweren Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen, als auch gegenüber suizidgefährdeten Personen die Suizidprävention. Hierzu zählen Vorstellungen, wie “durch Nachfragen bei gefährdeten Menschen kann man diese erst auf Suizidgedanken bringen”, “Wer darüber spricht tut es nicht” und “Man kann niemanden davon abhalten, wenn er es wirklich will”. Vorurteile und Unwissen verhindern auch nicht selten eine angemessene leidensmindernde Sterbebegleitung schwerkranker sterbender Menschen und können zu bei diesen den Wunsch nach einem assistierten Suizid fördern.

Eine Hamburger Studie ergab, dass es suizidgefährdete ältere Menschen gibt, die in ärztlicher oder psychiatrischer Behandlung sind, ihre Suizidgedanken aber nicht ansprechen. Sie befürchten, die Beziehung zu ihrem Arzt zu gefährden. Diese Gruppe von Suizidgefährdeten hat Angst, abgelehnt zu werden, in die geschlossene Psychiatrie eingeliefert und ihrer Autonomie beraubt zu werden oder als schwach und psychisch krank zu gelten. Suizidgedanken werden als ein Stigma empfunden, das besser nicht offenbart wird.

*Es werden deshalb deutlich mehr wirkungsvolle, regional angepasste Strukturen für eine bessere Primärprävention (allgemeine suizidpräventive Maßnahmen), sekundäre (Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Menschen) und tertiäre Prävention (Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch) benötigt. Jeder, der Hilfe sucht, sollte unkompliziert und schnell qualifizierte Hilfe finden können.*

## Anlage

### Suizidalität

**Jedes Jahr nehmen sich in Deutschland ungefähr 10.000 Menschen das Leben**, davon sind etwa 70% Männer. Das Suizidrisiko steigt bei Frauen und Männern mit dem Lebensalter. Das durchschnittliche Lebensalter eines durch Suizid Verstorbenen liegt bei ca. 57 Jahren – mit steigender Tendenz. In Deutschland sterben ungefähr genau so viele Menschen durch Suizid wie durch Verkehrsunfälle, AIDS, illegale Drogen und Gewalttaten zusammen. (Informationen über die aktuellen Suizidzahlen finden sie hier: Suizide in Deutschland)

**Die Anzahl der Suizidversuche kann auf mindestens 100.000 im Jahr geschätzt werden.** Suizidversuche werden besonders häufig von Frauen und in jüngerem Lebensalter unternommen. Suizidversuche können oft als „Hilferufe“ interpretiert werden. Sie müssen immer ernst genommen werden, da sie einen Hinweis auf das Vorhandensein ernstzunehmender psychischer Probleme sind. Ungefähr jeder Dritte unternimmt nach dem ersten einen weiteren Suizidversuch und jeder Zehnte stirbt später durch Suizid. Eine Unterscheidung zwischen „ernsthaften“ und „nicht ernsthaften“ Suizidversuchen wird in der Suizidforschung mehrheitlich nicht mehr getroffen.

**Das Suizidrisiko ist bei allen psychischen Erkrankungen erhöht.** Dazu gehören besonders Psychosen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen. Der Anteil psychiatrischer Erkrankungen an Suiziden ist methodisch nur sehr schwierig zu erheben. Die vorliegenden Studienergebnisse unterscheiden sich erheblich: je nach Studie wurden 15% bis 95% der durch Suizid Verstorbenen als depressiv beurteilt. Auch ist zu berücksichtigen, dass aus Suizidgedanken nicht zwangsläufig auf eine psychische Erkrankung zu schließen ist. Das Suizidrisiko ist im Vergleich mit dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung erhöht bei: Männern, Menschen im höheren Lebensalter, Menschen mit gleichgeschlechtlicher sexueller Orientierung und jungen Frauen mit Migrationshintergrund. Traumatisch erlebte Ereignisse wie der Verlust wichtiger Bezugspersonen, schwerere Erkrankungen, Veränderungen von Lebensumständen, wie Verlust des Arbeitsplatzes oder Untersuchungshaft bzw. schon die Angst vor solchen Ereignissen können bei vulnerablen Menschen Suizidgedanken auslösen. Jedoch ist das Vorhandensein auch mehrerer Risikofaktoren kein Indikator für Suizidgefährdung und keiner dieser Faktoren erklärt einen Suizid alleine.

**Bekannt sind auch lebensgeschichtliche Ereignisse, die zu erheblicher Suizidalität führen können**, wie z.B. die

Erfahrungen von Ablehnung oder physischer und sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend. Gerade die spätere Verarbeitung dieser frühen Beziehungserfahrungen scheint für das spätere Auftreten von Suizidalität bis hin in das hohe Lebensalter bedeutsam zu sein.

**Zu berücksichtigen ist unbedingt, dass suizidale Äußerungen und auch suizidale Handlungen nicht unbedingt als ein Wunsch zu sterben zu interpretieren sind, sondern vielmehr als Ausdruck der Befindlichkeit, unter den bestehenden Umständen nicht mehr weiter leben zu können.** Bis zu 70% der Menschen, die eine Suizid vollendeten, haben im Monat vor dem Suizid einen Arzt aufgesucht. **Suizidalität ist vor diesem Hintergrund als Hilferuf zu verstehen, und nicht als Wunsch, getötet zu werden.** Die bedeutet, das aus psychiatrischer Sicht Suizidwünsche im Gespräch qualifiziert exploriert und ggf. behandelt werden müssen.

**Suizidalität ist ein tabuisiertes Thema.** Betroffenen Menschen fällt es - nicht selten auch während der Behandlung einer Erkrankung, wie einer Depression - schwer über ihre Suizidgedanken mit ihrem Arzt oder Therapeuten zu sprechen. Aus Studien ist bekannt, dass Menschen vor einem vollendeten Suizid viel

häufiger als üblich einen Arzt aufgesucht haben, die Suizidgefährdung aber nicht erkannt wurde. Häufig besteht die Angst darin, nicht ernst genommen zu werden, soziale Kontakte zu verlieren, als psychisch krank bezeichnet zu werden und vor Autonomieverlust durch zwangsweise Behandlung. Außerdem haben nicht wenige die Vorstellung, dass sie niemand verstehen und niemand ihnen helfen könne. Diese Ängste und Vorstellungen ergeben sich aus der psychischen Befindlichkeit der Betroffenen.

**Suizidprävention ist möglich.** Suizidalität ist ein komplexes Phänomen und Suizidprävention deshalb auch eine vielschichtige Aufgabe. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm begreift deshalb Suizidprävention als eine gesellschaftliche Aufgabe, die weit über den Bereich der Gesundheitspolitik hinausgeht. Eines der wirksamsten Mittel ist - soweit überhaupt möglich - die Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmethoden (z.B. Waffen, Medikamente, Chemikalien, Absicherung von Bauwerken). Weitere Mittel der Suizidprävention sind u.a. die Verfügbarkeit niedrigschwelliger Behandlungsangebote, die Fortbildung in den medizinischen und psychosozialen Berufen sowie die Förderung der Früherkennung von Suizidgefährdung und von psychischen Erkrankungen und nicht zuletzt ein gesellschaftliches Klima, in welchem die Suizidproblematik wahr- und ernst genommen wird.

**Suizidgefährdung ist behandelbar**, wenn der oder die Betroffene sich auf eine Behandlung einlässt. Nicht

selten ist es allerdings eine große Herausforderung, Suizidgefährdete davon zu überzeugen, dass sie professionelle Hilfe benötigen. Je nach Problemlage und in Übereinkunft mit den Betroffenen kann die Behandlung ein breites ambulantes (und manchmal auch stationäres) Behandlungsangebot umfassen. Auch bei Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung und einer pharmakologischen Behandlung wird bei Suizidgefährdung immer das Angebot psychotherapeutischer Gespräche als bedeutsam angesehen.

**Eine besondere Rolle spielen Medien in der Suizidprävention.** Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass die mediale Darstellung von Suiziden weitere Suizide zur Folge haben kann. Dies gilt besonders auch für die Verbreitung von evtl. bisher weitgehend unbekanntem oder „exotischen“ Suizidmethoden. In den Tagen nach dem Suizid von Robert Enke hat es einen deutlichen Anstieg von Suiziden nach dem gleichen Muster gegeben, nach Datenlage sogar auch noch einmal nach der Gedenkfeier. Das bedeutet nicht, dass über Suizide und die Suizidproblematik nicht berichtet werden sollte. Entscheidend ist die Art der Berichterstattung.

**Ein Suizid betrifft viele Menschen.** Von jedem Suizid sind nach Schätzungen der WHO durchschnittlich deutlich mehr als sechs Personen betroffen. Nicht nur Angehörige, auch Freunde, Kollegen, Mitschüler etc. können in einem Maße betroffen sein, dass sie auch selbst Unterstützung benötigen. Der Trauerprozess nach einem Suizid kann erschwert sein und mehrere Jahre dauern. Für Hinterbliebene ist es wichtig, dass über Suizide offen gesprochen werden kann, ohne dass sie befürchten müssen, ausgegrenzt zu werden. Nicht vergessen werden dürfen auch die Folgen für weitere nahestehende Menschen (z.B. Arbeitskollegen, Mitschüler), in Ausübung ihres Berufes mit Suiziden konfrontierte Menschen (z.B. Ärzte, Therapeuten, Angehörige von Pflegeberufen, Polizisten, Feuerwehrangehörige u.v.a.m.) sowie Zeugen suizidaler Handlungen. Auch diese Betroffenen benötigen Hilfe und Unterstützung.

## Suizidalität im Alter und bei schweren Erkrankungen

Aktuelle körperliche Erkrankungen stehen unter den Faktoren die zu Suizidalität und letztlich zum Suizid führen i.d.R. nicht im Vordergrund. Die meisten Menschen, die sich das Leben nehmen, befinden sich nicht im finalen Stadium einer tödlich endenden Krankheit.

Gerade im Alter, einem Lebensabschnitt mit besonders hohen Suizidraten spielen körperliche Erkrankungen allerdings eine besonders Rolle. Hier finden sich

unterschiedliche Situationen von Suizidalität und Lebensmüdigkeit:

- Ein dringender Sterbewunsch bei einer terminalen Erkrankung unmittelbar vor dem Tod
- Ein Sterbewunsch im Rahmen einer, letztlich zum Tode führenden Erkrankung, jedoch deutlich vor dem krankheitsbedingten Sterben
- Angst vor einer schweren Erkrankung, vor Siechtum und abhängiger Hilflosigkeit ohne das Vorliegen einer schweren Erkrankung
- Suizidwünsche vor dem Hintergrund einer schweren psychiatrischen Erkrankung
- Suizidalität im Rahmen von Erfahrungen des Verlusts, der Verletzung und Kränkung, sowie des intensiven, (oft jahrelangen) interpersonellen Konflikts.

Aus unserer Sicht sollte im Vordergrund der Auseinandersetzung mit den Suizidwünschen stehen:

- Die Exploration der Hintergründe des Suizidwunsches auch abseits des offensichtlichen körperlichen Zustandes.
- Die Aufklärung über palliativmedizinische Behandlungsmöglichkeiten und deren Anwendung.
- Die Aufklärung über das Recht, eine Behandlung der terminalen Erkrankung zu verweigern, bei gleichzeitigen Anspruch einer leidensmindernden Sterbebegleitung
- Die psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung einer vorliegenden psychiatrischen Erkrankung bzw. psychosozialen Krise.