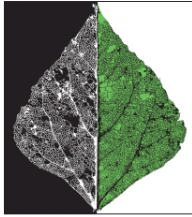


DGS

Deutsche
Gesellschaft für
Suizidprävention
– Hilfe in Lebenskrisen e.V.



Mitglied in der IASP
International Association
for Suicide Prevention



Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) fordert: Nicht assistierter Suizid, sondern Hilfen für Suizidgefährdete müssen gestärkt werden

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS),
unterstützt vom Nationalem Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)
und dem Referat Suizidologie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und
Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN),
vom 17.02.2015

Dem Suizid, der Tötung der eigenen Person, geht immer ein Leiden voraus. Betroffene sind über ihre aktuell belastende Lebenssituation tief verzweifelt und sehen keinen Ausweg mehr. Suizidalität ist ein ambivalenter Zustand zwischen Hoffnung und Verzweiflung, gegensätzlichen inneren Strebungen mit unterschiedlichem, auch wechselhaftem Handlungsdruck. Dieser kann aber wieder nachlassen; hierfür gibt es bewährte Hilfestellungen. Je nach Problemlage und Persönlichkeit ist auch bei schwerer, zum Tode führender Krankheit ein möglicherweise vorliegender Wunsch, sich selbst zu töten, schwankend.

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) sieht es als ihre Aufgabe an, die aktuelle öffentliche Diskussion zum „assistierten Suizid“ zu begleiten, die Öffentlichkeit zu informieren und in dem komplexen Entscheidungs- und Handlungsfeld zu Lösungen beizutragen.

Bereits im Juni 2014 veröffentlichte die DGS eine Stellungnahme zum „assistierten Suizid“. Die öffentliche Diskussion, unter anderem im Deutschen Bundestag, spiegelt die Vielfalt der individuellen Situationen sowie die Vielfalt ethisch-moralischer Überzeugungen in der Bevölkerung wider. Auch Fachleute der Suizidprävention erörterten kontrovers die Fragen zur gesetzlichen Regelung über Hilfen zum Suizid für diejenigen, denen nahe dem Lebensende trotz Palliativmaßnahmen nicht ausreichend geholfen werden kann, und ob der tatsächliche Umgang mit schwer Leidenden nahe dem Lebensende einer gesetzlichen Kontrolle unterstellt werden soll.

Bank für Sozialwirtschaft, Berlin, IBAN: DE61 1002 0500 0003 0920 01 BIC: BFSWDE33BER - www.suizidprophylaxe.de - Mail: dgs@suizidprophylaxe.de

Vorsitzende:

Barbara Schneider, Prof. Dr. med.
Abteilung Abhängigkeitserkrankungen
LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln
Fon 0221 8993400/1
Fax 0221 8993486
B.Schneider@lvr.de

Geschäftsführer:

Michael Witte, Dipl.-Soziologe
DGS-Geschäftsstelle
Alte Brauerei 9, 10965 Berlin
Fon 030-57702556
dgs.gf@suizidprophylaxe.de

Stellvertretende Vorsitzende:

Elmar Etzersdorfer, Univ.Prof. Dr.med. Stuttgart
Ute Lewitzka, Dr. med., Dresden

Schatzmeisterin:

Barbara Urban,
Hummelsbüttler Hauptstr. 33a, 22339 Hamburg
Fon 040-79309060
dgs.schatzmeister@suizidprophylaxe.de

Beisitzende:

Heidi Bauer-Felbel, Dipl.-Soz. Päd, Rostock
Elisabeth Brockmann, Dipl.-Soz. Päd, Bayreuth
Sabine Fink, Dipl.-Psych., München
Burkhard Jabs, Prof. Dr. med., Dresden
Cornelia Schneider, Dipl.-Psych., Berlin
**Sprecher der AG zur Erforschung
suizidalen Verhaltens:**
PD Dr. med. Reinhard Lindner, Hamburg

Aus der Perspektive der Suizidprävention gibt die DGS zusammenfassend folgende Empfehlungen:

- 1. Geschäftsmäßige, gewerbliche und organisierte Beihilfe zum Suizid muss gesetzlich ausgeschlossen werden. Auch die Tötung auf Verlangen darf es nicht geben.** Die Möglichkeiten zu einer qualifizierten Sterbebegleitung dürfen jedoch nicht verwehrt werden. Geschäftsmäßige oder auch organisierte Sterbehilfe sind Entwicklungen, die die Bemühungen der ohnehin unzureichend ausgebauten Suizidprävention zu unterminieren drohen.
- 2. Die stark überwiegende Zahl der Menschen, die jährlich Suizid begehen, leidet an einer psychischen Erkrankung oder befindet sich in einer aktuellen Krisensituation. Suizide und Suizidversuche werden eher selten von Menschen verübt, die bei absehbar knapp begrenzter Lebenserwartung an einer fortschreitenden Erkrankung leiden.**
Für psychisch kranke Menschen sowie Menschen in Krisensituationen bedarf es suizidpräventiver Maßnahmen und Strukturen. Dazu gehören etwa eine gute psychiatrische und psychotherapeutische Diagnostik, bessere und differenziertere Behandlungsangebote, keine Rationierung der psychiatrischen Versorgung, der Ausbau niedrigschwelliger Beratungs- und Begleitangebote in Lebenskrisen und die angemessene Intervention bei Krisen mit suizidaler Gefährdung.

Die Gruppe von schwer körperlich kranken Menschen, die um Hilfe bei der Selbsttötung bitten, ist sehr klein und unterscheidet sich von anderen suizidgefährdeten Menschen. Die Hoffnungslosigkeit, die Verzweiflung und das Gefühl der Ausweglosigkeit sind oft begleitet von schwer erträglicher Depressivität. Indem diese Menschen um Hilfe bei der Selbsttötung bitten, lassen sie sich meist auf eine Auseinandersetzung mit dem Helfer ein. Sie geben sich damit die Chance, doch noch einen anderen Ausweg zu finden. Dieser Weg darf nicht verschlossen werden.

Besonders schwierig gestaltet sich die Situation bei eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit. Psychiatrie und Psychotherapie respektieren die Selbstbestimmungsfähigkeit des Menschen. Es muss jedoch aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage und der klinischen Erfahrung davon ausgegangen werden, dass bei den meisten akuten psychischen Erkrankungen die Selbstbestimmungsfähigkeit und die Freiverantwortlichkeit lebensbestimmender Entscheidungen reduziert, manchmal auch aufgehoben sind. Ebenso kann als gesichert gelten, dass ein Sterbewunsch in den meisten Fällen kein dauerhaftes Phänomen darstellt, sondern fluktuiert und nach einem Suizidversuch meist aufgegeben wird. Die medizinethische Legitimation der Verhütung suizidaler Handlungsweisen im Sinne direkter Hilfe steht somit außer Zweifel. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben einen Anspruch auf den besonderen Schutz der Gesellschaft und eine fachgerechte Behandlung in einem gesicherten rechtlichen Rahmen.

- 3. Es bedarf einer gesetzlichen Stärkung und eines Ausbaus suizidpräventiver Maßnahmen und Strukturen, die dem vielfältigen Charakter von Suizidalität gerecht werden. Suizidprävention im Sinne des Nationalen Suizidpräventionsprogramms - einer Initiative der DGS - ist zu stärken.** Eine der Menschenwürde und dem Schutz des Lebens verpflichtete Gemeinschaft muss das Ziel haben, Lebenshilfe zu leisten. Zur Suizidprävention gehört auch ein flächendeckendes Angebot psychiatrischer, psychotherapeutischer und palliativmedizinischer Versorgung. Krisenintervention und Behandlung sollte bei jeder Form der Suizidgefährdung auch in Situationen schwerer körperlicher Erkrankung verfügbar gemacht werden. Ebenso sollte die interdisziplinäre Forschung zur Suizidprävention und zur Behandlung von Suizidgefährdeten gestärkt werden.

4. **Die palliativmedizinische und -pflegerische Behandlung Schwerstkranker und Sterbender muss ausgebaut und flächendeckend bereitgestellt werden. Über die Möglichkeiten der Palliativmedizin bei der Begleitung Sterbender und über Patientenrechte muss breit öffentlich aufgeklärt werden. Dazu gehört auch die Information über das Recht, eine lebenserhaltende Behandlung zu verweigern bei gleichzeitigem Anspruch auf leidensmindernde Maßnahmen.** Schwer Leidende am Lebensende bedürfen unbedingt jeder möglichen Hilfe. Jeder Mensch hat das Recht, mit dem Halt einer helfenden Hand statt durch eine todbringende Hand zu sterben.
5. **Die Mitwirkung bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe und keine aus der beruflichen Verantwortung des Arztes erwachsende Tätigkeit. Jedoch muss im geschützten Raum des Arzt-Patient-Verhältnisses frei über suizidale Gedanken und Absichten gesprochen werden können.** Jeder suizidale Mensch sollte sich darauf verlassen können, dass er eine lebensorientierte Beratung, Therapie und Begleitung durch den Arzt erhält. Der Patient hat das Recht, vom Arzt gehört und verstanden zu werden. Jeder Mensch hat auch das Recht auf Widerspruch gegen seine Suizidabsicht, die er dadurch nochmals überdenken kann.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention:

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Barbara Schneider, M. Sc., Vorsitzende
Univ.-Prof. Dr. med. Elmar Etzersdorfer, 1. Stellvertretender Vorsitzender
Dr. med. Ute Lewitzka, 2. Stellvertretende Vorsitzende
Dipl.-Soziologe Dipl.-Soz.Päd. Michael Witte, Geschäftsführer
Dipl. Soz.Päd. Heidi Bauer-Felbel
Dipl.-Soz.Päd. Elisabeth Brockmann
Dipl.-Psych. Sabine Fink, Psychologische Psychotherapeutin
Prof. Dr. med. Burkhard Jabs
Dipl.-Psych. Cornelia Schneider
Barbara Urban, Schatzmeisterin
Priv.-Doz. Dr. med. Reinhard Lindner, Vorsitzender der AG zur Erforschung suizidalen Verhaltens
Priv.-Doz. Dr. med. Axel Genz, Stellvertretender Vorsitzender der AG zur Erforschung suizidalen Verhaltens

Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Armin Schmidtke, Vors. des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland
Dipl.-Psych. Georg Fiedler, Sekretär des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf, Leiter des Referates Suizidologie der DGPPN