Welttag der Suizidprävention

Hand in Hand für Suizidprävention

10. September 2020

International Association for Suicide Prevention

Presseinformation

8. September 2019

„Hand in Hand für Suizidprävention:

Hand in Hand durch die Krisen“

- Pressemitteilung
- Pressemappe
- Brief an Bundesminister Jens Spahn zum assistierten Suizid
- Suizidstatistik 2018
- Folien der Presseinformation

Hannah Müller-Pein, Kommunikationsbeauftrage des NaSPro
Tel. +49 561 804-3285, presse@naspro.de

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Welttag der Suizidprävention

Hand in Hand für Suizidprävention

10. September 2020

International Association for Suicide Prevention

Presseinformation

Nationales Suizidpräventionsprogramms (NaSPro), Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)
Deutschen Akademie für Suizidprävention (DASP)

Hand in Hand durch die Krisen
Deutsche Verbände für Suizidprävention informieren zum Welttag der Suizidprävention

Kassel, 08. September 2020 – Noch immer sterben in Deutschland jedes Jahr mehr Menschen durch Suizid als durch Mord und Totschlag, illegale Drogen und Verkehrsunfälle zusammen. Eine besondere Herausforderung in diesem Jahr ist die COVID-19 Pandemie, deren Auswirkung auf suizidale Menschen bislang in Deutschland nicht ausreichend untersucht ist. Außerdem hat das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum assistierten Suizid unabsehbare Folgen für die Gesamtzahl der Suizide und für die Suizidprävention.

Suizide 2018 – im dritten Jahr in Folge unter 10.000

2018 nahmen sich in Deutschland 9.396 Menschen das Leben, darunter 7.111 Männer und 2.285 Frauen. „Auch wenn die Zahl damit im dritten Jahr in Folge unter 10.000 liegt, bleibt sie hoch – auch auf globaler Ebene. Nach Schätzungen der WHO sterben jährlich etwa 800.000 Menschen durch Suizid“, erklärt **Frau Hannah Müller-Pein, Kommunikationsbeauftragte des NaSPro.** Menschen in schweren Krisen die Hand zu reichen, mache das Motto des Welttages der Suizidprävention deutlich: **„Hand in Hand für die Suizidprävention“.**

Suizid in Zeiten von COVID-19: Keine seriösen Vorhersagen möglich

Die COVID-19 Pandemie hat weitreichende gesamtgesellschaftliche Folgen, die auch die Suizidprävention beeinflusst. „Wie können wir „Hand in Hand“ durch Krisen gehen, wenn man sich die Hand nicht geben darf?“, fragt **Frau Professorin Barbara Schneider von der LVR-Klinik in Köln und Leitung des NaSPro**. In Deutschland sichtbar wurde sowohl durch praktische Erfahrungen wie auch durch erste empirische Befunde, dass sich die **Versorgungslage für Menschen in seelischen Krisen unter den Bedingungen der Pandemie beeinträchtigt ist.** Gute Erfahrungen konnten mit internetbasierter Beratung, Therapie und Selbsthilfe gemacht werden, obwohl damit die persönlichen Kontakte nicht ersetzt werden können. Wir wissen zwar aus ersten repräsentativen Studien, dass die **Belastung der Bevölkerung insgesamt unter den Bedingungen von COVID-19 auch in Deutschland zunimmt**. **Wie sich aber die COVID-19 Pandemie auf die Suizidalität und die Suizidrate in Deutschland auswirken wird, lässt sich derzeit nicht sagen.**

Assistierter Suizid und Suizidprävention sind nicht „Hand in Hand“ möglich

Das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe hat am 26. Februar 2020 den §217 StGB zur geschäftsmäßigen Förderung der Sterbehilfe für verfassungswidrig und damit nichtig erklärt. „**Durch dieses Urteil besteht die Gefahr, dass die Gesellschaft die Hand loslässt, die uns entgegengestreckt wird**“ **warnt Herr Professor Reinhard Lindner von der Universität Kassel**. Er leitet gemeinsam mit Frau Professorin Schneider das NaSPro. Eine weitgehende Freigabe des assistierten Suizides würde ein weiteres Suizidmittel für viele Menschen verfügbar machen und gravierende Auswirkungen auf eine wirksame Suizidprävention haben. **In Würde zu sterben bedeutet für die Suizidprävention, dass kein Mensch in eine Lebenslage geraten oder gebracht werden darf, in der der Suizid ihm als einzige Option erscheint**. Eine besondere Gefahr geht von manipulativer und desinformierender Werbung für den assistierten Suizid aus.

Kontakt und weitere Information: Hannah Müller-Pein, Universität Kassel, Tel.: 0561-804 32 85, Email: hannah.müller-pein@uni-kassel.de

www.suizidpraevention.de

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Hand in Hand für Suizidprävention
Welttag der Suizidprävention, 10. September 2020

Einleitung
Hannah Müller-Pein

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlich willkommen zu der gemeinsamen Presseinformation des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (*NaSPro*), der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (*DGS*) und der Deutschen Akademie für Suizidprävention (*DASP*) e.V.

Der Welttag der Suizidprävention wird seit 2003 jährlich am 10. September begangen und verfolgt das Ziel**, die Öffentlichkeit über das noch immer tabuisierte Thema Suizidalität zu informieren**. In diesem Jahr sind sowohl die Pressekonferenz, wie auch die verschiedenen Aktionen in vielen Städten Deutschlands, anders. Leider können wir nicht in der Bundespressekonferenz mit Ihnen sprechen, sondern stellen unseren Beitrag digital für Sie bereit. Wir möchten heute auf den Welttag der Suizidprävention bereits hinweisen und Ihnen die Möglichkeit geben, eine Berichterstattung zum 10. September vorzubereiten, um gemeinsam dem Tabuthema Suizidalität entgegenzuwirken.

Zunächst möchte ich gerne die Beteiligten dieser Presseinformation vorstellen. Mein Name ist **Hannah Müller-Pein, ich bin Kommunikationsbeauftragte des Nationalen Suizidpräventionsprogramms und als Sozialpädagogin wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Kassel.**

Die weiteren Teilnehmenden sind:

Frau Prof. Dr. Barbara Schneider von der LVR-Klinik Köln und
Herr Prof. Dr. Reinhard Lindner von der Universität Kassel.
Beide sind die geschäftsführende Leitung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms.

„Hand in Hand für Suizidprävention“ lautet dieses Jahr wieder das Motto für den Welttag der Suizidprävention. Im letzten Jahr haben wir den Fokus unserer Pressekonferenz auf das **„Miteinander“** gelegt, ohne das Suizidprävention nicht gelingen kann.

Hand in Hand heißt in diesem Jahr: „**Hand in Hand durch Krisen“**, über die wir heute mit Ihnen ausführlicher sprechen wollen.

Die COVID-19 Pandemie hat weitreichende gesamtgesellschaftliche Folgen, die auch die Suizidprävention beeinflussen. **Wie können wir „Hand in Hand“ durch Krisen gehen, wenn man sich die Hand nicht geben darf?** Wie kann ein „Miteinander“ gelingen, wenn wir zu Recht gerade soziale Kontakte einschränken müssen, um die Pandemie zu bekämpfen?

„Hand in Hand durch Krisen“ spricht aber noch ein weiteres, sehr gewichtiges Thema an: In diesem Jahr heißt es auch, dass Deutschland sich nach dem Urteil des **Bundesverfassungsgerichts im Februar 2020 zum assistierten Suizid** damit

auseinandersetzt, dass die Beihilfe zum Suizid als in der Verfassung verankertes Recht angesehen wird. Wir befinden uns mitten in einer gesellschaftlichen Debatte, die auch die Frage aufwirft:
Können wir nach diesem Urteil auch die existenziellen Krisen um das Lebensende gemeinsam bewältigen?

Die Suizidprävention in Deutschland steht damit vor mehreren Herausforderungen, die Thema der diesjährigen Presseinformation sein werden.

Zunächst möchte ich Ihnen die aktuelle **Entwicklung der Suizidzahlen** in Deutschland präsentieren und auf die globalen Dimensionen der Problematik hinweisen.

Im Anschluss wird **Frau Schneider** die Situation von suizidalen Menschen und deren Angehörigen während der COVID- 19 Pandemie darstellen und erläutern.

Herr Lindner wird anschließend auf jene zweite Krise eingehen, durch die es „Hand in Hand" zu gehen gilt, nämlich auf die Position der Suizidprävention zur aktuellen Diskussion über den assistierten Suizid. Er ist Nationaler Repräsentant der International Association for Suicide Prevention (IASP) für den Welttag der Suizidprävention in Deutschland.

Zunächst hören Sie nun den Beitrag zu den Entwicklungen der Suizidzahlen in Deutschland.

Suizide 2018 – im dritten Jahr in Folge unter 10.000
Hannah Müller-Pein

Im Jahr 2003 wurde zum ersten Mal der Welttag der Suizidprävention von der International Association for Suicide Prevention (IASP) und der Weltgesundheitsorganisation WHO ausgerufen. Erklärtes Ziel an diesem Tag ist es, die Öffentlichkeit auf die immer noch weitgehend verdrängte Problematik der Suizidalität aufmerksam zu machen und der Tabuisierung entgegen zu wirken.

Weltweit wird sich in öffentlichen Veranstaltungen, Aktionen und Diskussionen mit dem Problem des Suizids auseinandergesetzt. Dazu gehören öffentliche Informations-, Diskussions- und Kulturveranstaltungen, Tagungen, Fortbildungen, kreative Aktionen, die Teilnahme an Fahrradrundfahrten oder die Aufforderung am Abend eine Kerze ins Fenster zu stellen, um an die durch Suizid verstorbenen Menschen zu erinnern.

In Deutschland sind zahlreiche Veranstaltungen in vielen Städten und Gemeinden geplant. Auch hier finden viele Veranstaltungen, ähnlich wie unsere Presseinformation, online statt. Sie finden ein Verzeichnis vieler Aktionen auf

www.welttag-suizidpraevention.de

Für die Suizidprävention braucht es überprüfbare Zahlen, Daten und Fakten. Daher zunächst ein **Blick auf das Thema Suizidalität in der Welt**:

Die International Association for Suicide Prevention geht davon aus, dass **weltweit jährlich mehr als 800.000 Menschen durch Suizid versterben**. Dadurch stirbt statistisch gesehen **alle 40 Sekunden** ein Mensch durch Suizid.

Nach Schätzungen kommen auf jeden vollendeten Suizid **etwa zehn bis 20 Suizidversuche**. Das heißt, weltweit ereignen sich jedes Jahr bis zu 16 Millionen Suizidversuche. Zudem gibt es sehr viele Menschen, die noch auf eine andere Weise von Suiziden betroffen sind: als **Angehörige, Freundinnen und Freunde, Bekannte, Arbeitskolleginnen und Kollegen, Mitschülerinnen und -schüler, aber auch professionell Helfende aus den Bereichen Beratung, Therapie, Polizei und Feuerwehr und noch viele andere**. Die Zahl der mittelbar und unmittelbar Betroffenen wird von der WHO auf ca. 100 Millionen Menschen jährlich geschätzt.

Was lässt sich über die Zahlen in Deutschland sagen?

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes hat im Mai 2020 die Suizidzahlen für 2018 veröffentlicht. **In Deutschland nahmen sich demnach 9.396 Menschen selbst das Leben**. Darunter befanden sich laut Totenschein 7.111 Männer und 2.285 Frauen. Mehr als 75% der vollendeten Suizide entfallen damit auf Männer. Die Suizidrate insgesamt betrug 11,3 auf 100.000 Einwohner.

Seit der **Gründung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms** im Jahr 2001 reduzierte sich die Anzahl der Suizide von 11.156 **um ungefähr 16%**.

Auch wenn für **2018 im dritten Jahr in Folge die Zahlen damit jeweils unter 10.000 liegen**, ist das noch kein Grund zur Entwarnung. Vergleicht man diese Zahlen mit anderen Todesursachen, so sterben nach wie vor in Deutschland in jedem Jahr mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle (2018: 3.275), Mord (2018: 386) und illegale Drogen (2018: 1.276) zusammen.

In den folgenden Beiträgen möchte ich Ihr Augenmerk auf suizidale Risikogruppen lenken:

- Menschen mit psychischen Erkrankungen, und zwar allen, nicht nur depressive Menschen;
- Schwer körperlich kranke, alte Menschen;
- Ältere Männer, besonders nachdem sie einen Verlust erleiden mussten und wenn sie sich aus sozialen Kontakten zurück ziehen-

Betrachtet man diese Risikogruppen, wird besonders deutlich, weshalb sowohl die globale Pandemie, wie auch die Debatte um den assistierten Suizid so wichtig für die Suizidprävention sind.

Was wir in der COVID-19 Pandemie als besonders problematisch erleben, ist die Tatsache, dass uns keine aktuellen Statistiken zur Entwicklung der Suizidhäufigkeit vorliegen. Dazu und insgesamt über die Folgen der Pandemie für die Suizidprävention wird Sie nun **Frau Schneider** informieren.

Hand in Hand durch die Krise: Die COVID-19 Pandemie
Professorin Dr. Barbara Schneider

Frau Müller-Pein hat bereits die aktuelle Suizidstatistik vorgestellt. Für den Zeitraum der Pandemie liegen uns noch keine validen Daten vor. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm warnt deshalb vor voreiligen Spekulationen.

Wie sich also die COVID-19 Pandemie auf die Suizidrate in Deutschland auswirken wird, **lässt sich derzeit nicht abschätzen**. Auch Erkenntnisse aus anderen Ländern, lassen sich nicht 1:1 auf Deutschland übertragen. Dies hat zum Beispiel die Wirtschaftskrise im Jahr 2009 gezeigt, die je nach Land die Suizidrate unterschiedlich beeinflusst hat. Man muss davon ausgehen, dass die Folgen der COVID-19-Krise auf das psychische Befinden längerfristige Folgen haben werden, welche, das wird die Forschung in der Zukunft zeigen.

Viele Menschen befürchten, an COVID-19 zu erkranken, sorgen sich um einen schweren Verlauf und ziehen sich daher aus dem öffentlichen Leben weitgehend zurück. Sie schränken soziale Kontakte ein, teilweise fehlt auch der berufliche Alltag. Dies hat nicht nur **soziale Isolation** und **Einsamkeit**, sondern **auch wirtschaftliche Einbußen wie Arbeitslosigkeit** und **finanzielle Notlagen** zur Folge. Ob diese Entwicklungen dazu führen, dass mehr Menschen suizidal werden und sich das Leben nehmen, ist jedoch bisher nicht ausreichend erforscht. Wir wissen zwar aus repräsentativen Studien, dass die Belastung der Bevölkerung unter den Bedingungen von COVID-19 auch in Deutschland zunimmt. Dies verteilt sich aber unterschiedlich auf die Bevölkerung, trifft Jüngere mehr als Ältere und ist kein Beweis für eine Zunahme des Suizidproblems.

„Hand in Hand“ durch die COVID-19 Krise bedeutet, ein gutes Gesundheits- und Sozialsystem - wie es in Deutschland vorhanden ist - vorzuhalten, welches auch im Rahmen einer Pandemie den Menschen eine hinreichende psychosoziale Versorgung zur Verfügung stellt. **Wie können wir Kontakt zu suizidgefährdeten Menschen herstellen?** Das ist die Frage, wenn wir heute „Hand in Hand“ Suizidprävention leisten wollen.

Die Auswirkungen der Pandemie auf die **suizidpräventive Arbeit**, sowohl mit suizidalen Menschen wie auch mit deren Angehörigen, sind in den vergangenen Monaten spürbar geworden.

In Deutschland sichtbar wurde jedoch insbesondere durch praktische Erfahrungen, dass die **Versorgungslage für Menschen in suizidalen Krisen** unter den Bedingungen der Pandemie beeinträchtigt ist. Dies gilt sowohl für den **stationären Bereich** der psychiatrischen Kliniken wie auch für ambulante und **niedrigschwellige Hilfen**, die häufig die erste Anlaufstelle für Menschen in seelischer Not sind. Kliniken konnten nicht alle Patient*innen aufnehmen, psychosoziale Dienste konnten nicht alle Klient*innen besuchen, Therapeut*innen konnten nicht oder nur eingeschränkt aufgesucht werden. Auch wenn Deutschland gerade im internationalen Vergleich über ein **hervorragendes Gesundheits- und Sozialsystem** verfügt, hat die Pandemie durchaus Auswirkungen auf die psychosoziale Versorgung.

Daneben muss aber auch die **Lage von Angehörigen** suizidaler Menschen wie auch von **Hinterbliebenen** nach Suizid Gehör finden. Die Isolation bedeutet auch für sie, weniger Möglichkeiten zu haben, für sich selbst oder für nahestehende Betroffene Hilfe zu finden.

Gute Erfahrungen konnten in dieser Krise mit **internetbasierter Beratung, Therapie und Selbsthilfe** gemacht werden, obwohl sie die persönlichen professionellen Kontakte nicht ersetzen können. Hier fungieren viele **niedrigschwellige Einrichtungen**, insbesondere die Telefonseelsorge, als wichtige und verlässliche Ansprechpartner. Aber auch die vielen Therapeuten und Therapeutinnen, die zügig videobasierte Therapie und Beratung angeboten haben, sind ein wichtiger Baustein, um „Hand in Hand durch die Krise“ zu kommen.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, was uns diese Krise aber auch gezeigt hat: die **Menschen in Deutschland beweisen, dass sie bereit sind, Einschränkungen in Kauf zu nehmen, um vulnerable Gruppen zu schützen**, wie beispielsweise ältere und kranke Menschen.

In diesem Kontext ist die **Debatte um den assistierten Suizid** zu führen, wie es Ihnen nun **Herr Lindner** erläutern wird.

Hand in Hand durch die Krise: der assistierte Suizid
Professor Dr. Reinhard Lindner

Das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe hat am 26. Februar dieses Jahres den §217 StGB zur **geschäftsmäßigen Förderung der Sterbehilfe für verfassungswidrig** und damit nichtig erklärt, mit der Begründung, dass der Paragraph die verfassungsrechtlich **verbriefte Autonomie des Einzelnen nicht ausreichend schütze.**

Das Gericht verweist in seiner Argumentation auf das umfassende **Recht auf selbstbestimmtes Sterben in jeder Phase der menschlichen Existenz** und zwar auch **unabhängig vom Alter und vom Vorliegen einer körperlichen oder psychischen Erkrankung**.

Eine weitgehende Freigabe der Assistenz beim Suizid würde **gravierende Auswirkungen auf eine wirksame Suizidprävention** haben. Dabei sehen wir drei wichtige Problemfelder:

1. Suizidale Menschen, auch wenn sie sich einen assistierten Suizid wünschen, befinden sich meist in einem **Zustand der Ambivalenz**. Viele suizidale Menschen wünschen sich eine Verbesserung in ihrem Leben und sind mit ihrer aktuellen Lebenssituation sehr unglücklich. Der Tod ist dann an sich gar nicht das Ziel, sondern ein besseres Leben. Diese Ambivalenz erleben auch viele schwer kranke Menschen, die nicht wissen, wie sie in Würde bis zum Ende des Lebens leben und sterben können. Der Suizidwunsch ist dann oftmals sehr wechselhaft und abhängig von äusseren sozialen und inneren psychischen und körperlichen Faktoren. Diese Menschen brauchen keine Entscheidungshilfe für oder gegen den Suizid, sondern Hilfen zur Verbesserung ihres Lebens.
2. Die aktuelle Gesetzeslage erlaubt es Sterbehilfeorganisationen nicht nur, Assistenz zum Suizid zu leisten, sondern auch **für den Suizid zu werben**. Wir fürchten, dass Institutionen der Suizidbeihilfe mittels manipulativer Werbung gezielt

Desinformation über den Suizid und die Suizidprävention verbreiten, wie dies bereits geschehen ist. Auf diesem Wege werden Menschen daran gehindert, hilfreiche Angebote in Anspruch zu nehmen.

3. Eine gesetzliche Neuregelung läuft Gefahr, einen Zugang zum assistierten Suizid zu befördern, der dem psychischen Befinden und den sozialen Umständen suizidaler Menschen nicht gerecht wird. Einige Vorschläge sehen einen Begutachtungs- und Beratungsprozess vor, der innerhalb recht kurzer Zeit klärt, ob sich die suizidale Person „freiverantwortlich“ zum Suizid entscheidet. Anstatt einer Zugangsberechtigung zu einem tödlichen Medikament bedarf es aber **psychosozialer Hilfen**, auch im Rahmen der Palliativ- und Hospizarbeit. So können suizidale Menschen Möglichkeiten finden, ihre Lebenssituation selbstbestimmt unter Einbezug aller vorhandenen Möglichkeiten von Behandlung, Hilfe und Unterstützung zu reflektieren. Dies ist nicht im Rahmen einer Begutachtung möglich.

Eine weitgehende Freigabe des assistierten Suizides würde ein weiteres Suizidmittel für viele Menschen verfügbar machen und gravierende Auswirkungen auf eine wirksame Suizidprävention haben. Suizidalität ist ein Phänomen, welches sich in menschlichen Beziehungen entwickelt, sich in Beziehungen ereignet und durch Erfahrungen in Beziehungen auch verändert. Sie ist kein beständiger psychischer Zustand. Ausdruck eines Sterbewunsches ist sehr oft ein mehr oder weniger bewusster, indirekt ausgesprochener Wunsch nach einem Austausch über lebenswichtige Fragen. Menschen, die über Assistenz zum Suizid sprechen, erwarten erfahrungsgemäß ein ernstnehmendes Gespräch und nicht zwangsläufig die schnelle Umsetzung eines geäußerten Todeswunsches. Sie erwarten Kommunikation auf Augenhöhe. Dieser Austausch gelingt nur, wenn die Freiheit des Einzelnen, auch des suizidalen Menschen, akzeptiert wird und die Betroffenen zugleich Alternativen zum Suizid erkennen können.

Durch dieses Urteil besteht die Gefahr, dass die Gesellschaft die Hand loslässt, die ihr von denjenigen entgegengestreckt wird, die den assistierten Suizid erwägen.

Der erleichterte Zugang zum assistierten Suizid, auch in einem gesetzlich geregelten Verfahren, beeinflusst die suizidpräventive Arbeit. Moderne Suizidprävention basiert auf einem humanistischen Menschenbild. Sie fördert selbstbestimmte Entscheidungen. Sie steht **auch am Ende des Lebens für den Erhalt der Würde des Menschen, welche im Grundgesetz verankert ist**. In Würde zu sterben bedeutet für die Suizidprävention, alles zu tun, damit der Suizid auch Menschen am Ende des Lebens nicht als einzige Option verbleibt. Deswegen muss die Suizidprävention ein zentraler Bestandteil der Hilfen für Menschen in einer Krise auch am Ende des Lebens bleiben.

Das Angebot des schnellen Weges in den Tod durch einen assistierten Suizid darf Suizidprävention nicht beeinträchtigen.

Abschluss
Reinhard Lindner

Zum Schluss möchte ich Sie noch auf die **zentrale Veranstaltung** zum Welttag der Suizidprävention hinweisen:
Am Donnerstag, **10. September findet um 18:00 Uhr in der Kaiser-Wilhelm-Gedächtniskirche** am Breitscheidplatz in Berlin ein ökumenischer Gedenkgottesdienst statt.

Für **Interviewanfragen** bitte ich Sie, unsere Kommunikationsbeauftragte, Hannah Müller-Pein, zu kontaktieren.

Wir möchten auch darauf hinweisen, dass Sie unsere Arbeit unterstützen können. Unser **Spendenkonto** ist:

Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V.
Bank für Sozialwirtschaft

BIC: BFSWDE33HAN
IBAN: DE22 2512 0510 0009 4783 00

Wir freuen uns, wenn Sie die Thematik in Ihre Berichterstattung aufnehmen und bedanken uns für Ihre Aufmerksamkeit.

Kontaktadresse für Interviews:

Frau Hannah Müller-Pein, M.A.
Hannah.Mueller-Pein@uni-kassel.de
Tel. +49 561 804- 3285

Nationales Suizid Präventions Programm

Zur möglichen Neuregelung der Suizidassistenz

September 2020

Sehr geehrter Herr Bundesminister Spahn,

das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluss zum §217 StGB entschieden, dass ein umfassendes Recht auf selbstbestimmtes Sterben existiert und zwar in jeder Phase und jeder Lebenslage der menschlichen Existenz. Dieses Recht dürfe nicht auf fremddefinierte Situationen, wie schwere und unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen, beschränkt sein und umfasse auch die Freiheit, Dritte für den Suizid in Anspruch zu nehmen. Der Suizidwunsch sei vom Staat zu respektieren, die Straflosigkeit der Selbsttötung und die Hilfe dazu stünden nicht zur freien Disposition des Gesetzgebers. Es sei jedoch legitim, dass der Gesetzgeber verhindern wolle, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt.

Wir möchten im Folgenden Implikationen des Urteils in Hinsicht auf eine gesetzliche Neuregelung der Suizidassistenz zu bedenken geben.

Suizidalität

Suizidalität ist ein gesellschaftliches Phänomen, welches in unterschiedlichen kulturellen Zusammenhängen und im historischen Verlauf in unterschiedlicher Weise auftritt. Die Dimension der Suizidproblematik ist abhängig von verschiedenen gesellschaftlichen Faktoren, wie dem Zustand des Gesundheitswesens, der sozioökonomischen Situation der Gesellschaft, den kulturellen Haltungen zum Suizid und dem öffentlichen Diskurs zum Thema, u. a. in den Medien. Zudem wirken beim Suizid auch individuelle Faktoren ein, wie biographische Einflüsse (z. B. die Erfahrung oder das Erleben physischer und psychischer Gewalt, von Ablehnung und Verlust) oder Persönlichkeitsfaktoren, wie Impulsivität. Vor diesem Hintergrund dürfte auch der öffentliche Diskurs über den assistierten Suizid Einfluss haben auf individuelle Haltungen und Handlungen zum Suizid.

9.396 Menschen nahmen sich in Deutschland nach Angaben des statistischen Bundesamtes 2018 selbst das Leben. Davon betroffen sind – konservativ geschätzt – im Durchschnitt mindestens sechs nahestehende Personen, welche oft selbst Hilfe und Unterstützung benötigen. Die Zahl der Suizidversuche in Deutschland liegt geschätzt bei mindestens 100.000. Die Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken liegt nach den nur wenig vorhandenen Studien zwischen 9 und 40 %. Valide Zahlen über assistierte Suizide in Deutschland sind nicht bekannt.

Bis zu 90% der vollendeten Suizide erfolgen vor dem Hintergrund einer psychiatrischen Erkrankung, bei den Suizidversuchen ist dies weniger eindeutig belegt, ebenso wie bei Suizidgedanken. Studien über eine „Freiverantwortlichkeit“ der verbliebenen 10% der Suizide sind nicht bekannt. Was genau „Freiverantwortlichkeit“ in der Entscheidung zum Suizid bedeutet und inwieweit Menschen sich bei derartig existentiellen Fragen frei, autonom und unabhängig entscheiden können ist bisher nicht geklärt.

Nationales Suizidpräventionsprogramm
Geschäftsstelle: Sina Müller, M.A. - Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg - Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik -Julius-Kühn-Str. 7 - 06112 Halle (Saale) - Tel.: 0345 / 557 4592 - Fax: 0345 / 557 3500
Mail: Suizidpraevention-Deutschland@uk-halle.de - www.suizidpraevention.de

Ein nachhaltiger Grundirrtum über Suizidalität ist, dass jene, die Suizidwünsche äußern, auch unbedingt die Intention haben zu sterben. Vielmehr wollen sie unter den gegebenen - oder von ihnen so erlebten - Umständen nicht mehr weiterleben. Insofern drückt der Suizidwunsch zunächst eine Intention nach Veränderung aus, die gleichzeitig als unerreichbar erlebt wird und in einem Zustand der Hoffnungslosigkeit endet. Durch eine Veränderung der aktuellen Situation, sei es real (z. B. durch die Minderung physischen Leidens oder eine Änderung der psychosozialen Situation) oder durch eine im Rahmen sozialer Kontakte gelungene innere, subjektive Neubewertung der Situation durch die Betroffenen selbst, würden sie durchaus weiterleben. Dies zeigen unterschiedliche Studien im Rahmen der palliativen Versorgung oder der Beratung und Therapie. Dieses ambivalente Verhältnis sowohl zum Suizid als auch zum Leben als ein wesentliches Charakteristikum der Suizidalität ist somit eine Grundvoraussetzung der Suizidprävention.

Suizidalität ist ein Phänomen, welches sich in menschlichen Beziehungen entwickelt, sich in Beziehungen ereignet und durch Erfahrungen in Beziehungen auch verändert. Gerade der geäußerte Suizidwunsch bzw. der Wunsch nach Hilfe zum Suizid kann als ein mehr oder weniger bewusstes Angebot zum Gespräch über die dahinterstehende individuelle Konfliktsituation verstanden werden. Ein derartiges Gespräch kann nur auf der Basis von Vertrauen gelingen. Vertrauen entsteht aber nur, wenn der Suizidwunsch als solcher akzeptiert und nicht relativiert, entwertet oder banalisiert und die Eigenverantwortlichkeit des Suizidgefährdeten nicht negiert wird. Die Selbstreflexion und Erkundung anderer Möglichkeiten des Suizidgefährdeten kann sich im Kontext der beschriebenen Beziehungen über Wochen und Monate erstrecken und zu einem selbstbestimmten Weg führen. In diesem Prozess ist auch ein Suizidversuch oder Suizid letztlich nicht zwingend ausgeschlossen.

Suizidalität ist individuell kein über die Zeit beständiges Phänomen. Von allen Personen, die einen Suizidversuch überlebten, unternehmen mindestens 70% keinen weiteren Suizidversuch. Nur 10% der Menschen nach einem Suizidversuch versterben in den folgenden Jahren durch Suizid.

Die Dauerhaftigkeit eines Suizidwunsches hängt von vielen Faktoren ab, besonders auch von aktuellen Beziehungserfahrungen und dem Erleben von Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit. Auch der in der Psychiatrie bekannte Zustand der kognitiven Einengung akut suizidgefährdeter Personen, in dem neben dem Suizid keine andere Alternative mehr gesehen wird, kann über Wochen hinweg den Eindruck einer eindeutigen Entschlossenheit hervorrufen, verändert sich jedoch grundsätzlich auch durch den Betroffenen selbst über die Zeit.

Die Vulnerabilität suizidaler Menschen gegenüber externen Einflüssen wurde besonders durch die Medienforschung nachgewiesen. Durch Veröffentlichung von Prominentensuiziden (z. B. Robert Enke) nahm i. d. R. die Anzahl der Suizide gleichaltriger und gleichgeschlechtlicher Personen mit der verwendeten Methode signifikant zu und zwar zuzüglich zur statistisch erwarteten Entwicklung.

Suizidprävention

Die Suizidprävention hat sich historisch von einer eher patriarchalen (den Suizid verdammenden, strafenden oder den Menschen unbedingt retten wollenden), religiös motivierten und tabuisierenden Haltung zu einer den Suizid annehmenden, verständnisvollen, die Selbstbestimmung des Individuums achtenden, modernen, wissenschaftlich fundierten, humanistischen Grundhaltung entwickelt. Im Vordergrund stehen das Verständnis der individuellen Umstände der Betroffenen und das Angebot – nicht der Zwang – zur Hilfe. Über die Annahme oder Ablehnung von Hilfe entscheidet der Betroffene selbst. Die Straflosigkeit suizidaler Handlungen steht von Seiten der Suizidprävention nicht zur Disposition, sondern sie ist vielmehr eine der unabdingbaren Voraussetzungen präventiver Arbeit. Dies gilt ebenso für die Akzeptanz des Suizidwunsches der Betroffenen. Diesen Wunsch als

Ausdruck einer existentiellen Notlage ernst zu nehmen ist überhaupt erst die Voraussetzung für stützende Kontakte.[1]

Die Suizidprävention stellt eine Vielzahl von Interventionen bereit, die auf allen Ebenen der Gesellschaft – von der Ebene des Individuums bis hin zur politischen, gesamtgesellschaftlichen Ebene – ansetzen (WHO 2014, siehe Grafik im Anhang). Diese sollen an dieser Stelle jedoch nicht ausführlich dargestellt werden.

Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln ist der am besten nachgewiesene suizidpräventive Effekt. Dazu gehören u. a. die Entgiftung des Haushaltsgases, die Einschränkung der Verfügbarkeit von Schusswaffen, die Absicherung des Zugangs zu sog. Suizid-Hotspots, die Absicherung von Bahngleisen, die Verblisterung und Beschränkung der Abgabemenge von Medikamenten, die in Überdosierung tödlich wirken. Die Einschränkung des Zugangs zu tödlich wirkenden Medikamenten zählt zu den wichtigsten Präventionsstrategien. Auch die Einschränkung der medialen Verbreitung von Suizidmethoden und -anleitungen hat nachweislich suizidpräventive Effekte. Nachgewiesen ist auch, dass die Einschränkung des Zugangs zu einer Suizidmethode nicht zu einem Anstieg bei anderen Suizidmethoden geführt hat, d. h. es wird nicht auf eine andere Methode zugegriffen.

Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln bewirkt vor allem einen individuellen Zeitgewinn in der suizidalen Krise durch die Vermeidung einer unmittelbaren suizidalen Handlung. Der Hintergrund für den suizidpräventiven Effekt besteht in der oben angeführten zeitlichen Begrenztheit akut suizidaler Zustände.

Besondere Verantwortung im Rahmen der Suizidprävention hat auch das Gesundheitssystem durch die Bereitstellung flächendeckender (besonders auch niedrigschwelliger) Angebote in Psychiatrie, Geriatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, der psychosozialen oder spezifisch für suizidgefährdete Personen angebotenen Beratung. Dazu kommen weitere spezialisierte Behandlungsangebote wie medizinische Hilfen, Schmerztherapie, Palliativ- und Hospizarbeit sowie allgemeine Präventionsprogramme für suizidale Risikogruppen (z. B. Sucht) u. v. a. m., durch welche suizidgefährdete und suizidale Menschen individuell angesprochen und unterstützt werden.

Gerade bei alten und körperlich schwer erkrankten Personen konnte nachgewiesen werden, dass die Erfahrung einer Besserung ihrer Beschwerden und einer hilfreichen Beziehung die zuvor geäußerten Suizidwünsche, auch nach assistiertem Suizid, in den Hintergrund rückten. Ebenso ist davon auszugehen, dass suizidpräventive Angebote für junge Menschen (Beratungsstellen, Hotlines, Chats etc.) vielen helfen, ihre suizidale Krise zu überwinden.

Letztlich gewährt Suizidprävention eine Unterstützung zu einer selbstbestimmten Entscheidung in existentiellen Lebensfragen. Gerade die Reflexion der zur Suizidalität führenden Erfahrungen, Einstellungen und psychischen Bedingungen und auch die Veränderung von Lebensumständen bedarf eines längeren Zeitraumes.

Die Möglichkeit des assistierten Suizids ist keine Suizidprävention. Es gibt aus anderen Ländern, in denen der assistierte Suizid zulässig ist, keine Hinweise auf eine abnehmende Gesamtsuizidrate wie auch – soweit bekannt – der von harten Suiziden (wie z. B. auf Bahngleisen, durch Schusswaffen oder Sprung aus der Höhe). Vielmehr lässt sich vermuten, dass mit der Erlaubnis des assistierten Suizids neue Zielgruppen für dieses Angebot erschlossen werden. Nach Schätzungen von Borasio auf der

[1] Es gibt eine Ausnahme: die zwangsweise stationäre Aufnahme bei massiver krankheitsbedingter Einschränkung der Freiverantwortlichkeit und akuter Suizidalität auch gegen den Willen des Betroffenen. Diese wird regelhaft gerichtlich überprüft.

Geschäftsstelle: Sina Müller, M.A. - Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg - Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik -Julius-Kühn-Str. 7 - 06112 Halle (Saale) - Tel.: 0345 / 557 4592 - Fax: 0345 / 557 3500
Email: Suizidpraevention-Deutschland@uk-halle.de - www.suizidpraevention.de

Basis der Entwicklung in jenen Ländern, in denen der assistierte Suizid rechtmäßig ist (Spiegel, 22.06.2020) könnte sich allein die Anzahl der assistierten Suizide im Laufe mehrerer Jahre auf 8.000 bis 10.000 pro Jahr entwickeln – zusätzlich zur Anzahl der eigenständig durchgeführten Suizide.

Problem der aktuellen Gesetzeslage

Mit dem BVG-Urteil wurde nicht einfach die Situation vor der Verabschiedung des §217 von 2015 wiederhergestellt. Unterschiede bestehen u. a. darin, dass

- die Befürworter des assistierten Suizids uneingeschränkt ihre Angebote ausweiten und als vom BVG bestätigtes Grundrecht offensiv vermarkten (s. u. Abschnitt „Werbung“) können. Auch besteht die Möglichkeit, dass sich weitere Anbieter auf dem Markt des assistierten Suizids etablieren.
- das Angebot für eine Suizidassistenz, welches sich bislang auf ältere und schwer erkrankte Personen beschränkte, nun auch vermehrt auf jüngere und gesunde Menschen, aber auch psychisch Kranke für den assistierten Suizid ausgeweitet werden kann.

Dabei bleibt völlig ungeregelt, in welcher Form festgestellt wird, dass ein Entschluss zum assistierten Suizid auf der Grundlage eines freien, selbstbestimmten und dauerhaften Willensentscheids getroffen wird. Dies wäre ein Entschluss frei von äußerem Druck, nicht unter dem Einfluss einer psychiatrischen Erkrankung oder psychischer Einschränkungen und in vollständiger Kenntnis vorhandener Alternativen. Aktuelle Praxis unter der derzeitigen Gesetzeslage ist, genauso wie vor der Verabschiedung des §217 StGB, dass die Beratung und Feststellung durch die Anbieter des assistierten Suizids und deren Kooperationspartner selbst erfolgt. Die dafür benötigte Kompetenz schien schon damals beliebig und das Verfahren und Vorgehen selbst intransparent. Gerade Kenntnisse des Wesens suizidalen Erlebens und Verhaltens, wie die Ambivalenz, die kognitive Einengung und die zeitliche Unbeständigkeit suizidaler Zustände, dürften den Beteiligten auf Seiten der Anbieter nicht hinreichend bekannt sein. Das Setting der Gespräche fördert keine selbstbestimmte Auseinandersetzung mit Suizidwünschen. Wir gehen davon aus, dass es bei der aktuellen Gesetzeslage einen deutlichen Anstieg der Anzahl assistierter Suizide geben wird, ohne dass den Betroffenen die Möglichkeit gegeben wurde, ihren Entscheid in einem reflexiven Prozess frei von zeitlichem Druck selbstbestimmt zu treffen. Praktisch wird für Menschen mit Suizidvorstellungen die Möglichkeit geschaffen, über Dritte einen einfachen Zugang zu einer Suizidmethode bzw. einem Suizidmittel zu erhalten, welche ihnen in einem unregulierten und intransparenten Verfahren zu Verfügung gestellt wird. In der Folge ist zu erwarten, dass eine höhere Anzahl von Menschen sich mit Unterstützung Dritter assistiert das Leben nimmt, die in einem größeren Zeitrahmen und mit einer *qualifizierten* Begleitung ihre suizidale Krise voraussichtlich überwunden hätten. Für die Gesellschaft würde sich der Verlust in verlorenen Lebensjahren ausdrücken, deren Umfang sich aufgrund der fehlenden Forschungsergebnisse zu den Folgen assistierter Suizide bislang nicht ermitteln lässt.

Ein Verbleiben bei der gegenwärtigen Gesetzeslage könnte also Entwicklungen fördern, die vor dem beschriebenen Hintergrund aus Sicht der Suizidprävention als nicht konstruktiv erachtet werden.

Probleme einer gesetzlichen Neuregelung

Die bisher bekannten Vorschläge zu einer gesetzlichen Regulierung des assistierten Suizids bestehen im Wesentlichen in der Etablierung eines Gutachtenverfahrens. Mit diesem sollen die beschriebenen Defizite der gegenwärtigen Gesetzeslage behoben werden. Die vorgeschlagenen Verfahren sollen im

Ablauf transparent sein und die Qualifikation der Beteiligten beschrieben werden. In der Regel werden zwei in relativ kurzem Abstand erfolgende Gespräche für die Begutachtung und wohl auch für die Beratung vorgeschlagen.

Aus unserer Perspektive können mit den bislang vorgeschlagenen Verfahren jedoch nicht die Freiverantwortlichkeit, Ernsthaftigkeit, Dauerhaftigkeit sowie Wohlerwogenheit des Suizidwunsches geklärt werden.

1. Um ein fundiertes Gutachtenverfahren zu etablieren, müssen zunächst Forschungsdefizite hinsichtlich Menschen, die einen Wunsch zum assistierten Suizid äußern, behoben werden. Vermutlich betrifft es eine Gruppe, die bislang davon Abstand genommen hat, suizidale Handlungen *selbst* zu vollziehen. Es gibt auch kaum Erkenntnisse darüber, in welchem Umfang und unter welchen Bedingungen bislang ein tödliches Medikament Personen zur Verfügung gestellt wurde, die sich unter anderen Bedingungen und nach einer längeren Zeit dagegen entschieden hätten.
2. Aus unserer Sicht fehlen bislang empirische Forschungsergebnisse zur Bestimmung des vom BVG beschriebenen mehrdimensionalen Konstrukts der „Freiverantwortlichkeit“. Es ist ebenso nicht geklärt, inwieweit die „Freiverantwortlichkeit“ einer noch nicht durchgeführten Handlung - also ex ante - überhaupt begutachtet werden kann.
3. Die Klärung der „Freiverantwortlichkeit“ eines Suizidwunsches erfordert ein Vertrauensverhältnis zwischen Gutachter und Begutachtetem, um die innere Motivation des Suizidwunsches und evtl. vorhandene Abhängigkeiten zu verstehen. In diesem Prozess versteht auch der Begutachtete seinen Wunsch mehr und könnte davon Abstand nehmen. Das aber benötigt Zeit im Rahmen von vielen Monaten.
4. Suizidalität ist kein über die Zeit beständiges Phänomen. Wir wissen, dass Menschen auch nach einem selbst durchgeführten harten Suizidversuch von einem Suizidwunsch Abstand nehmen. Dieses Phänomen ist auch nach versuchten assistierten Suiziden dokumentiert, allerdings nur selten, da der Tod die Regel nach einem assistierten Suizid ist. Akute suizidale Phasen können mehrfach in einem Zeitraum von Jahren auftreten und auch wieder abklingen. Dieser Phänomenologie suizidaler Krisen wird ein Gutachtenverfahren nicht gerecht.
5. Menschen, die einen Suizidwunsch äußern, bedürfen eines einfühlsamen Verstehens dieses Wunsches im Rahmen einer vertrauensvollen Beziehung. In einem solchen Prozess können innere und äußere Abhängigkeiten erkannt, verändert und neu bewertet werden. Diese Möglichkeit der Reflexion ist aus unserer Sicht eine Voraussetzung, um eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Der Rahmen eines Begutachtungsverfahrens, welches dem Ziel gilt, die Gabe eines tödlichen Medikaments zu ermöglichen oder zu verweigern, unterstützt Menschen mit Suizidgedanken nicht in der Entscheidungsfindung.

Daher wird aus suizidpräventiven Erwägungen ein Begutachtungsverfahren nicht befürwortet.

Die Suizidprävention und auch die medizinische und psychosoziale Versorgung stellt eine Vielzahl von Möglichkeiten bereit, Menschen in Krisen zu unterstützen und psychisches und physisches Leiden zu mindern. Jeder hat auch das Recht, diese Hilfen abzulehnen. Es mag juristisch folgerichtig sein, dass, wenn eine Handlung – wie suizidale Handlungen – nicht verboten und strafbewehrt ist, auch die Beihilfe dazu nicht verboten werden darf. Aus der oben beschriebenen Perspektive der Suizidprävention ist es jedoch nicht nachvollziehbar, dass die Gesellschaft verpflichtet ist, jenen Menschen, welche die zur Verfügung stehenden Hilfen ablehnen, ein tödlich wirkendes Medikament zur Verfügung zu stellen. Dies gilt vor allem, wenn man bedenkt, dass eine beträchtliche Anzahl Menschen, die ihren Suizidwunsch durchaus revidiert hätten, durch die Gabe eines tödlichen Medikaments sterben wird. Wir denken, der Staat hat eine Schutzfunktion auch für diese Menschen.

Werbung

Es ist zu befürchten, dass es Anbieter geben wird, die nach der Entscheidung des BVG damit werben, dass der assistierte Suizid eine normale und angemessene Option zur Beendigung des Lebens ist.

Die Suizidforschung verfügt über profunde Forschungsergebnisse über das Wesen der Suizidalität, der Ängste und Vulnerabilitäten und besonders auch über suizidale Phantasien. Diese Phantasien sind Wünsche nach Ruhe, nach Frieden, Entlastung, einem friedvollen Einschlafen und nach Gemeinschaft im Tod. Sie sind weit verbreitet, münden i. d. R. aber nicht in suizidale Handlungen. In stützenden Gesprächen bilden diese Phantasien ein konstruktives Moment der Selbstreflexion, für die Werbung sind sie ein Ansatzpunkt der Manipulation.

Wir fürchten, dass unsere Forschungsergebnisse benutzt werden, um wissenschaftlich fundierte Manipulation in Form von Werbung für bestimmte Zielgruppen zu entwickeln, mit dem Ziel, diese für einen assistierten Suizid zu gewinnen. Zukünftig könnten gerade über soziale Medien suizidale Zielgruppen im Sinne des assistierten Suizids beeinflusst werden. Schon heute können Algorithmen von Google und Facebook suizidale Personen unter ihren Nutzern identifizieren – bislang im Sinne der Suizidprävention. Darüber hinaus gibt es Foren, Chat- und Usergruppen etc., in denen sich Menschen über ihre Suizidgedanken austauschen, i. d. R. mit einem eher lebenserhaltenden Effekt. Die legale Promotion des assistierten Suizids in diesen Kontexten könnte aber zu vermehrten und vorschnellen Suiziden führen.

Seitens der Befürworter des assistierten Suizids fanden sich schon in der Vergangenheit und finden sich auch heute Fehlinformationen zur Suizidprävention (als religiös fundamentalistisch) und Palliativmedizin (im Profitinteresse der Pharmaindustrie). Dies geschieht mit der Intention, das Gespräch über Suizidgedanken mit Ärzten und anderen hilfreichen Angeboten zu unterbinden. Früher geschah dies mit dem Verweis, dass das Ansprechen von Suizidgedanken umgehend zur Einweisung in die geschlossene Psychiatrie führe. Heute ist es die haltlose Behauptung, dass ein Verbot des assistierten Suizids das Gespräch über Suizidgedanken unmöglich mache.

Dass Werbung zielgerichtet emotional manipulativ wirken soll, ist allgemein bekannt.
Die Wirkung kann sein, dass

- suizidpräventive, aber auch allgemeine medizinische und palliativmedizinische Angebote diskreditiert und nicht in Anspruch genommen werden.
- Vorurteile über die angebliche Rechtlosigkeit schwer kranker Menschen und deren Behandlung verbreitet werden (wie z. B. Zwangsbehandlung, -ernährung, Leidensverlängerung).
- der assistierte Suizid als normale und evtl. auch erstrebenswerte Form der Lebensbeendigung etabliert, traditionelle Formen der humanistischen Sterbebegleitung und des Lebensendes jedoch diskreditiert werden.
- die Suche nach Unterstützung in existentiellen Krisen implizit als individuelle Schwäche kommuniziert wird und damit suizidale Krisen nicht überwunden werden können.

Die Verbreitung von Manipulationen und Desinformation widerspricht der Forderung nach einer freien und selbstbestimmten Willensentscheidung.

Bislang wird der assistierte Suizid über das World-Wide-Web beworben sowie auf die Zielgruppe alter und in Institutionen der stationären Altenhilfe lebender Menschen hingearbeitet (Forderung der Aufnahme der Option des assistierten Suizids in die Haussatzung). Allerdings ist zu erwarten, dass

in Zukunft auch der „Markt“ jüngerer und gesunder Menschen für den assistierten Suizid erschlossen werden könnte.

Das BVG betont, dass es legitim sei, wenn der Gesetzgeber verhindern wolle, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt. Der Gesetzgeber dürfe auch einer Entwicklung entgegensteuern, welche die Entstehung sozialer Pressionen befördert, sich unter bestimmten Bedingungen, etwa aus Nützlichkeitserwägungen oder altruistischer Abtretung, das Leben zu nehmen. Vor diesem Hintergrund befürworten wir unbedingt eine Regulierung der Werbung für den assistierten Suizid bis hin zum Verbot. Darüber hinaus wäre zu prüfen, inwieweit die professionelle Verbreitung von Werbung zur Möglichkeit des assistierten Suizids die Entwicklung neuer Stereotype über wertes und unwertes Leben sowie die Forderung nach Legalisierung der „Tötung auf Verlangen“ fördern könnten.

Empfehlungen

Es ist nicht möglich, Empfehlungen geben, welche die Suizidprävention und die Möglichkeit des assistierten Suizids widerspruchsfrei regeln.
Unabhängig von der gegenwärtigen Gesetzeslage oder einer neu zu entwickelnden Regulierung des assistierten Suizids empfehlen wir aus Sicht der Suizidprävention folgende Initiativen:

1. Eine strikte Regulierung der Werbung für den assistierten Suizid bis hin zum Verbot.
2. Eine Dokumentation, Erfassung und statistische Darstellung der assistierten Suizide, deren Rahmen und damit verbundenen finanziellen Transaktionen.
3. Eine weitere Förderung der Palliativmedizin, der ambulanten palliativen Versorgung und der Hospize. Hier ist die Versorgungslage in Deutschland noch nicht ausreichend.
   Ein unzureichender Zugang zu diesen Angeboten darf nicht als Begründung für eine Suizidassistenz dienen.
4. Öffentlichkeitsarbeit zu den Möglichkeiten der palliativen Versorgung und der Patientenrechte bei schweren Krankheiten und am Lebensende, um bestehender Unkenntnis und Vorurteilen zu begegnen und dadurch die Selbstbestimmung zu stärken.
5. Entwicklung von psychosozialen Hilfsangeboten für Menschen, die einen Wunsch nach einem assistierten Suizid äußern, innerhalb der betroffenen Institutionen (ambulante und stationäre Altenhilfe, medizinische Versorgung etc.)
6. Förderung der niedrigschwelligen Suizidprävention und der damit verbundenen Institutionen, um suizidgefährdeten Menschen zeitnah Unterstützung zu gewähren.
7. Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms als koordinierendes Netzwerk und damit verbunden Förderung der Öffentlichkeitsarbeit zur Suizidprävention.
8. Förderung der Forschung zum assistierten Suizid, besonders hinsichtlich der Fragestellungen:
   a. Wie unterscheiden sich die Gruppen derjenigen, die einen Suizid oder Suizidversuch selbst durchführen, von jenen, die einen assistierten Suizid wünschen?
   b. Untersuchung der Bedingungen, die zu einem Wunsch zum assistierten Suizid führen, unter besonderer Berücksichtigung von lebensgeschichtlichen und Genderaspekten.
   c. Untersuchung der Auswirkung der Legalisierung des assistierten Suizids auf die Entwicklung der Einstellungen und Werte in der Gesellschaft, besonders im Hinblick auf Tod und Sterben sowie zum Lebenswert des Individuums oder von Gruppen.
   d. Untersuchungen zur Effektivität von psychosozialen Hilfsangeboten für Menschen mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid.

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Reinhard Lindner, geschäftsführende Leitung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland

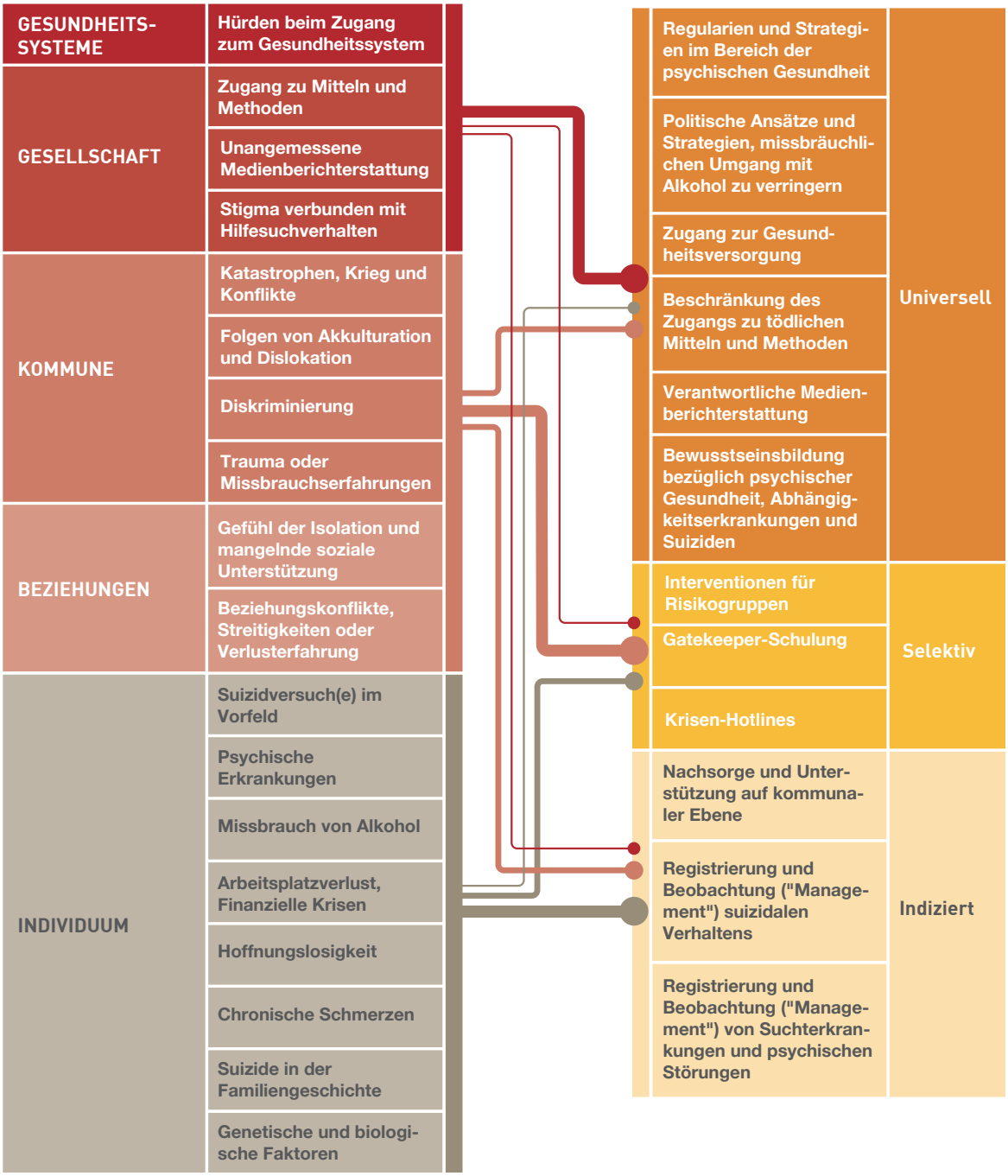
Prof. Dr. Barbara Schneider, geschäftsführende Leitung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland,

Dr. Uwe Sperling, Sprecher der AG „Alte Menschen“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland

Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf, Sprecher der AG “Medizinische Versorgung“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland

Dipl. Psych. Georg Fiedler, Zweiter Sprecher der Steuerungsgruppe des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland, Email

Hauptrisikofaktoren für Suizid und entsprechende Interventionen. Linien entsprechen der relativierten Bedeutung von Interventionen auf verschiedenen Ebenen für verschiedene Risikofaktoren (World Health Organization 2014)



Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland

Suizide in Deutschland 2018

Hannah Müller-Pein
Universität Kassel
(hannah.mueller-pein@uni-kassel.de)

www.suizidpraevention.de

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

Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Internetdokument: Verwendung der Folien mit Quellenangaben erlaubt: www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2018.pdf

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden

Vorbemerkung

Die folgenden Angaben beziehen sich auf die Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes, welche jährlich aktualisiert wird.

Die Angaben beruhen auf der Auswertung der Todesbescheinigungen. Die Todesursachen werden in den Bundesländern für die dort gemeldeten Einwohner dokumentiert und einmal im Jahr an das Statistische Bundesamt gemeldet.

Die Anzahl der Suizide und die jeweilige Suizidziffer sind immer das Ergebnis sehr unterschiedlicher und gegenläufiger oder sich aufhebender Gegebenheiten.

Einfluss auf die Suizidhäufigkeit haben u.a.:

- Der Zustand und die Entwicklung der medizinischen Versorgung.
- Die demographische Entwicklung.
- Sozioökonomische Entwicklungen.
- Regionale Besonderheiten.
- Die Berichterstattung in den Medien.
- Die Verfügbarkeit und die Bekanntheit von Suizidmethoden.
- Die Form und Zuverlässigkeit der Ausstellung der Todesbescheinigungen.
- Suizidpräventive Initiativen.
- ...

Vor diesem Hintergrund verbieten sich eine vorschnelle Interpretationen der vorliegenden Daten. Diese ist erst nach einer genaueren wissenschaftlichen Analyse möglich.

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

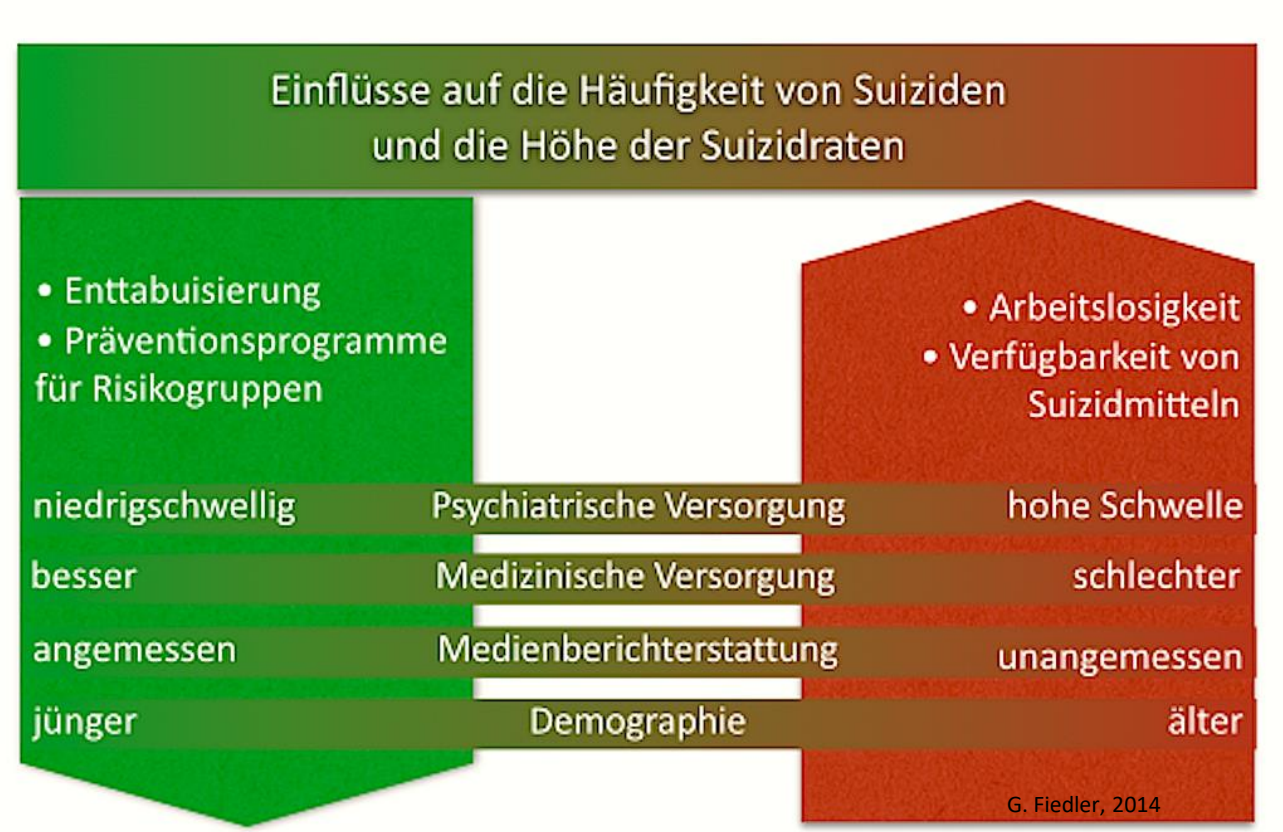
Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden



Beispiele für Faktoren, die sich positiv oder negativ auf die Suizidraten auswirken können.

Die Suizidrate oder Suizidziffer ist die Berechnung der Anzahl der Verstorbenen bezogen auf 100.000 Lebende der jeweiligen Gruppe. Auf diese Weise werden auch unterschiedliche Gruppen vergleichbar[1].

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

Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

[1] Weitere Standardisierungen (z.B. altersstandardisierte Daten) werden in der folgenden Darstellung nicht verwendet.

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden

- 9.396 Menschen starben in Deutschland im Jahr 2018 durch Suizid. [1]
- Weit über 100.000 Menschen unternahmen im Jahr 2018 einen Suizidversuch. [1]
- Etwa 60.000 Menschen verloren im Jahr 2018 einen ihnen nahestehenden Menschen durch Suizid. Nicht selten benötigen auch sie Unterstützung (nach Angabe der WHO sind von einem Suizid im Durchschnitt mindestens sechs nahe stehende Menschen betroffen). [2]

Das bedeutet [3]:

- Alle 56 Minuten nimmt sich ein Mensch selbst das Leben.
- Alle 5 Minuten findet ein Suizidversuch statt.
- In den letzten 10 Jahren starben über 98.500 Menschen durch Suizid.
- In den letzten 10 Jahren gab es in Deutschland weit über 1 Million Suizidversuche.
- In den letzten 10 Jahren sind in Deutschland zwischen 500.000 und 1 Million. Menschen von dem Suizid eines ihm nahe stehenden Menschen betroffen
- Alle 9 Minuten verliert in Deutschland jemand einen nahe stehenden Menschen durch Suizid

[1] Die Angaben über vollendete Suizide beruhen auf den Angaben des Statistischen Bundesamtes vom Mai 2020. Da Daten zu den Suizidversuchen nicht systematisch erhoben werden, sind die Angaben Schätzungen auf Basis der Ergebnisse in kleineren Erhebungsgebieten im Rahmen der Studie „Monitoring Suicidal Behaviour in Europe“ (publiziert in Schmidtke et al. 2001, 2004). [2] Die Angabe von 6 betroffenen Angehörigen durch einen Suizid beruht ursprünglich auf einer Behauptung von Shneidman (1973) und tradierte sich als Schätzung bis hinein in WHO-Publikationen. Eine erste Überprüfung von Berman (2011) ergab, dass die Schätzung den Kreis sehr nahestehenden Betroffenen relativ gut erfasste, dass aber durchaus darüber hinaus noch weitere Menschen betroffen sind. [3] Weitergehende Berechnungen durch H. Müller-Pein & K. Wache.

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

Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden

Todesursachen 2018		
Illegale Drogen	**1.276**	Quelle: Statistisches Bundesamt [1]
Mord	**386**	Quelle: Bundeskriminalamt [2]
Totschlag	**1.827**	Quelle: Bundeskriminalamt [2]
Verkehrsunfälle	**3.275**	Quelle: Statistisches Bundesamt [1]
AIDS	**~ 440**	Quelle: Robert Koch Institut [3]
Suizid	**9.396**	Quelle: Statistisches Bundesamt [1]

[1] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stand Mai 2020 [2] Polizeilich Kriminalstatistik, Stand Mai 2020 [3] Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts, Stand Mai 2020; Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

In Deutschland starben im Jahr 2018 deutlich mehr Menschen durch Suizid (9.396) als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen und AIDS zusammen (~ 7.200).

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

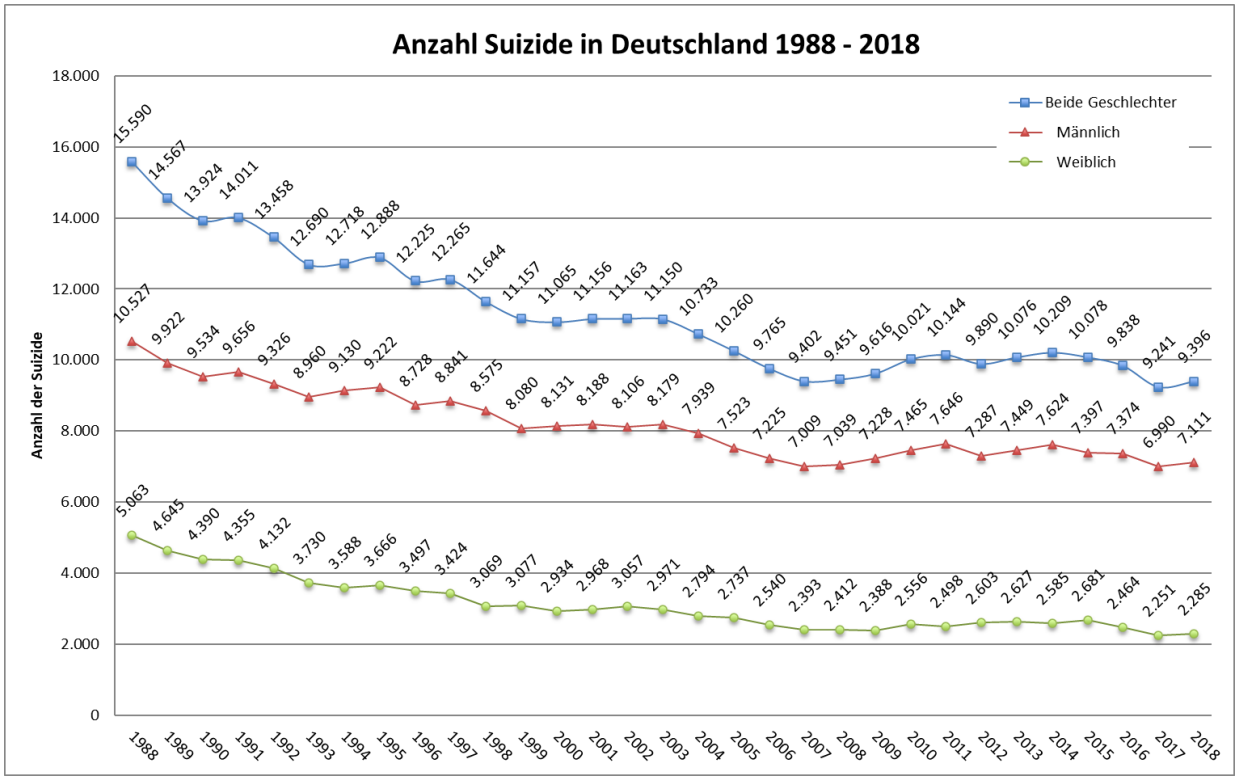
Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Bei Betrachtung der absoluten Zahlen liegt 2018 die Anzahl der Suizide im dritten Jahr in Folge unter 10.000. Seit der Gründung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms im Jahr 2001 reduzierte sich die Anzahl der Suizide um 15,8 %.

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

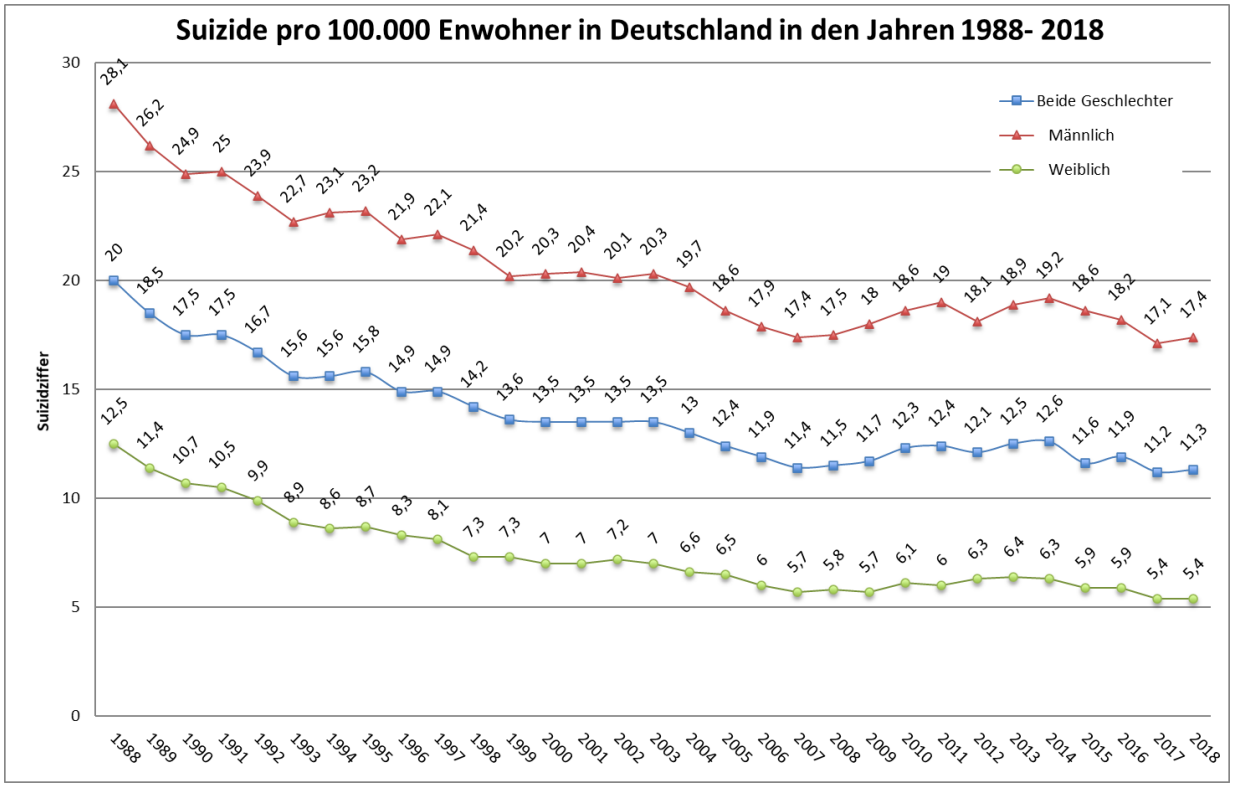
Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Die Entwicklung der Suizide in Deutschland erschließt sich genauer in der Suizidziffer, d.h. der Anzahl der Suizide pro 100.000 Einwohner. Die Suizidziffer sank im oben genannten Zeitraum von 20 (1988) auf 11,3 (2018). Das Verhältnis der Suizide von Männern zu den von Frauen beträgt in etwa 3:1.

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

Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden

Suizidziffern und Suizide in den Bundesländern 2018								
	Suizide pro 100.000 Einwohner				Anzahl der Suizide			
	Gesamt	*	Männer	Frauen	Gesamt	*	Männer	Frauen
Sachsen-Anhalt	15,4	-0,2	25,2	6	342	-6	275	67
Sachsen	15,2	0,2	23	7,6	619	8	462	157
Thüringen	14,4	-0,5	23	5,9	309	-12	245	64
Mecklenburg-Vorpommern	13,7	2,4	21,8	5,8	220	38	173	47
Schleswig-Holstein	13,1	0,1	20,5	6,1	380	4	290	90
Bayern	12,8	0,5	19,6	6,1	1671	74	1267	404
Bremen	12,2	3,2	17,2	7,3	83	22	58	25
Niedersachsen	12,2	0,3	18,8	5,7	970	20	741	229
Rheinland-Pfalz	11,9	-0,6	18,9	5,1	485	-23	380	105
Hessen	11,8	-0,1	17,7	6,1	741	-3	548	193
Hamburg	11,7	-0,3	18,7	5	215	-4	168	47
Deutschland	11,3	0,1	17,4	5,4	9396	155	7111	2285
Baden-Württemberg	11,2	-0,9	16,5	5,9	1.236	-94	907	329
Saarland	11,1	1	18,7	3,8	110	9	91	19
Berlin	10,3	2,6	15,4	5,4	374	96	275	99
Brandenburg	9,5	5,4	16,2	3	239	136	201	38
Nordrhein-Westfalen	7,8	-0,6	11,7	4,1	1.402	-110	1.030	372
* Veränderung zum Vorjahr								

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Es gibt große Unterschiede zwischen den Bundesländern. Im Jahr 2018 hatten Sachsen-Anhalt (15,4) und Sachsen (15,2) die höchste Suizidziffer, Brandenburg (9,5) und Nordrhein-Westfalen (7,8) die Niedrigste. Der Anstieg in Brandenburg um 136 Suizide lässt sich damit erklären, dass dort 2017 Strangulationen durch eine elektronische Signatur den Unfällen und nicht den Selbsttötungen zugeordnet wurden. Die Erfassung wurde nun korrigiert.

Nach wie vorliegt die Suizidrate in Sachsen- Anhalt (15,4), Sachsen (15,2) und Thüringen (14,4) deutlich über dem bundeweiten Durchschnitt (11,3).

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

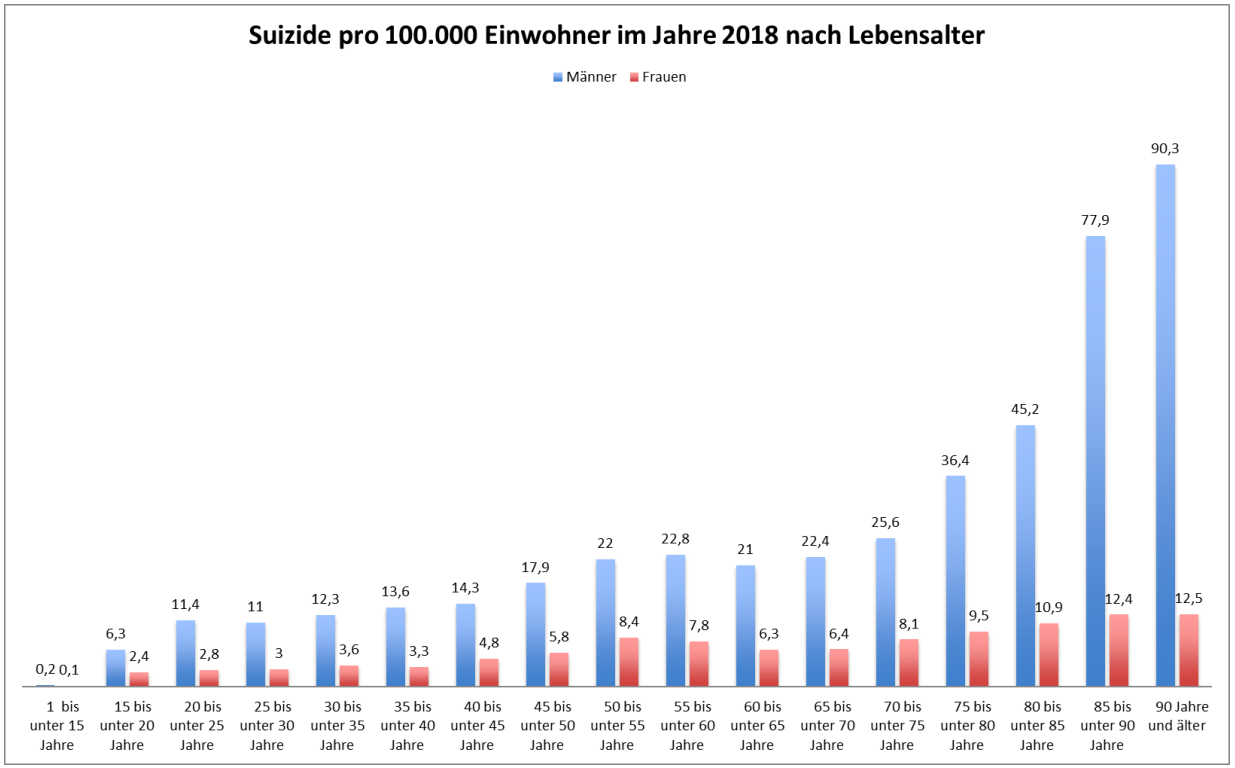
Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

In Deutschland steigt die Suizidrate, bzw. das Suizidrisiko, mit dem Lebensalter (das sog. „Ungarische Muster“). In allen Altersgruppen sterben deutlich mehr Männer durch Suizid als Frauen. Beträgt die Suizidrate 2018 bei 20 bis 25jährigen Männern noch 11,4 (Frauen 2,8) steigt sie bei den 85 bis 90jährigen Männern auf 77,9 (Frauen 12,4). Bei den über 90jährigen Männern steigt die Suizidrate auf 90,3.

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

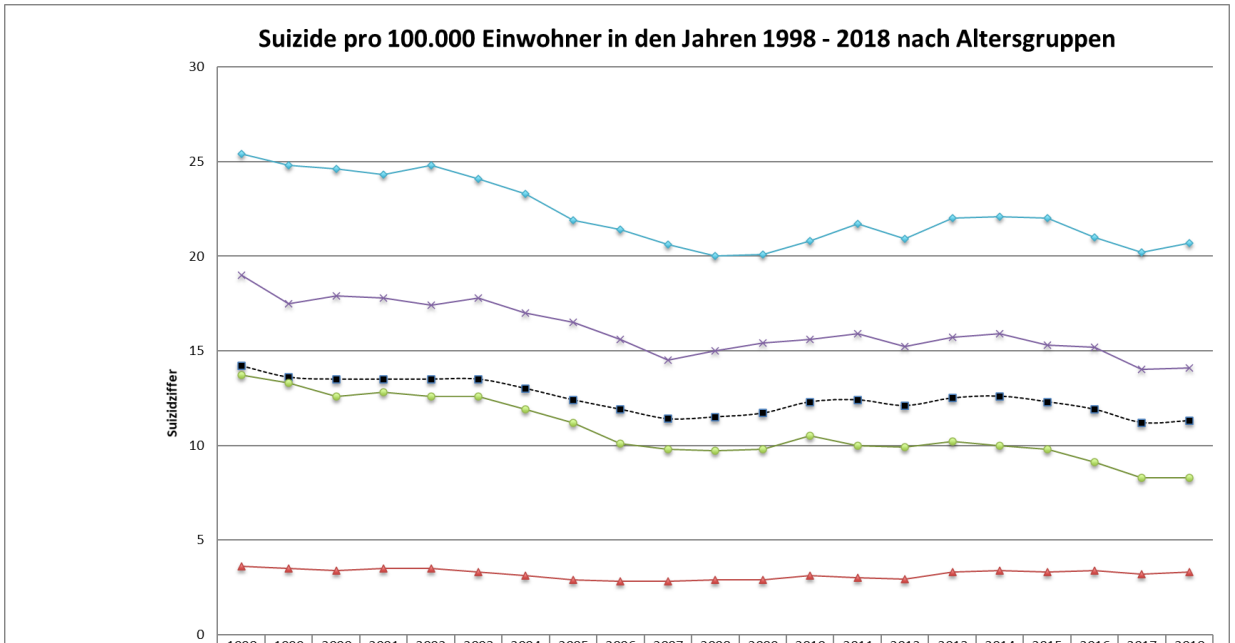
Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Alle Altersgruppen	14,2	13,6	13,5	13,5	13,5	13,5	13	12,4	11,9	11,4	11,5	11,7	12,3	12,4	12,1	12,5	12,6	12,3	11,9	11,2	11,3
5 bis unter 25 Jahre	3,6	3,5	3,4	3,5	3,5	3,3	3,1	2,9	2,8	2,8	2,9	2,9	3,1	3	2,9	3,3	3,4	3,3	3,4	3,2	3,3
25 bis unter 45 Jahre	13,7	13,3	12,6	12,8	12,6	12,6	11,9	11,2	10,1	9,8	9,7	9,8	10,5	10	9,9	10,2	10	9,8	9,1	8,3	8,3
45 bis unter 65 Jahre	19	17,5	17,9	17,8	17,4	17,8	17	16,5	15,6	14,5	15	15,4	15,6	15,9	15,2	15,7	15,9	15,3	15,2	14	14,1
65 Jahre und älter	25,4	24,8	24,6	24,3	24,8	24,1	23,3	21,9	21,4	20,6	20	20,1	20,8	21,7	20,9	22	22,1	22	21	20,2	20,7

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen bleiben auch über die Zeit mit leichten Schwankungen erhalten. Im Vergleich zum Vorjahr sind 2018 nur minimale Abweichungen zu vermerken. Die größte Zunahme (+0,5 Suizide pro 100.000 Einwohner) ist in der Altersgruppe der über 65jährigen zu verzeichnen.

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

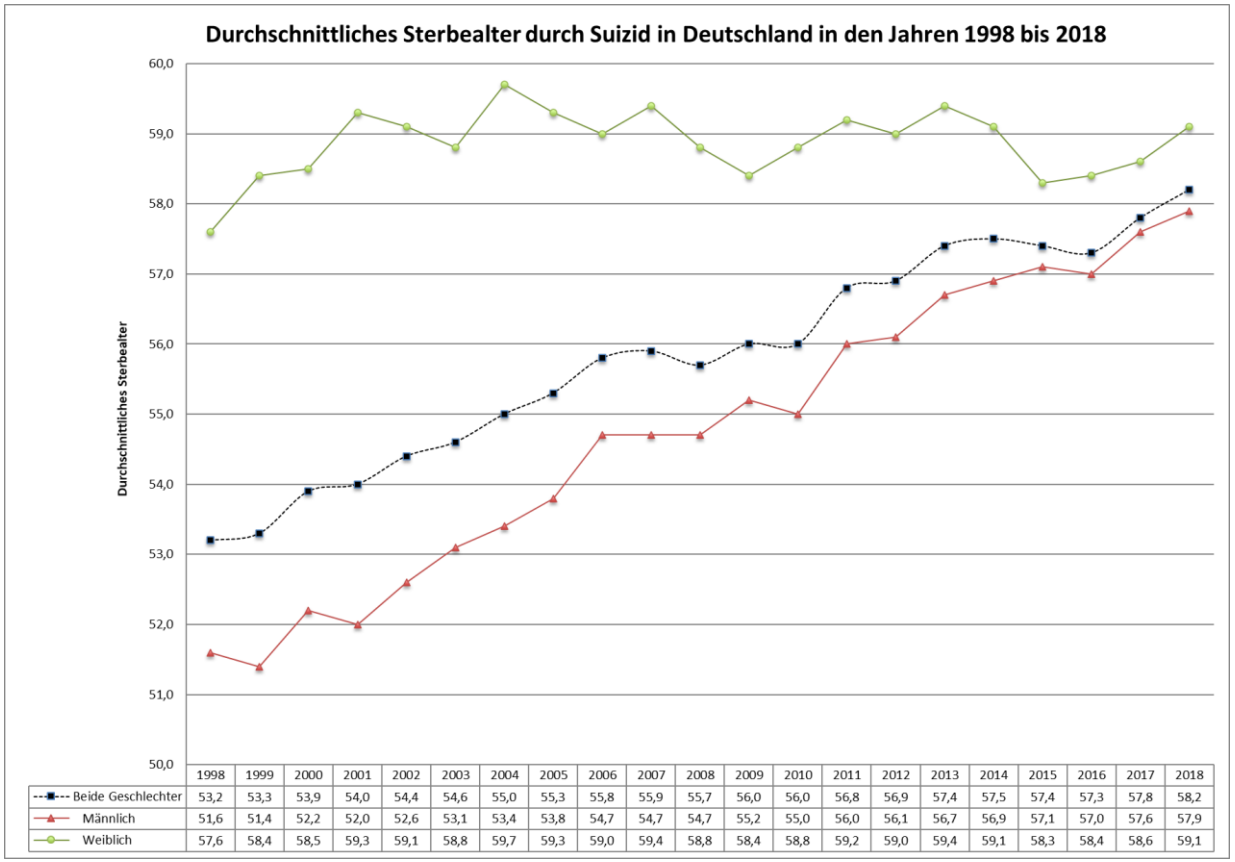
Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Beide Geschlechter	53,2	53,3	53,9	54,0	54,4	54,6	55,0	55,3	55,8	55,9	55,7	56,0	56,0	56,8	56,9	57,4	57,5	57,4	57,3	57,8	58,2
Männlich	51,6	51,4	52,2	52,0	52,6	53,1	53,4	53,8	54,7	54,7	54,7	55,2	55,0	56,0	56,1	56,7	56,9	57,1	57,0	57,6	57,9
Weiblich	57,6	58,4	58,5	59,3	59,1	58,8	59,7	59,3	59,0	59,4	58,8	58,4	58,8	59,2	59,0	59,4	59,1	58,3	58,4	58,6	59,1

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Der Suizid wird zunehmend ein Phänomen des höheren Lebensalters. Im Jahre 2018 betrug das durchschnittliche Lebensalter eines durch Suizid verstorbenen Menschen 58,2 Jahre, 1998 lag es noch bei 53,2 Lebensjahren. Während das Sterbealter durch Suizid bei Männern konstant stieg, von 51,6 (1998) auf 57,9 Jahre (2018), liegt es bei Frauen seit 1998 zwischen 57,6 und 59,3 Jahren.

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

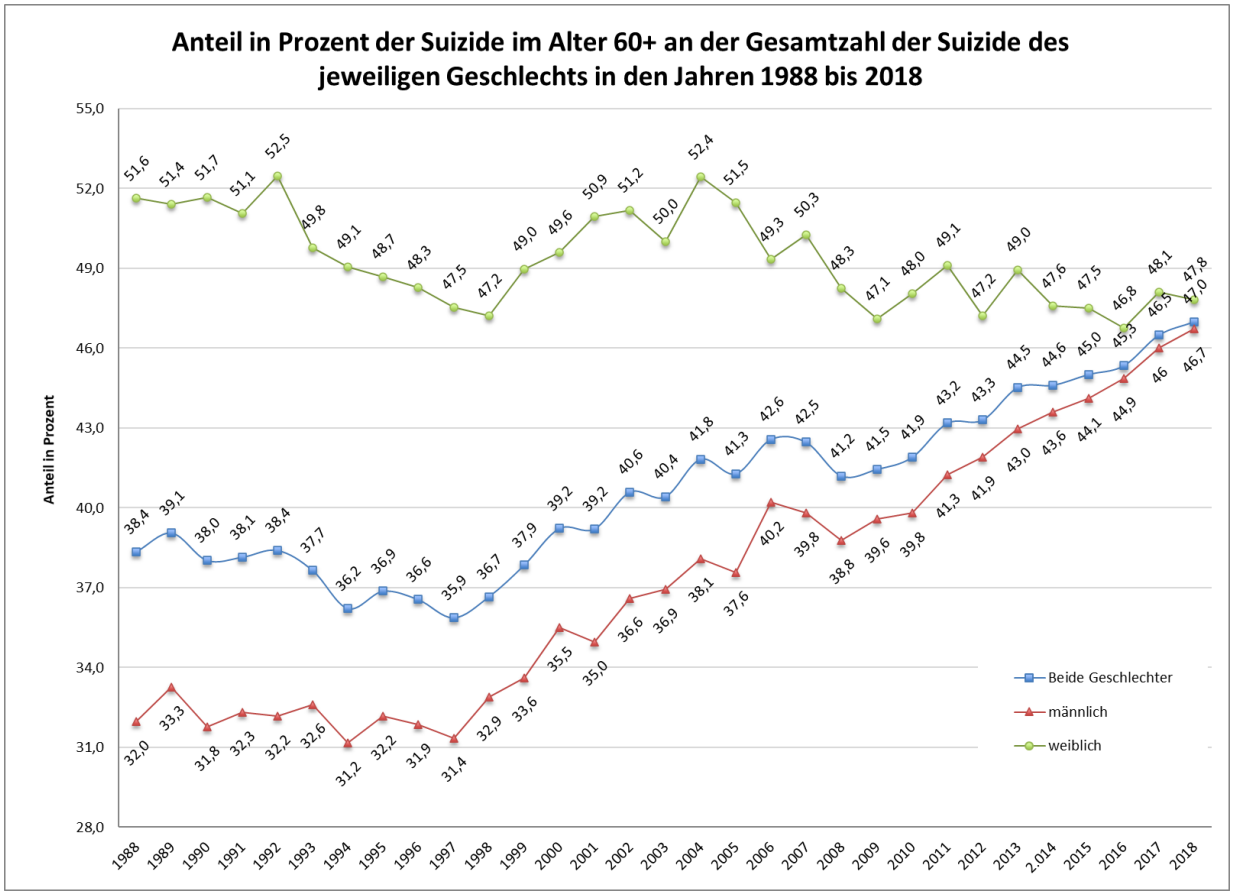
Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Betrachtet man den Anteil der Altersgruppe 60+ an der Gesamtzahl der Suizide des jeweiligen Geschlechts fällt auf, dass sich besonders die Suizide von Männern in das höhere Lebensalter verschieben.

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

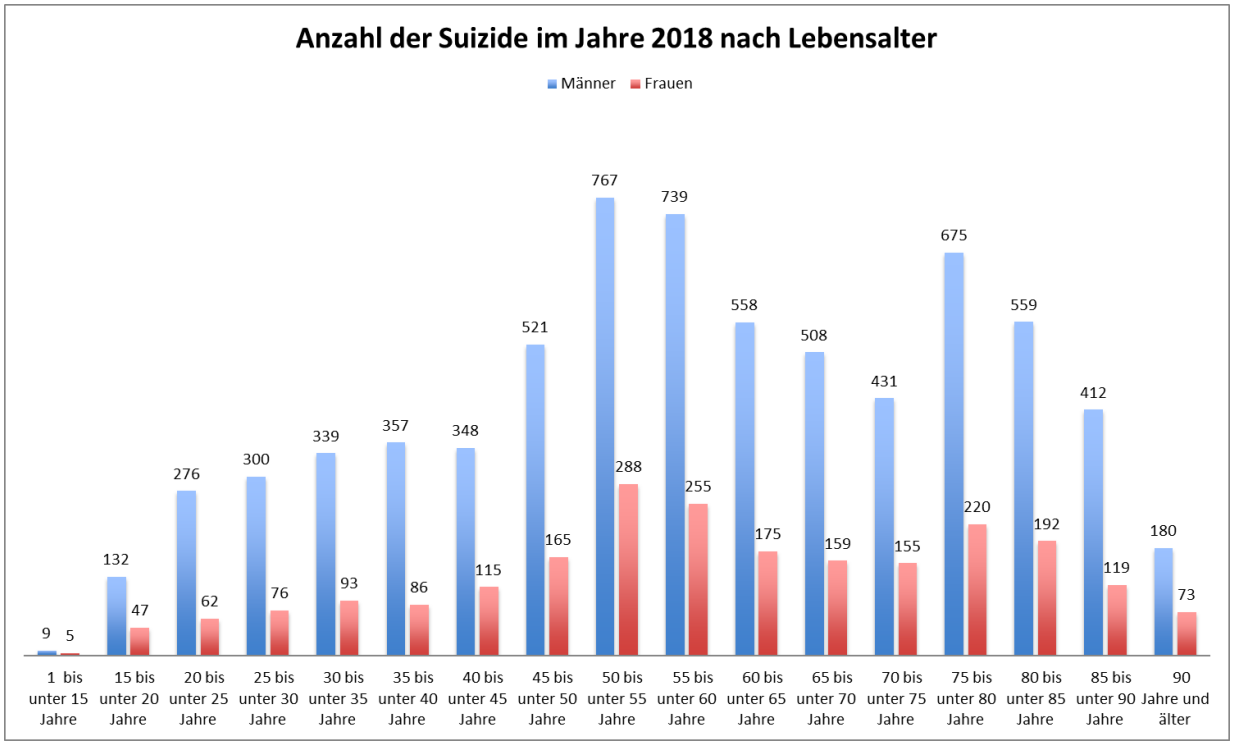
Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Auch die absolute Anzahl der Suizide von Männern in 2018 übersteigt in allen Altersgruppen nach wie vor die Anzahl der Suizide von Frauen deutlich: 75,7% aller Suizide im Jahr 2018 wurden von Männern durchgeführt (7.111). 2018 nahmen sich 2.285 Frauen selbst das Leben.

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

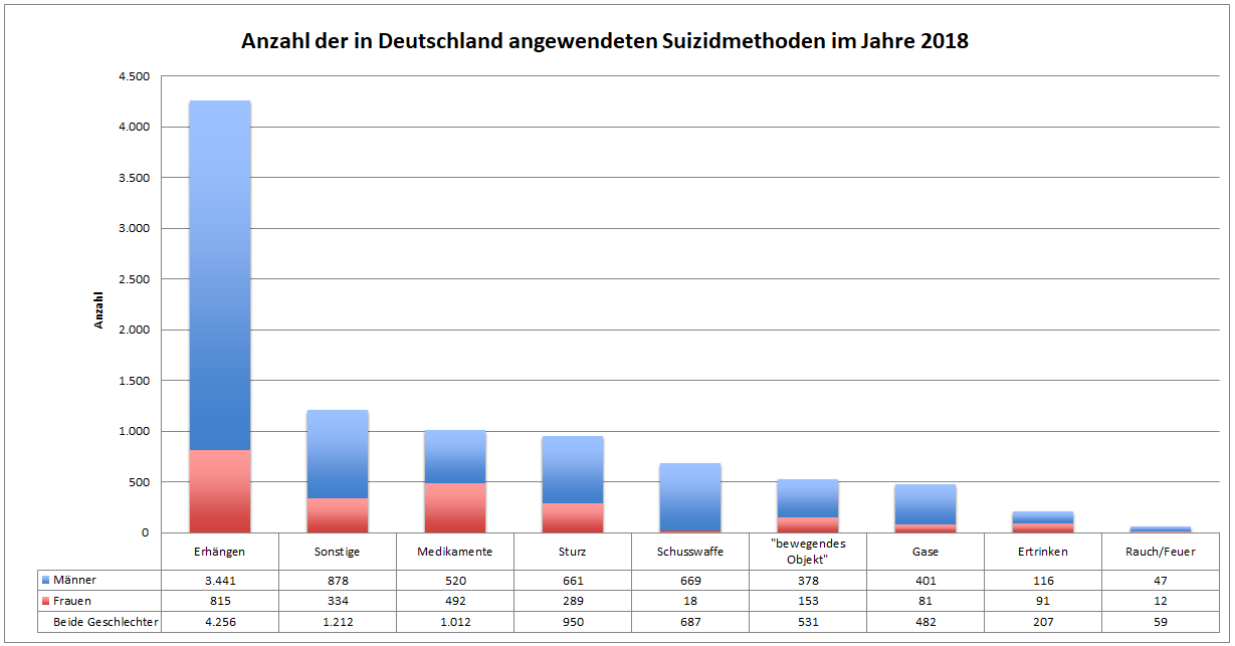
Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden



	Erhängen	Sonstige	Medikamente	Sturz	Schusswaffe	"bewegendes Objekt"	Gase	Ertrinken	Rauch/Feuer
Männer	3.441	878	520	661	669	378	401	116	47
Frauen	815	334	492	289	18	153	81	91	12
Beide Geschlechter	4.256	1.212	1.012	950	687	531	482	207	59

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Bei den Suizidmethoden dominierte 2018 das Erhängen (4.256) deutlich. Es folgen mit 1212 Fällen sonstige Methoden [1], Medikamente (1012), Sturz (950), Schusswaffen (687, fast ausschließlich Männer) und das „sich vor ein bewegendes Objekt legen“ (531). Danach folgen Gase (482), Ertrinken (207) und Suizid durch Rauch/ Feuer (59).

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

Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

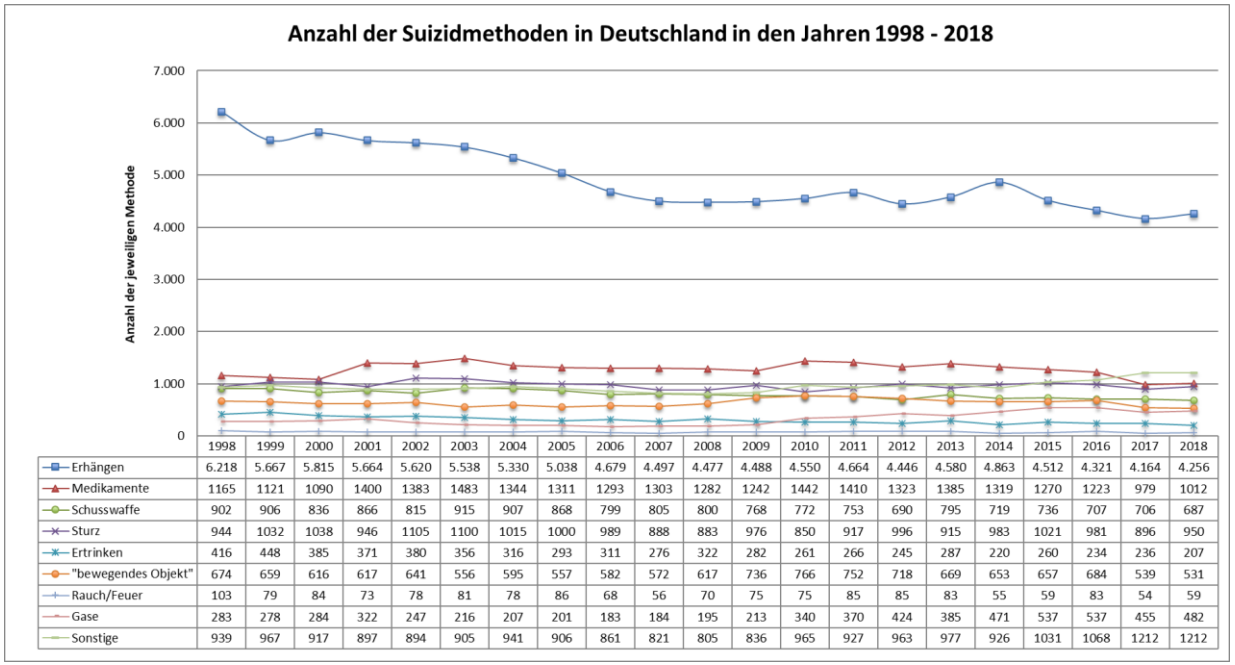
[1] Auflistung sonstiger Methoden siehe Folie 17

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Erhängen	6.218	5.667	5.815	5.664	5.620	5.538	5.330	5.038	4.679	4.497	4.477	4.488	4.550	4.664	4.446	4.580	4.863	4.512	4.321	4.164	4.256
Medikamente	1165	1121	1090	1400	1383	1483	1344	1311	1293	1303	1282	1242	1442	1410	1323	1385	1319	1270	1223	979	1012
Schusswaffe	902	906	836	866	815	915	907	868	799	805	800	768	772	753	690	795	719	736	707	706	687
Sturz	944	1032	1038	946	1105	1100	1015	1000	989	888	883	976	850	917	996	915	983	1021	981	896	950
Ertrinken	416	448	385	371	380	356	316	293	311	276	322	282	261	266	245	287	220	260	234	236	207
"bewegendes Objekt"	674	659	616	617	641	556	595	557	582	572	617	736	766	752	718	669	653	657	684	539	531
Rauch/Feuer	103	79	84	73	78	81	78	86	68	56	70	75	75	85	85	83	55	59	83	54	59
Gase	283	278	284	322	247	216	207	201	183	184	195	213	340	370	424	385	471	537	537	455	482
Sonstige	939	967	917	897	894	905	941	906	861	821	805	836	965	927	963	977	926	1031	1068	1212	1212

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Auffällig ist die deutliche Zunahme von Fällen des Suizids durch „Sonstige Methoden“ von 939 (1998) auf 1212 (2018) sowie Suizide durch Gase von 283 (1998) auf 482 (2018).
Die Suizidmethoden „Schusswaffe“ (687), „Ertrinken“ (207) und „bewegendes Objekt“ (531) sind 2018 auf ihrem niedrigsten Stand im Vergleich zu den letzten 20 Jahren.

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

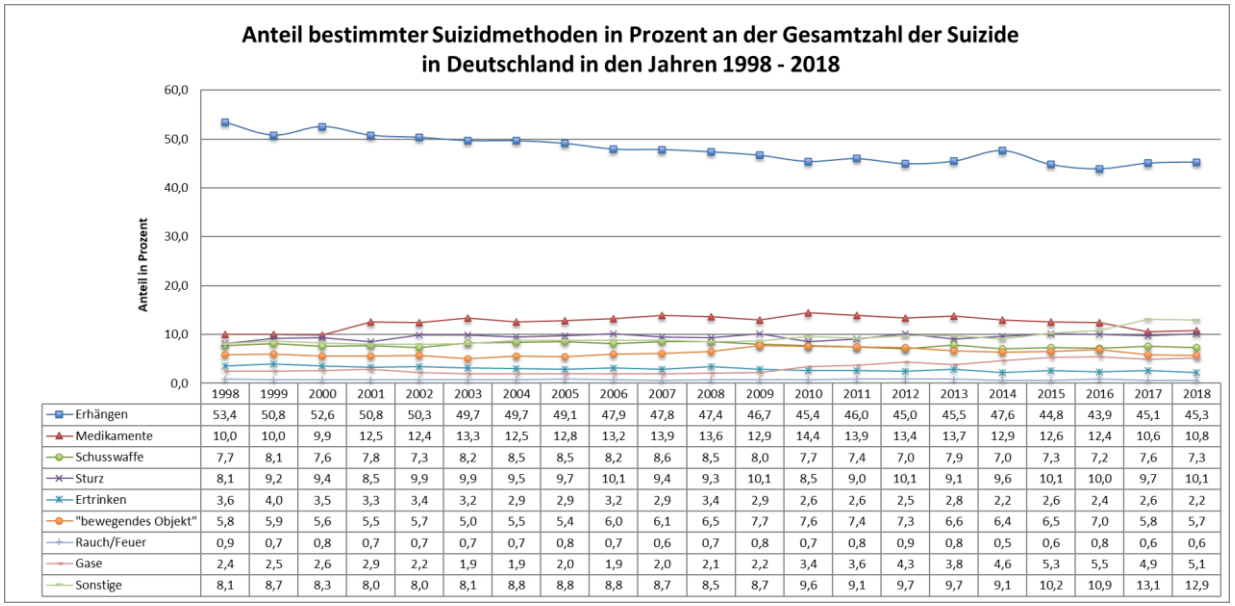
Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Erhängen	53,4	50,8	52,6	50,8	50,3	49,7	49,7	49,1	47,9	47,8	47,4	46,7	45,4	46,0	45,0	45,5	47,6	44,8	43,9	45,1	45,3
Medikamente	10,0	10,0	9,9	12,5	12,4	13,3	12,5	12,8	13,2	13,9	13,6	12,9	14,4	13,9	13,4	13,7	12,9	12,6	12,4	10,6	10,8
Schusswaffe	7,7	8,1	7,6	7,8	7,3	8,2	8,5	8,5	8,2	8,6	8,5	8,0	7,7	7,4	7,0	7,9	7,0	7,3	7,2	7,6	7,3
Sturz	8,1	9,2	9,4	8,5	9,9	9,9	9,5	9,7	10,1	9,4	9,3	10,1	8,5	9,0	10,1	9,1	9,6	10,1	10,0	9,7	10,1
Ertrinken	3,6	4,0	3,5	3,3	3,4	3,2	2,9	2,9	3,2	2,9	3,4	2,9	2,6	2,6	2,5	2,8	2,2	2,6	2,4	2,6	2,2
"bewegendes Objekt"	5,8	5,9	5,6	5,5	5,7	5,0	5,5	5,4	6,0	6,1	6,5	7,7	7,6	7,4	7,3	6,6	6,4	6,5	7,0	5,8	5,7
Rauch/Feuer	0,9	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,6	0,7	0,8	0,7	0,8	0,9	0,8	0,5	0,6	0,8	0,6	0,6
Gase	2,4	2,5	2,6	2,9	2,2	1,9	1,9	2,0	1,9	2,0	2,1	2,2	3,4	3,6	4,3	3,8	4,6	5,3	5,5	4,9	5,1
Sonstige	8,1	8,7	8,3	8,0	8,0	8,1	8,8	8,8	8,8	8,7	8,5	8,7	9,6	9,1	9,7	9,7	9,1	10,2	10,9	13,1	12,9

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Insgesamt ist der Anteil der jeweiligen Suizidmethoden an der Gesamtzahl der Suizide in den letzten 21 Jahren relativ stabil, wobei über den Zeitraum ein langsamer Rückgang des Erhängens als Suizidmethode und eine tendenzielle Zunahme der Selbsttötungen durch Medikamente, Sturz und aktuell durch Gase zu verzeichnen ist. Auffällig ist die Zunahme von sonstigen Methoden [1] von 8,1 (1998) auf 12,9 (2018).

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

Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

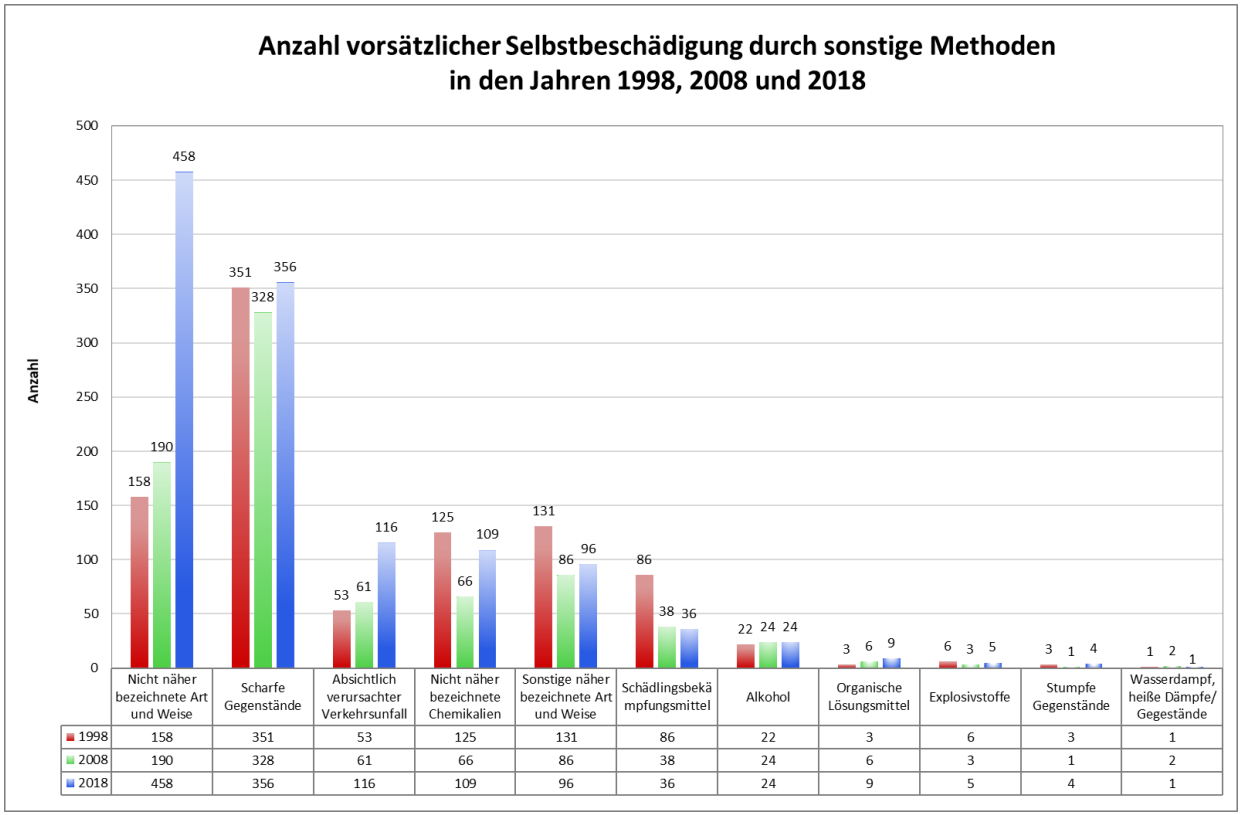
[1] Auflistung sonstiger Methoden siehe Folie 17

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden



	Nicht näher bezeichnete Art und Weise	Scharfe Gegenstände	Absichtlich verursachter Verkehrsunfall	Nicht näher bezeichnete Chemikalien	Sonstige näher bezeichnete Art und Weise	Schädlingsbekämpfungsmittel	Alkohol	Organische Lösungsmittel	Explosivstoffe	Stumpfe Gegenstände	Wasserdampf, heiße Dämpfe/ Gegestände
1998	158	351	53	125	131	86	22	3	6	3	1
2008	190	328	61	66	86	38	24	6	3	1	2
2018	458	356	116	109	96	36	24	9	5	4	1

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Unter sonstige Methoden wurde von den Autorinnen zusammengefasst: X65 (Alkohol), X66 (organische Lösungsmittel), X68 (Schädlingsbekämpfungsmittel), X69 (nicht näher bezeichnete Chemikalien), X75 (Explosivstoffe), X77 (Wasserdampf, heiße Dämpfe), X78 & 79 (scharfer & stumpfer Gegenstand), X82 (absichtlich verursachter Verkehrsunfall), X83 & 84 (nicht näher bezeichnete Art und Weise). Die Anzahl der Suizide durch einen absichtlich verursachten Verkehrsunfall hat sich im Vergleich zu 1998 und 2008 fast verdoppelt (116).

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

Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

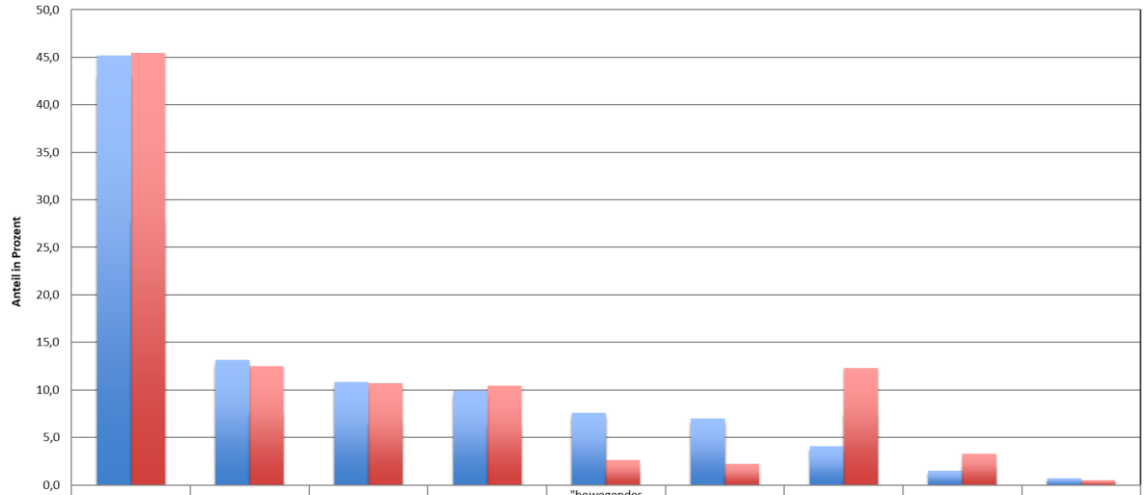
Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

Suizide in Deutschland

- Vorbemerkung
- Dimension
- Deutschland
- Bundesländer
- Lebensalter
- Methoden

Vergleich der Suizidmethoden der Altersgruppe bis 64 Lebensjahre mit der Altersgruppe 65+ in Anteil in Prozent an der Gesamtzahl der Suizide der jeweiligen Altersgruppe im Jahre 2018



	Erhängen	Sonstige	Medikamente	Sturz	"bewegendes Objekt"	Gase	Schusswaffe	Ertrinken	Rauch/Feuer
Prozent bis 64	45,2	13,2	10,8	9,9	7,6	7,0	4,1	1,5	0,7
Prozent ab 65	45,5	12,5	10,7	10,5	2,6	2,2	12,3	3,3	0,5
Anzahl bis 64	2582	752	618	565	434	401	234	87	40
Anzahl ab 65	1674	460	394	385	97	81	453	120	19

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Sowohl in der Altersgruppe 65+ wie bei den bis zu 64-jährigen ist das Erhängen die dominierende Suizidmethode. Im Vergleich mit der älteren Gruppe sterben Jüngere häufiger durch Gase oder auf Bahngleisen. In der älteren Gruppe sterben dagegen deutlich mehr Menschen durch Schusswaffen.

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

Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Home | Informationen über Suizid | Materialien | Über uns | Medienportal | Aktuelles | Spenden

Suizidprävention ist möglich

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) Deutschland ist ein Netzwerk aus mehr als 90 Institutionen, Organisationen und Verbänden. Ziel ist die gesamtgesellschaftliche Aktivierung auf dem Gebiet der Suizidprävention.

Veranstaltungen

Geplante Tagungen der DGS

*** Herbsttagung auf 2021 verschoben *** Save the Date Frühjahrstagung 2021 ***

Weiterlesen

19.05.2020 | Veranstaltung

Aktuelles

Pressemitteilung zum Tod von Dr. Thomas Schäfer

Die aktuelle Pressemitteilung zum Tod von Dr. Thomas Schäfer finden Sie hier

Weiterlesen

29.03.2020 | Neuigkeiten

Pressemitteilung Corona-Krise und Suizidalität

Experten warnen: fundierte Prognosen aktuell nicht möglich

Weiterlesen

26.03.2020 | Neuigkeiten

Sie suchen Hilfsangebote?

Das NaSPro ist ein Netzwerk vieler Akteure und Organisationen. Für Suizidgefährdete oder deren Angehörige können wir leider keine Einzelberatung anbieten. Bei Beratungswunsch wenden Sie sich bitte an eine der hier aufgeführten **Organisationen:**

Die DGS listet auf ihrer Homepage Hilfsangebote für Betroffene und Angehörige.

Bei Jugend Support finden junge Menschen entsprechende Beratungsangebote

www.suizidpraevention.de
www.suizidprophylaxe.de
info@naspro.de

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

Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Home | Informationen über Suizid | Materialien | Über uns | **Medienportal** | Aktuelles | Spenden

Medienportal

- Medieneffekte
- Fallbeispiele
- Archiv
- Empfehlungen
- Pressekontakt
- Danksagung

Herzlich Willkommen im Medienportal

Herzlich Willkommen im Medienportal des NaSPro! Für Medienschaffende und Interessierte haben wir hier zahlreiche Informationen zusammen gestellt. Hier auf der Startseite finden Sie aktuelle Pressemitteilungen (ältere in unserem Archiv) und unsere Checkliste für die Berichterstattung über Suizide. Auch für spezifische Themen haben wir Empfehlungen publiziert. Unsere Fallbeispiele können Ihnen zusätzliche Anregungen liefern. Sie haben weitere Fragen, möchten ein Interview führen oder benötigen weiterführende Informationen? Kontaktieren Sie uns gerne!

Pressemitteilungen

29. März 2020
Pressemitteilung zum Tod von Dr. Thomas Schäfer

-> Pressemitteilung

27. März 2020
Pressemitteilung Corona-Krise und Suizidalität

-> Pressemitteilung

Eine Bitte an die Medien

Natürlich wünschen wir uns, dass Sie über das Problemfeld Suizidalität berichten. Der Suizid ist ein tabuisiertes Thema. Deshalb sollte nicht verschwiegen werden, wenn es sich bei einem Todesfall um einen Suizid gehandelt hat. Dennoch möchten wir Sie darum bitten, die sensible Natur dieser Berichte zu berücksichtigen. Auch Menschen, die suizidgefährdet sind und die Hinterbliebenen nach einem vollendeten Suizid lesen Ihre Berichte. Auf diese kann – abhängig von der Art der Berichterstattung – die Rezeption der Veröffentlichungen negative, aber ggf. auch positive Auswirkungen haben. (Eine Kurzinformation zum Gesamtkomplex Suizidalität finden Sie hier)

Die Medien haben eine bedeutende Rolle in der Gesellschaft bei der öffentlichen und individuellen Wahrnehmung von Problemen und Ereignissen. Sie haben Einfluss auf die individuellen und gesellschaftlichen Haltungen und Meinungen zur Suizidalität und zum Suizid. Die Art und Weise der Berichterstattung in den Medien kann deshalb einen Einfluss auf die Häufigkeit suizidaler Handlungen haben.

Medienportal bei www.suizidpraevention.de

Für Journalist*innen haben wir ein Medienportal eingerichtet. Dort finden Sie Empfehlung für die Berichterstattung, Hintergründe, Presseinformationen sowie Kontaktmöglichkeiten.

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

Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Für weitere Informationen oder Fragen:
www.suizidpraevention.de
info@naspro.de
Folgen Sie uns auf Twitter:
https://twitter.com/Suizid_Info_de

Idee und ursprüngliche Fassung (bis 2014):
Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Aktualisierung und Erweiterung:
Hannah Müller-Pein, Universität Kassel
Karolin Wache, Universität Kassel

Stand Mai 2020

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

Mitglied in der IASP International Association for Suicide Prevention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Presseinformation

Welttag der Suizidprävention

Hand in Hand für Suizidprävention

10. September 2020

International Association for Suicide Prevention

www.suizidpraevention.de

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Suizide in Deutschland – im dritten Jahr in Folge unter 10.000

Der Welttag der Suizidprävention

- Erstmals 2003 von IASP und WHO ausgerufen
- Veranstaltungen in vielen deutschen Städten

- **Verzeichnis unter:** www.welttag-suizidpraevention.de

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Suizide 2018 in Deutschland – im dritten Jahr in Folge unter 10.000

Hannah Müller-Pein, Sozialpädagogin (M.A.), Kommunikationsbeauftragte des NaSPro

Hand in Hand durch die Krise: Die COVID-19 Pandemie

Professorin Barbara Schneider, Leitung des NaSPro

Hand in Hand durch die Krise: der assistierte Suizid

Professor Reinhard Lindner, Leitung des NaSPro

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Globale Dimension

Zahlen und Fakten:

800.000 Suizide weltweit

Suizidversuche: Zehn bis 20 Mal so viele

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Suizide in Deutschland – im dritten Jahr in Folge unter 10.000

Zahlen und Fakten:

9.396

Suizide in Deutschland (2018)

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

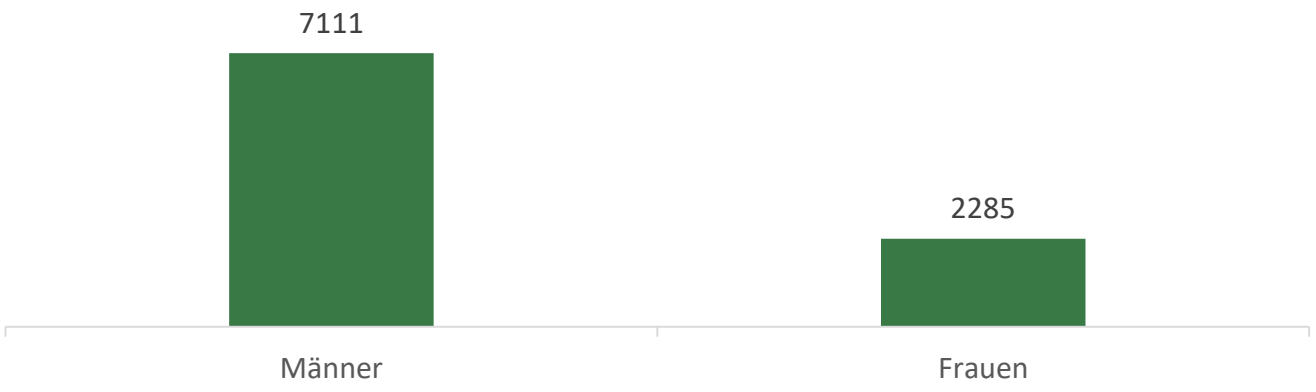
Suizide in Deutschland – im dritten Jahr in Folge unter 10.000

Ablauf

Zahlen 2018

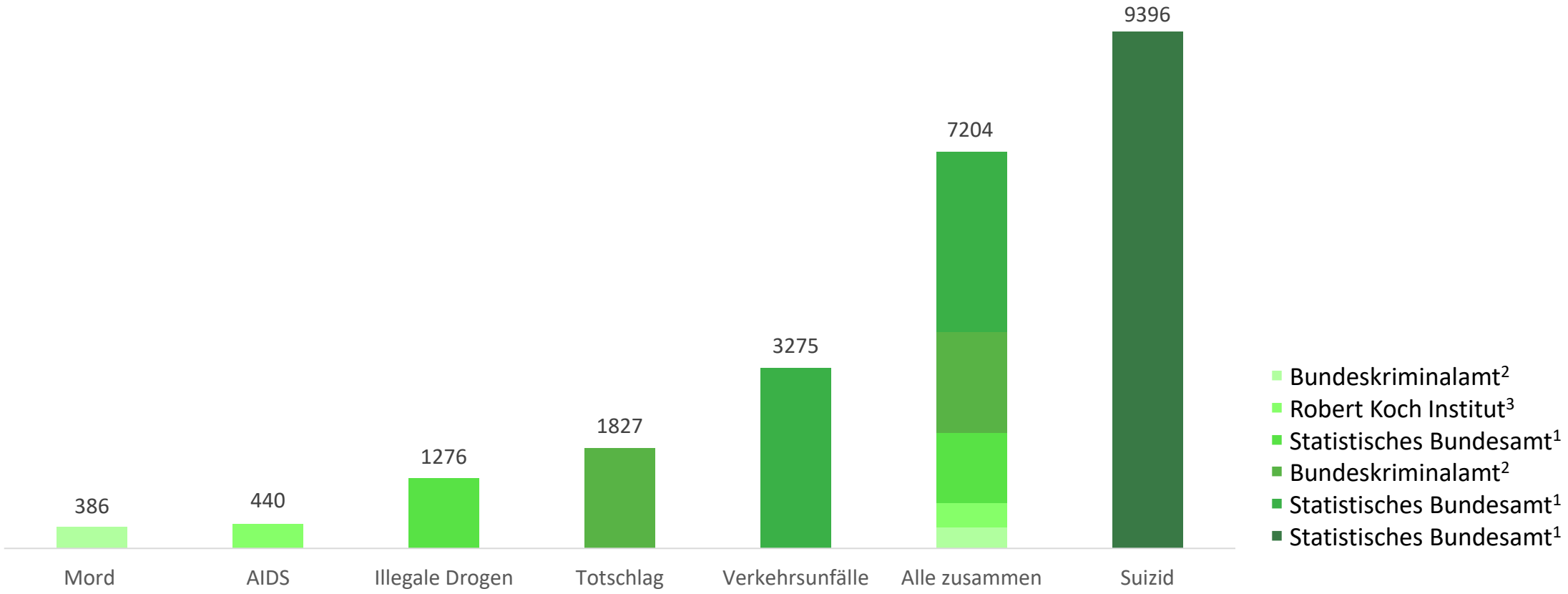
COVID-19

Assistierter Suizid



Zahlen und Fakten:
7111 Männer und 2285 Frauen

Aktuelle Todesursachen im Vergleich



[1] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stand Mai 2020 [2] Polizeilich Kriminalstatistik, Stand Mai 2020 [3] Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts, Stand Mai 2020; Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Hand in Hand durch die Krise: Die COVID-19 Pandemie

Allgemeine Risikofaktoren für Suizidalität:

Soziale Isolation und Einsamkeit

ABER: Keine Vorhersage zur Entwicklung der Suizidrate möglich

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Hand in Hand durch die Krise: Die COVID-19 Pandemie

Allgemeine Risikofaktoren für Suizidalität:

Wirtschaftliche Einbußen

(Arbeitslosigkeit, finanzielle Not, etc.)

ABER: Keine Vorhersage zur Entwicklung der Suizidrate möglich

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Nationales Suizid Präventions Programm

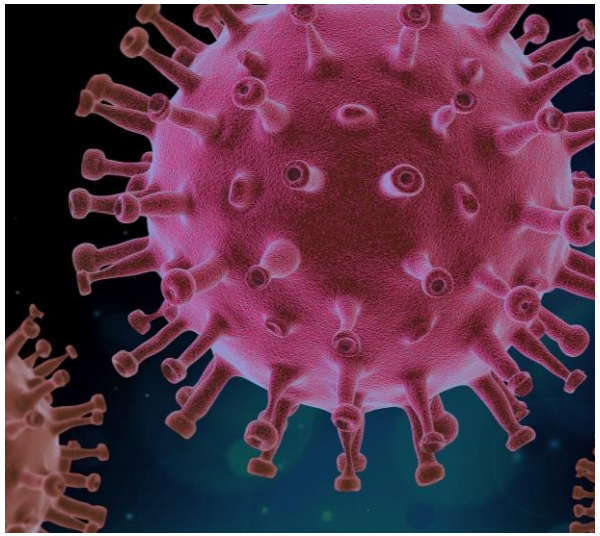
Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Hand in Hand durch die Krise: Die COVID-19 Pandemie

Allgemeine Risikofaktoren für Suizidalität:

Während COVID-19: Belastungen steigen



ABER: Keine Vorhersage zur Entwicklung der Suizidrate möglich

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Hand in Hand durch die Krise: Die COVID-19 Pandemie

Bisherige Erkenntnisse aus der Krise:

Versorgungslage suizidaler Menschen ist insgesamt beeinträchtigt

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Hand in Hand durch die Krise: Die COVID-19 Pandemie

Bisherige Erkenntnisse aus der Krise:

Auch die Lage von Angehörigen und Hinterbliebenen

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Hand in Hand durch die Krise: Die COVID-19 Pandemie

Bisherige Erkenntnisse aus der Krise:

Gute Erfahrungen mit internetbasierter Therapie und Beratung

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Hand in Hand durch die Krise: der assistierte Suizid

§217 StGB am 26.02.2020 vom Bundesverfassungsgericht für nichtig erklärt

Gliederung

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Hand in Hand durch die Krise: der assistierte Suizid

Recht auf selbstbestimmtes Sterben in jeder Phase der menschlichen Existenz

Gliederung

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Hand in Hand durch die Krise: der assistierte Suizid

Das Urteil beeinflusst die suizidpräventive Arbeit

Gliederung

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Hand in Hand durch die Krise: der assistierte Suizid

Auswirkungen auf die suizidpräventive Arbeit:

- Zustand der Ambivalenz wird nicht berücksichtigt
- Desinformation und Werbung für den assistierten Suizid wird ermöglicht
- Regelungen zum Zugang zum assistierten Suizid können eine Gefahr für suizidale Menschen sein

Stattdessen: Förderung psychosozialer Unterstützung

Gliederung

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Zentrale Veranstaltung zum Welttag der Suizidprävention:

Ökumenischer Gedenkgottesdienst
am Donnerstag, 10. September
um 18:00 Uhr
in der Kaiser-Wilhelm-Gedächtniskirche
am Breitscheidplatz
in Berlin

Gliederung

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Unterstützung des Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland

Für eine Spende per Überweisung
nutzen Sie bitte folgende Bankverbindung:

Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V.
Bank für Sozialwirtschaft
BIC: BFSWDE33HAN
IBAN: DE22 2512 0510 0009 4783 00
Verwendungszweck: Spende Suizidprävention

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Gliederung

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Nationales Suizid Präventions Programm

Deutsche Akademie für Suizidprävention

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Gliederung

Ablauf

Zahlen 2018

COVID-19

Assistierter Suizid

Für Pressenanfragen wenden Sie sich bitte an:

Hannah Müller-Pein
Sozialpädagogin (M.A.), Kommunikationsbeauftragte des NaSPro

Adresse:
Arnold-Bode-Straße 10
34127 Kassel

Telefonnummer:
+49 561 804-3285

Email-Adresse:
hannah.mueller-pein@uni-kassel.de