

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

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
Email: Suizidpraevention-Deutschland@uk-halle.de - www.suizidpraevention.de

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.

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 unregelt, 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

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
Email: Suizidpraevention-Deutschland@uk-halle.de - www.suizidpraevention.de

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.

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
Email: Suizidpraevention-Deutschland@uk-halle.de - www.suizidpraevention.de

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

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
Email: Suizidpraevention-Deutschland@uk-halle.de - www.suizidpraevention.de

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 Nützlichkeitsabwägungen 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 wertvolles 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.

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
Email: Suizidpraevention-Deutschland@uk-halle.de - www.suizidpraevention.de

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Reinhard Lindner, geschäftsführende Leitung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland, Email: reinhard.lindner@uni-kassel.de

Prof. Dr. Barbara Schneider, geschäftsführende Leitung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland, Email: B.Schneider@lvr.de

Dr. Uwe Sperling, Sprecher der AG „Alte Menschen“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland, Email: Uwe.Sperling@umm.de

Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf, Sprecher der AG “Medizinische Versorgung” des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland, Email: MWolfersdorf@t-online.de

Dipl. Psych. Georg Fiedler, Zweiter Sprecher der Steuerungsgruppe des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland, Email: g-fiedler@t-online.de

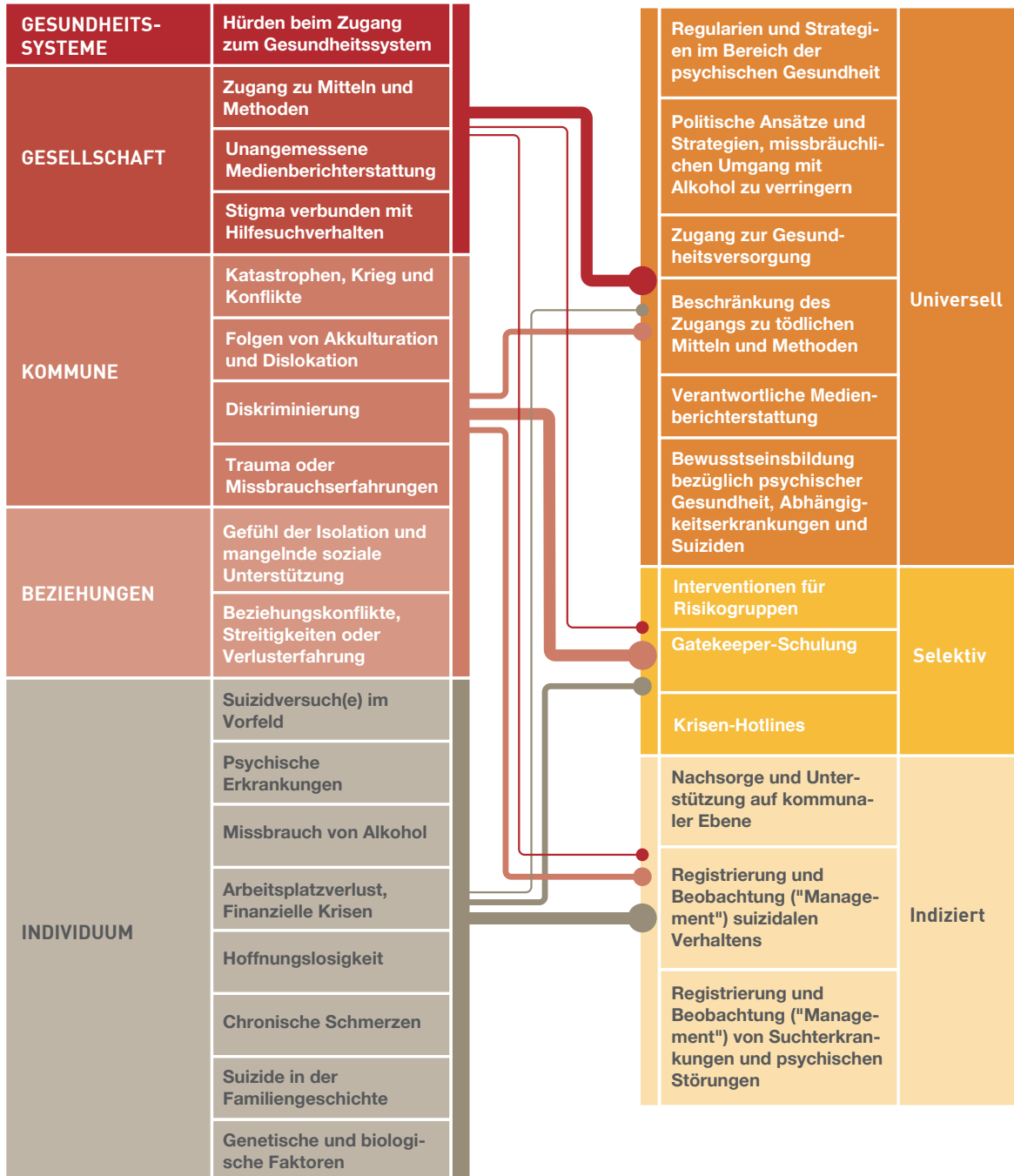
Zu zitieren als:

Lindner, R., Schneider, B., Sperling, U., Wolfersdorf, M., Fiedler, G., für das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (2020). Offener Brief an BM J. Spahn: Zur möglichen Neuregelung der Suizidassistenz. Online-Dokument: <https://www.naspro.de/dl/2020-NaSPPro-AssistierterSuizid-Spahn.pdf>, (Version01, September 2020).

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
Email: Suizidpraevention-Deutschland@uk-halle.de - www.suizidpraevention.de

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



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
 Email: Suizidpraevention-Deutschland@uk-halle.de - www.suizidpraevention.de