



1
2

3

4 Gemeinsame Pressemitteilung

5

6

7 **Der Suizid darf nicht zur gesellschaftlichen Normalität werden**

8

9 **Berlin, 28.06.2023** – Die Bundesärztekammer, wissenschaftlich-medizinische
10 Fachgesellschaften und das Nationale Suizidpräventionsprogramm warnen davor, die
11 gesetzliche Neuregelung der Suizidbeihilfe übereilt und ohne ausführliche Debatte noch
12 vor der Sommerpause durch den Deutschen Bundestag zu bringen. Die beiden zur
13 Abstimmung vorliegenden Gesetzentwürfe sind erst vor kurzem zusammengeführt
14 worden (Helling-Plahr, Künast et al.) oder sollen noch überarbeitet werden (Castellucci et
15 al.). Eine gründliche Befassung im Parlament sowie ein gesellschaftlicher Diskurs über die
16 jeweiligen Entwürfe sei in der Kürze der Zeit nicht möglich. Statt im dichtgedrängten
17 Programm der letzten Sitzungswoche eine für die Betroffenen und die Gesellschaft als
18 Ganzes so weitreichende Entscheidung herbeizuführen, sollte die Sommerpause für die
19 Meinungsbildung und die dringend erforderliche Weiterentwicklung der jeweiligen
20 Regelungsvorschläge genutzt werden, fordern die Bundesärztekammer (BÄK), das
21 Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro), die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie
22 und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie die Deutsche
23 Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP).

24

25 **Dazu Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer:** „Insbesondere der
26 Entwurf der Parlamentariergruppe um die Abgeordneten Katrin Helling-Plahr und Renate
27 Künast wird der Komplexität von Suizidgedanken und Suizidhandlungen nicht gerecht.
28 Nur eine einzige informierende Beratung und eine Wartezeit von lediglich drei Wochen,
29 bevor ein Suizidmittel verschrieben und ein assistierter Suizid ermöglicht werden kann,
30 reichen nicht aus, um die Freiverantwortlichkeit der Suizid-Entscheidung sicherzustellen.
31 Dies gilt umso mehr, weil die Einbeziehung psychiatrischer und psychotherapeutischer
32 Kompetenz in dem Entwurf nicht verbindlich vorgegeben wird. Der Entwurf würde
33 außerdem einer gesellschaftlichen Normalisierung des Suizides Vorschub leisten. Er
34 verlagert die Verantwortung für wichtige Entscheidungen, insbesondere dazu wie
35 gewinnorientierte Angebote verhindert werden, die Zuverlässigkeit organisierter Hilfe zur
36 Selbsttötung geprüft werden sowie welche Qualifikationsanforderungen konkret an die in
37 den Beratungsstellen Beschäftigten zu stellen sind auf eine Rechtsverordnung der
38 Bundesregierung und auf die Bundesländer. Für Ärztinnen und Ärzte bringt der
39 Gesetzentwurf zudem erhebliche strafrechtliche Risiken mit sich.“

40

41 **Prof. Dr. Reinhard Lindner, Nationales Suizidpräventionsprogramm für**
42 **Deutschland:** „Wenn es leichter ist, sich über einen festgelegten Regelungsweg assistiert
43 zu suizidieren als Hilfe und Unterstützung zum Weiterleben zu erhalten, wird die
44 Möglichkeit zu einer selbstbestimmten Entscheidung über das eigene Leben
45 eingeschränkt. Wir rechnen in diesem Fall mit einer deutlichen Zunahme vermeidbarer

46 Suizide in Deutschland. Die gesetzlich finanzierten Beratungsstellen, die in diesem
 47 Entwurf vorgesehen sind, helfen Menschen nicht in suizidalen Krisen zu einer
 48 freiverantwortlichen und selbstbestimmten Entscheidung zu kommen. Beratungen
 49 können nicht ergebnisoffen sein, wenn sie in einem Kontext zur Suizidhilfe stattfinden”.

50
 51 **Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg, Präsident der Deutschen Gesellschaft für**
 52 **Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde:** „Im Jahr 2021
 53 starben über 9.000 Menschen in Deutschland durch Suizid – die meisten im
 54 Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung. Auf jeden Suizid kommen 10 bis 20
 55 Suizidversuche. Sehr häufig sind suizidale Menschen aufgrund einer schweren
 56 psychischen Erkrankung nicht in der Lage, diese Entscheidung frei und selbstbestimmt zu
 57 treffen. Diese Menschen brauchen Unterstützung. Sie brauchen medizinische Hilfe und sie
 58 müssen vor dem irreversiblen Schritt eines Suizides effektiv geschützt werden. Diese
 59 große Gruppe der schwer psychisch kranken Menschen darf nicht vergessen werden.
 60 Die DGPPN sieht für ihren effektiven Schutz im Sinne des Urteils des
 61 Bundesverfassungsgerichts zwei Dinge als zentral an: die verlässliche, fachärztliche
 62 Beurteilung des freien Willens und die unmittelbare Bereitstellung von Hilfen, wenn ein
 63 Suizidwunsch nicht auf freiem Willen beruht.“

64
 65 **Heiner Melching, Geschäftsführer Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.:**
 66 „Beide vorliegenden Gesetzesentwürfe bieten scheinbar einfache Lösungen für ein sehr
 67 komplexes Problem und sind das Ergebnis einer überwiegend juristischen Perspektive, die
 68 der Individualität von Sterbewünschen und der Lebenswirklichkeit von Betroffenen und
 69 im Gesundheitswesen Tätigen in keiner Weise gerecht wird. Es kann aus unserer Sicht
 70 nicht gelingen, die Anliegen schwerstkranker Menschen, einsamer Hochaltriger oder auch
 71 junger Menschen, die in einer Krise ihr Leben beenden wollen, in eine Rechtsnorm zu
 72 pressen. Ebenso wenig qualifiziert allein das Vorliegen einer ärztlichen Approbation dazu,
 73 Suizidwünschen angemessen zu begegnen. Ärztliches Handeln ist von Verantwortung und
 74 einem Beziehungsgeschehen getragen und darf bei derart existenziellen Fragen nicht zur
 75 bloßen Dienstleistung und einem „Sterben nach Checkliste“ degradiert werden. Damit
 76 ließe man Menschen mit Suizidwünschen wie auch ihre Angehörigen letztlich sehr allein.“

77
 78
 79

80 **Pressekontakte:**

81
 82 Bundesärztekammer
 83 Samir Rabbata, presse@baek.de

84
 85 Nationales Suizidpräventionsprogramm
 86 Hannah Müller-Pein, hannah.mueller-pein@uni-kassel.de

87
 88 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und
 89 Nervenheilkunde
 90 Michael Wassiliwizky, pressestelle@dgppn.de, m.wassiliwizky@dgppn.de

91
 92 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
 93 Karin Dlubis-Mertens, redaktion@palliativmedizin.de