

Niedrigschwellige Prävention! Initiative für ein Suizidpräventionsgesetz in Deutschland

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention DGS Teil I

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention weist mit diesem ersten Teil ihres Positionspapiers auf die Notwendigkeit eines Suizidpräventionsgesetzes hin und benennt konkrete Forderungen, die anschließend erläutert werden. In einem zweiten Teil wird die DGS Eckpunkte zu einer möglichen Regelung der Suizidhilfe thematisieren.

PROBLEM

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 28.02.2020 sind mittlerweile mehrere Gesetzesvorlagen zur Regelung der Suizidassistenz veröffentlicht worden. Gemäß dem Urteil des BVerfG muss im Einzelfall ein Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe real eröffnet bleiben.

Durch eine Regelung der Suizidassistenz in Deutschland **wird ein Suizidmittel bereitgestellt**, das in Deutschland in dieser Weise bisher nicht zur Verfügung gestanden hat: der Erwerb einer tödlich wirkenden Substanz (z. B. Natrium-Pentobarbital) in Verbindung mit der rechtlich geregelten freiwillig geleisteten Unterstützung bei der Suizidhandlung durch eine andere Person. Wir gehen davon aus, **dass sich damit Menschen das Leben nehmen werden, die mit den bisher zugänglichen Mitteln den Suizid nicht vollzogen hätten.**

Die Regelung des Zugangs zu einem Suizidmittel und zur Inanspruchnahme der Assistenz beim Suizid durch eine andere Person mit Hilfe von Gesetzen und Verfahrensvorschriften erscheint notwendig, um groben Missbrauch zu verhindern. Was diese jedoch nicht ausreichend leisten können, ist, Suizidwillige **so zu begleiten und zu beraten, dass sich ihnen möglicherweise alternative Wege auftun.**

POSITION

(Assistierter) Suizid ist keine allgemeine Handlungs- oder Behandlungsalternative, sondern die letzte Handlung in einer als ausweglos erlebten Situation. Was wir brauchen ist nicht zuerst ein Gesetz zur Sicherung des Zugangs zum assistierten Suizid, sondern **wir brauchen wirkungsvolle Maßnahmen (und Gesetze) um zu erreichen, dass niemand in Deutschland glauben muss, dass sein (assistierter) Suizid notwendig ist, um dieses Leben würdig zu beenden.** Diese Maßnahmen betreffen unterschiedliche Ebenen und Bereiche. Sie sind so zu gestalten, dass der Weg zum (assistierten) Suizid real eröffnet bleibt.

Deshalb fordern wir **vor** einer (gesetzlichen) Regelung des Zugangs zu einer tödlich wirkenden Substanz und zur Suizidassistenz **die gesetzliche Verankerung und Umsetzung einer substanziellen Suizidprävention in Deutschland.**

FORDERUNGEN

Eckpunkte für die gesetzliche Verankerung und Umsetzung einer substanziellen Suizidprävention in Deutschland

1. Verankerung der Suizidprävention als Pflichtaufgabe der Daseinsvorsorge.
2. Nachhaltige Finanzierung der Suizidprävention in Deutschland.
3. Ausbau und Sicherung dauerhafter flächendeckender Strukturen der Suizidprävention.
4. Einrichtung einer bundesweiten Suizidhotline, die auch in die regionalen persönlichen Hilfsangebote weitervermitteln kann.
5. Bestehende Beratungs- und Therapieangebote erhalten und ausbauen. Forcierung des Aufbaus von niedrigschwelligen und zugehenden Angeboten.
6. Vernetzung im Bereich der Suizidprävention stärken.
7. Schaffung einer diagnoseunabhängigen Finanzierung von Beratung und Therapie bei eigener Suizidalität oder Suizidalität von Angehörigen.
8. Förderung von Maßnahmen der indizierten, selektiven und universellen Suizidprävention.
9. Weiterer Ausbau der Prävention und Verbesserung der Behandlung psychischer Erkrankungen.
10. Beseitigung bestehender Defizite bei der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf. Förderung innovativer Wohn-, Lebens- und Teilhabeformen bei erhöhtem Pflegebedarf.
11. Weiterer Ausbau der Palliativmedizin und -pflege und Aufklärung über deren Möglichkeiten.
12. Verankerung von Suizidalität und Suizidprävention als Pflichtthemen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Angehörige der medizinischen und sozialen Berufsgruppen.
13. Nachhaltige Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung.
14. Vorrang für Maßnahmen der Suizidprävention vor Maßnahmen der Suizidassistenz.

Leitsätze

Assistierter Suizid ist wie jeder Suizid keine allgemeine Handlungs- oder Behandlungsalternative, sondern die letzte Handlung in einer als ausweglos erlebten (existenziellen) Situation.

Niedrigschwellige Prävention - aber nicht niedrigschwellige Suizidassistenz

AUSFÜHRUNGEN

PROBLEM

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 29.02.2020 steht der Gesetzgeber vor der höchst verantwortungsvollen Aufgabe, erneut über (gesetzliche) Regelungen zu beraten, die den im Urteil vorgegebenen Linien Rechnung tragen. Demnach müssen alle Regelungen, die getroffen werden, um im Zusammenhang mit assistiertem Suizid die Autonomie und das Leben zu schützen, so gefasst werden, dass für Menschen, die den Suizid freiverantwortlich gewählt haben, trotz des Verbots im Einzelfall ein Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe real eröffnet bleibt.

Es stellt sich die Frage, ob eine (gesetzliche) Regelung des assistierten Suizids allein geeignet ist, die erforderlichen Schutzelemente zu gewährleisten. Aus suizidologischer Perspektive erscheint dies insofern zweifelhaft, weil die Maßnahmen, die mit einer Regelung des Zugangs zur Suizidhilfe zu treffen sind, trotz des möglicherweise ersten Anscheins, keineswegs deckungsgleich mit den für die Begleitung suizidaler Menschen notwendigen Maßnahmen sind. Dies kann am Beispiel der niedrigschwelligen Beratung abgeleitet werden: Während es in beiden Fällen darum geht, eine ergebnisoffene und umfassende Beratung anzubieten, muss die Beratung mit Blick auf die Frage, ob die notwendigen Voraussetzungen für straffreie Suizidhilfe vorliegen zwar mit einer gewissen (Wartezeiten), aber absehbar zeitlichen Erstreckung geplant werden, während eine Beratung, die den suizidalen Menschen begleitet, auf längere Dauer, ggfs. bis zu dessen Tod, anzulegen sind. Bisher gibt es in Deutschland keine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention und der Hilfe für suizidale Menschen. Assistierter Suizid ist wie jeder Suizid keine allgemeine Handlungs- oder Behandlungsalternative, sondern die letzte Handlung in einer als ausweglos erlebten Situation. **Eine Regelung des Zugangs zur Suizidhilfe ist deshalb ohne eine vorausgehende gesetzliche Verankerung der Suizidprävention aus suizidologischer Perspektive nicht denkbar.**

POSITION

Ein Suizidpräventionsgesetz in Deutschland ist überfällig. Gemäß dem Grundsatz: „Niedrigschwellige - Prävention, aber nicht niedrigschwellige Suizidassistenz“ muss zuerst die Suizidprävention mit ihren Angeboten gesetzlich verankert, ausgebaut und staatlich gefördert werden. Folgerichtig braucht es nun bei der Regelung des ärztlich assistierten Suizids ein **Suizidpräventionsgesetz**. Dieses sollte analog dem seit 08.12.2015 in Kraft befindlichen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) beispielsweise den **Auf-, und Ausbau flächendeckender Einrichtungen (insbesondere auch in ländlichen Regionen) zur Beratung und Behandlung suizidaler Menschen** beinhalten. Die Verabschiedung eines solchen Gesetzes mit der entsprechenden Verankerung, stellt aus der Sicht der DGS die notwendige Voraussetzung dar, um Regelungen zum (assistierten) Suizid treffen zu können; **nur auf dieser Grundlage wird der Gesetzgeber seinem Schutzauftrag gerecht werden können.**

FORDERUNGEN

Eckpunkte für die gesetzliche Verankerung und Umsetzung einer substanziellen Suizidprävention in Deutschland

Zu 1. Verankerung der Suizidprävention als Pflichtaufgabe der Daseinsvorsorge

Dazu braucht es die gemeinsame Verantwortungsübernahme von Bund, Ländern und Kommunen und muss Eingang in das Grundgesetz bzw. in die Sozialgesetzbücher finden.

Zu 2. Nachhaltige Finanzierung der Suizidprävention in Deutschland

Um das Ziel einer nachhaltigen Finanzierung zu erreichen, bedarf es der regelhaften Verankerung von suizidpräventiven Strukturen in Haushaltsplänen des Bundes, der Länder und der Kommunen, in Förderprogrammen sowie in Krankenkassenbeteiligungen. Letztere dürfen sich nicht nur auf Leistungen bei diagnostizierten Störungen beschränken, sondern sie müssen auch im Rahmen der Gesundheitsfürsorge und Prävention erfolgen. Für bestimmte Zielgruppen (Risikogruppen) sollten spezielle Förderprogramme eingerichtet werden.

Zu 3. Ausbau und Sicherung dauerhafter flächendeckender Strukturen der Suizidprävention

Die übergeordneten Strukturen der Suizidprävention in Deutschland basieren überwiegend auf dem ehrenamtlichen Engagement von Fachpersonen und Freiwilligen. Diese vielfältige Arbeit ist in den vergangenen Jahrzehnten nicht wirkungslos geblieben. Sie muss, um zukunftsfähig zu bleiben, in ihren Grundstrukturen professionalisiert und nachhaltig gesichert werden, vorrangig die übergeordnete Fachgesellschaft (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention) und deren Initiative (Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland) sowie weitere Akteure in diesem Feld (wie z. B. U25, AKL, Arche, AGUS etc.).

Zu 4. Einrichtung einer bundesweiten Suizidhotline, die auch in die regionalen persönlichen Hilfsangebote weitervermitteln kann

Wie in anderen Ländern bereits etabliert und bewährt (z. B. <https://de.wikipedia.org/wiki/113Online>), wird auch in Deutschland eine bundeseinheitliche Rufnummer als jederzeit erreichbare Ansprechstelle für Menschen in einer suizidalen Krise, Angehörige sowie für professionelle und ehrenamtliche Helfende benötigt. Sie muss mit hierfür besonders geschulten Mitarbeitenden (suizidologische Qualifikation) besetzt werden, einen eingängigen Namen erhalten und rund um die Uhr (24/7) erreichbar sein. Wünschenswert ist auch die Ermöglichung des Zugangs über Onlinedienste. Die dafür nötigen rechtlichen Rahmenbedingungen sind zu schaffen.

Zu 5. Bestehende Beratungs- und Therapieangebote erhalten und ausbauen. Forcierung des Aufbaus von niedrighschwelligen und zugehenden Angeboten

Jede Person, die einen Suizid erwägt, soll ein individuell geeignetes Hilfeangebot erhalten. Für jeweils 500.000 Einwohner soll ein Krisendienst mit einem multiprofessionellen Team Rund-um-die-Uhr für persönliche Beratung (im Notfall auch aufsuchend) in der Region zur Verfügung stehen.

Entscheidend sind dabei v. a. die flächendeckende Verfügbarkeit von Angeboten (auch im ländlichen Raum), die Diversität im Hinblick auf individuell verschiedene Zugänge zu Betroffenen sowie die Spezifität der Hilfen in Bezug auf die spezielle Zielgruppe suizidgefährdeter Menschen. Konkret sollen niedrighschwellige ambulante Anlaufstellen vor Ort wie auch flächendeckend verfügbare Online-Beratungsangebote, stationäre Einrichtungen der Krisenintervention (unabhängig von einer psychiatrischen Klinik) sowie aufsuchende Krisenbegleitung (z. B. analog den Brückenteams von Palliativstationen) zur Verfügung stehen. Dafür können z. T. bereits bestehende Strukturen genutzt werden, sie bedürfen jedoch eines Ausbaus (z. B. Psychosoziale Krisendienste).

Die Möglichkeiten der neuen Medien sollen erschlossen und eingesetzt werden.

Zu 6. Vernetzung im Bereich der Suizidprävention stärken

Fachpersonen in der Suizidprävention aus Praxis und Forschung sollen sich stärker vernetzen. Bereits etablierte regionale Netzwerke zeigen den Nutzen dieser Netzwerkarbeit (z. B. Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention, Netzwerk für Suizidprävention Dresden u. a.). Durch derartige Netzwerke können sich die verschiedenen Akteure der Suizidprävention in den jeweiligen Regionen vernetzen, Übergänge zwischen Hilfen erleichtern sowie gemeinsame Vorhaben initiieren.

Zu 7. Schaffung einer diagnoseunabhängigen Finanzierung von Beratung und Therapie bei eigener Suizidalität oder Suizidalität von Angehörigen

Ohne das Vorliegen einer Diagnose bzw. ohne Diagnosestellung besteht für suizidale Menschen (und ihre Angehörigen) meist kein Finanzierungsanspruch für eine (psychotherapeutische) Beratung oder Behandlung. Eine Diagnosestellung ist allerdings auch heute noch vielfach mit Stigmatisierung verbunden. Daraus entsteht oft eine hohe Hürde, sich beispielsweise in einer Klinik vorzustellen, obwohl diese wegen des Vorteils der 24h-Verfügbarkeit eine geeignete Anlaufstelle sein könnte.

Diese Hürde sollte durch die Schaffung einer diagnoseunabhängigen Finanzierung von Beratung, Begleitung und Therapie bei eigener Suizidalität oder Suizidalität von Angehörigen beseitigt werden. Entsprechende Regelungen, wie es sie bereits für Maßnahmen zur Früherkennung in anderen Bereichen gibt, könnten analog angewendet werden. Insbesondere müssen auch die Angehörigen nach einem Suizid Berücksichtigung finden, weil sie ein eigenes erhöhtes suizidales Risiko aufweisen und sie meist erst viel zu spät im Gesundheitssystem erscheinen, wenn bereits eine Störung eingetreten ist.

Zu 8. Förderung von Maßnahmen der indizierten, selektiven und universellen Suizidprävention

Die Maßnahmen einer wirksamen Suizidprävention setzen auf unterschiedlichen Ebenen an (Zalsman et al. 2017, Lapierre et al. 2011). Gemäß der aktuellen Systematik werden dabei indizierte, selektive und universelle Maßnahmen unterschieden. Maßnahmen sind auf jeder dieser drei Ebenen zu fördern, wenn man eine wirksame Suizidprävention, die ihrem Charakter einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe gerecht wird, anstrebt.

Maßnahmen auf der Ebene der *indizierten Suizidprävention* haben das Ziel, das Risiko bei Personen mit hoher Suizidgefährdung zu senken, wie beispielsweise Menschen mit schwerer Depression, Suizidgedanken oder Überlebenden nach einem Suizidversuch. Dieser Ebene sind beispielsweise die Hilfsangebote der somatischen und psychiatrischen Kliniken, der Krisendienste und der psychotherapeutischen Beratung und Therapie zuzuordnen.

Auf der Ebene der *selektiven Suizidprävention* besteht das Ziel darin, das Risiko in Gruppen mit erhöhtem Suizidrisiko zu senken wie z. B. kürzlich Verwitwete oder aus der psychiatrischen Klinik Entlassene, (alte) Männer, Menschen mit Depression oder Abhängigkeitsstörung, Krebspatienten im fortgeschrittenen Stadium sowie Angehörige um Suizid.

Die Maßnahmen der *universellen Suizidprävention* schließlich zielen auf die Gesamtbevölkerung. Dazu gehören z. B. Maßnahmen, die zu einem lebensfreundlichen gesellschaftlichen Klima beitragen, Aufklärung über Suizidalität und mögliche Hilfe, Enttabuisierung, angemessene Berichterstattung, aktive persönliche und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Herausforderungen des gesellschaftlichen Wandels insbesondere durch die älter werdende Gesellschaft, Förderung der Selbstbestimmung und Verantwortung in Bezug auf die medizinische Behandlung, Förderung der Teilhabe aller gesellschaftlicher Gruppen, Prävention von (sexueller) Gewalterfahrung insbesondere in Kindheit und Jugend sowie Grundlagen- und begleitende Forschung.

Voraussichtlich im September 2021 wird der Abschlussbericht des vom BMG geförderten und vom NaSPro durchgeführten Projekts „Suizidprävention Deutschland“ erscheinen, der eine Bestandsaufnahme der Suizidprävention in Deutschland enthalten und konkrete Empfehlungen für nächste Schritte geben wird.

Exkurs: Suizidhilfe beeinflusst die Wahrnehmung in zentralen Daseinsfragen

Um die Gesellschaftliche Förderung eines lebensbejahenden Klimas zu fördern, bedarf es verstärkter Investitionen in die Bewältigung der mit dem gesellschaftlichen Wandel verbundenen Veränderungen. Eine Legalisierung des assistierten Suizids hat Einfluss auf die Wahrnehmung des Menschen hinsichtlich seines Daseins. Wir müssen uns die Frage stellen: was macht die Legalisierung des ärztlich assistierten Suizides und der bereits jetzt zu bemerkenden Forderung nach der Tötung auf Verlangen mit jedem einzelnen Menschen, mit der Gesellschaft? Wir müssen diskutieren, was es mit den älteren Menschen macht, die zwar im Rahmen ihres Berufslebens viel geleistet haben, aber nun klar von der Gesellschaft signalisiert bekommen: Du wirst nicht mehr gebraucht. Die erfahren, dass sie von ihrer Familie nicht mehr versorgt werden können, da die Kinder und Enkel irgendwo auf der Welt leben. Die in den Medien hören, wie prekär die Situation in den Pflegeeinrichtungen ist, dass es nicht genügend Pflegekräfte gibt. Die aufgrund ihrer Sozialisation und den frühen Prägungen in Kriegs- oder Nachkriegsjahren keine Fähigkeit erlernen konnten, über Emotionen zu sprechen, um Hilfe zu bitten oder auch zu fordern. Es ist kaum vorstellbar, dass hier mit der Schaffung der Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids nicht ein Gedanke und damit (un)bewusster Druck entsteht, den Angehörigen und der Gesellschaft nicht mehr länger zur Last zu fallen. Ist es richtig, diesen Weg zu gehen statt sorgsam zu schauen, was jeder Mensch braucht, um nicht nur gut leben, sondern auch sterben zu können? Hierzu gehört auch die Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bei Fragen der medizinischen Behandlung und beim Sterben (vgl. Rügger & Kunz, 2020).

Giovanni Maio beschreibt in seinem Buch „Medizin ohne Maß“ die immer weiterführende Entwicklung, die auf Verlängerung und Optimierung des Lebens ausgerichtet ist. Heute bestehen in der Medizin hochentwickelte Verfahren, so dass es fast automatisch naheliegt, für jeden Abschnitt des Lebens (beginnend in der Präimplantationsdiagnostik) eine „Macht“ zu besitzen und vor allem, alle Funktionen kontrollieren zu können. Dieses Bestreben ist nur verständlich, bedeutet doch, Kontrolle zu haben, Sicherheit zu spüren und Angst zu bewältigen. Natürlich ist damit auch eine Beeinflussung des Sterbens, der Zeitpunkt des Todes möglich. Hier ergibt sich jedoch die grundsätzliche, v. a. ethische Frage, ob dies eine *gute* Entwicklung ist. Unabhängig von der Vorstellung jedes Einzelnen, welchen Ursprung das Leben hat (Gottgegeben, evolutionsbiologisch geschaffen, Wiedergeburt o. a.), die wichtigste Erkenntnis ist doch: es ist endlich. Und auch hier beschreibt Maio, dass genau dieses Erkennen und Begreifen der Endlichkeit unseres Daseins das Leben selbst überhaupt erst so wertvoll macht. Welche Entwicklung nimmt die Menschheit, wenn all diese Prozesse nur noch maschinell, nach Algorithmen ablaufen und wenn der Wert des Lebens nur noch durch Arbeit, Leistung und Erfolg abhängt? Schon jetzt (er)kranken unzählige Menschen an den vermeintlich gesellschaftlichen Normen. Damit gemeint sind die vermittelten Ideale von Schönheit, Leistungsfähigkeit und Effizienz. Bereits im Kindes-, und Jugendalter besteht ein Druck, erfolgreich sein zu müssen, häufig gefördert durch gutgemeinten Elternehrgeiz. Stößt diese Umgebung auf einen vulnerablen Menschen und treten hier noch schwierige Umstände dazu können selbst junge Menschen mit Suizidalität reagieren (der Suizid ist die zweithäufigste Todesursache der 15-25-Jährigen). Aus Perspektive des Erwachsenen ist diese Entwicklung oft gar nicht zu verstehen, denn die Jungen haben doch „ihr Leben noch vor sich“.

Ähnlich wie bei der Berichterstattung über Suizide ist davon auszugehen, dass eine öffentliche Diskussion und Betonung der Möglichkeiten eines „guten Sterbens“ (d. h. auch ohne möglichen assistierten Suizid) einen Einfluss auf das Bild ausüben, welches Menschen vom letzten Lebensabschnitt haben. Anders gesagt: wir sind überzeugt, dass wenn Menschen wieder lernen, mit dem Thema Tod und Sterben umzugehen, wenn wir es schaffen, ihnen zu zeigen, dass ein würdevolles Sterben möglich ist, sie die Option eines Suizides nicht mehr benötigen.

Die größte Schwierigkeit der Diskussion dieses Themas liegt jedoch darin, sich in einem gesunden, unbeeinträchtigten Zustand vorzustellen, wie man auf eine Erkrankung/Einschränkung/Lebensereignis reagiert. Die meisten Menschen würden instinktiv sagen, dass sie es sich nicht vorstellen können, beispielsweise mit einer schweren Erkrankung umzugehen, es entstehen in der Regel Bilder, die schwierige, unaushaltbare, entwürdigende und abschreckende Vorstellungen beinhalten. Vielleicht wurden solche Verläufe auch in der eigenen Familie erlebt. Das wir zuallererst solche „negativen“ Bilder haben ist sogar evolutionsbiologisch begründet: unser Gedächtnis speichert Informationen, die eine Gefahr signalisieren stärker ab. Jeden Tag machen Ärzte, Pfleger, Therapeuten und andere helfende Berufe jedoch die Erfahrung, dass es *gut* gelingen kann, ein solch schweres Ereignis wie eine Erkrankung zu bewältigen. D. h. wir nehmen vorweg, beispielsweise mit einer Erkrankung nicht fertig zu werden anstatt die Zuversicht zu verankern, dass wir auch diese Situation meistern können.

Zu 9. Weiterer Ausbau der Prävention und Verbesserung der Behandlung psychischer Erkrankungen

Die Gruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen weist ein erhöhtes Suizidrisiko auf. Die Mehrheit der Suizide in Deutschland betrifft Menschen, die zum Zeitpunkt des Suizides an einer psychischen Erkrankung leiden (Cavanagh et al. 2003). Dies gilt insbesondere bei affektiven Störungen (Depressionen, manisch-depressive Erkrankungen), aber auch bei anderen psychischen Erkrankungen (wie z. B. Sucht, Angst oder Schizophrenie).

Aus klinischer Sicht besteht aufgrund der Vielfalt der möglichen zugrundeliegenden Störungen und ihres individuell unterschiedlichen Einflusses auf das Denken, Fühlen und Wollen des Betroffenen ein hoher Komplexitätsgrad. Diesem wird man in der Diagnostik und Behandlung nur gerecht, wenn sowohl die klinisch-psychiatrischen, die (psycho-)therapeutischen, die sozialen, als auch die ethisch-moralischen Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

Auch beim Vorliegen einer psychischen Erkrankung kann eine Suizidabsicht durchaus veränderbar sein. Gut untersucht ist, dass der Zeitabschnitt, in dem psychisch erkrankte Menschen Suizidalität erleben, meist nur wenige Minuten bis zu mehreren Tagen andauert. In

dieser Zeit sehen Betroffene im Suizid den einzigen Ausweg aus einer Situation, in der sie SO (mit der Erkrankung) nicht mehr leben wollen oder können. Für die Entwicklung von Suizidalität, die inter- und intraindividuell unterschiedlich verläuft, kann auf mehrere Erklärungsmodelle zurückgegriffen werden (z. B. Präsuizidales Syndrom nach Ringel, Stadien der Entwicklung nach Pöldinger u. a.). Als besonders kritische Phase ist der Zeitraum anzusehen, in dem die Patienten ihre Suizidgedanken unmittelbar umsetzen wollen. Bei einem rechtzeitigem Hilfsangebot kann die Mehrheit der Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung den Suizid als letzte Handlungsmöglichkeit sehen, diese Entscheidung im Verlauf revidieren und wieder zu einer lebensbejahenden Haltung kommen. Aus der Erfahrung der Behandlung von schwer und chronisch depressiven Menschen wissen Psychiaterinnen und Psychiater, dass dies selbst nach Wochen und Monaten mit fast durchgängig vorhandenen ernsthaften Suizidgedanken möglich ist.

Besondere Aufmerksamkeit verdient die Gruppe der älteren und hochbetagten Menschen, denn die Suizidraten steigen im hohen und sehr hohen Alter überproportional an (Lindner et al. 2014, Greune, 2012). Das höhere Lebensalter ist somit ein wesentlicher Risikofaktor. Aus psychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht kommt hinzu, dass psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter teilweise andere Symptome als in jüngeren Jahren zeigen. Wenn ältere Menschen beispielsweise die Hausarztpraxis vordringlich wegen körperlicher Beschwerden (z. B. Schmerzen) aufsuchen, kann dahinter durchaus auch eine Depression stehen, zumal deren klassisches Bild im höheren Alter häufig fehlt (Hegerl et al. 2001). Eine besondere Herausforderung besteht darin, dass oft schon beim ersten Kontakt, bei dem ein älterer Mensch lebensmüde Gedanken äußert, Gründe genannt werden, die plausibel erscheinen und den Arzt oder die Ärztin scheinbar verstehen lassen, warum dieser Mensch nicht mehr leben möchte (Verlust eines Partners, verstreute Familie, Einschränkungen durch körperliche Erkrankungen, die Freunde sind schon verstorben u. a.). Bei weiterer Nachfrage schildern diese Menschen jedoch eine Vielzahl von persönlichen Motiven, warum sie nicht mehr weiterleben wollen. Nach mehreren vertrauensvollen Gesprächen wird oft deutlich, welche Umstände es sind, dass diese Menschen SO nicht mehr weiterleben wollen. Wenn es gelingt, die entsprechenden Umgebungsbedingungen zu ändern, für mehr soziale Kontakte zu sorgen, sie in sinnstiftende Alltagsaktivitäten einzubinden, sie in der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod zu unterstützen und ihnen die Angst vor einem häufig antizipierten Verlust der Selbstständigkeit und Würde zu nehmen, rückt der Suizidwunsch oftmals wieder in den Hintergrund.

Zu 10. Beseitigung bestehender Defizite bei der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf. Förderung innovativer Wohn-, Lebens- und Teilhabeformen bei erhöhtem Pflegebedarf

Die Befürchtung, im hohen Alter und hinzukommendem Pflegebedarf schlecht versorgt zu sein und den Angehörigen zur Last zu fallen, spielt als Beweggrund, (assistierten) Suizid in Betracht zu ziehen, eine große Rolle. In einer von der Deutschen Hospizstiftung 2012 initiierten Umfrage (TNS-Infratest) beispielsweise bejahte die Hälfte der Befragten, dass sie sich kostenlos beim Suizid begleiten lassen würden, wenn sie im kommenden Jahr pflegebedürftig würden. Umso wichtiger ist es, dass alle Anstrengungen unternommen werden, die unstrittig bestehenden Defizite bei der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf zu beseitigen und innovative Wohn-, Lebens- und Teilhabeformen bei erhöhtem Pflegebedarf zu schaffen.

Parallel dazu müssen Geriatrie und Gerontopsychiatrie entsprechend der steigenden Zahl älterer Menschen in Deutschland ausgebaut werden. Sie halten für multimorbide alte Menschen bzw. für alte Menschen mit einer psychiatrischen Krankheit individuell zugeschnittene Therapien bereit, mit denen Lebensqualität und Würdeerleben oftmals verbessert werden. Nur so kann auf ihre im Alter veränderten Bedürfnisse eingegangen werden. Das Erleben eines die Autonomie respektierenden würdevollen Umgangs mit kranken alten Menschen trägt dazu bei, in ihnen und in ihren Angehörigen das Vertrauen zu stärken, den letzten Abschnitt des Lebens bewältigen zu können. So entfalten eine gute Medizin und Pflege im Alter eine suizidpräventive Wirkung. Dies gilt auch mit Blick auf die Menschen mit Demenzerkrankungen, deren Anzahl auf absehbare Zeit noch zunehmen wird.

Zu 11. Weiterer Ausbau der Palliativmedizin und -pflege und Aufklärung über deren Möglichkeiten

Dass jeder Mensch die Freiheit besitzt, sein Leben zu beenden, ist unbestritten. Dieser grundsätzlichen Haltung sind alle fachlich fundierten Aktivitäten der Suizidprävention in Deutschland verpflichtet. Umso wichtiger ist es, dass auch für schwer kranke Menschen am Lebensende ausreichende Angebote vorgehalten werden, die ihnen ein würdiges Sterben ermöglichen, ohne den Ausweg des Suizids in Anspruch nehmen zu müssen. Moderne Palliativmedizin und -pflege wird so zu einem Baustein der Suizidprävention. Mit dem 2015 in Kraft getretenen Hospiz- und Palliativgesetz wurden wichtige Voraussetzungen dafür geschaffen, die weiter ausgebaut werden müssen. Palliativmediziner und -medizinerinnen erleben besonders in der in der Zeit nach der Diagnosestellung bei ihren Patientinnen und Patienten häufig das Auftreten suizidaler Gedanken. Bei vielen von ihnen weichen sie im Krankheits- und Behandlungsverlauf in den Hintergrund so dass der Suizid im Palliativbereich eher selten anzutreffen ist. Ein wichtiger Grund dafür ist darin zu sehen, dass Menschen im Krankheitsverlauf ihre Bewertung der Situation oftmals verändern. Demgegenüber spielt das Wissen um die Möglichkeit eines (ärztlich) assistierten Suizids eine wesentlich geringere suizidpräventive Rolle und kann nicht belegt werden. Dafür spricht auch, dass in der Schweiz mittlerweile etwa gleichviele assistierte wie nicht assistierte Suizide gezählt werden, ohne dass die Zahl der nicht assistierten Suizide deutlich zurückgegangen wäre.

Zu 12. Verankerung von Suizidalität und Suizidprävention als Pflichtthemen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Angehörige der medizinischen und sozialen Berufsgruppen

Angehörige sozialer Berufe können als Gatekeeper fungieren, wenn sie ausreichendes Wissen und Handlungskompetenz in Bezug auf Suizidalität und Suizidprävention erworben haben. So konnte beispielsweise im Rahmen der klassisch gewordene Gotland-Studie mit einer Schulung der Hausärzte die Suizidrate auf der Insel gesenkt werden (Rihmer et al. 1995). Für einen anhaltenden Effekt wird ein kontinuierliches Angebot benötigt.

Deshalb sollten Suizidalität und Suizidprävention als Pflichtthemen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Angehörige aller sozialen Berufe verankert werden. Neben allgemeinen Schulungsinhalten sind die jeweiligen berufsgruppenspezifische Charakteristika zu berücksichtigen, denn der Umgang mit einem suizidalen Jugendlichen in der Schule erfordert beispielsweise ein anderes Herangehen als wenn ein Bewohner eines Altenpflegeheims Lebensüberdruß äußert oder eine Person während einer suizidalen Krise in einer psychosozialen Beratungsstelle vorstellig wird.

Wie für andere medizinisch/therapeutische Inhalte bereits erforderlich, sollten auch die Fort- und Weiterbildungen für die Suizidprävention zertifiziert werden. Hierbei können verschiedene Fachgesellschaften (z. B. DGS, DGPPN u. a.) einen Katalog mit entsprechenden Inhalten entwickeln sowie Durchführungsmodalitäten und Leistungsüberprüfungen organisieren.

Bereits im Schullehrplan für die Kinder und Jugendlichen bedarf es einer festen Verankerung des Themas psychische Gesundheit, Krisen, Suizidalität erkennen, helfen und Hilfe finden. Dieser Unterricht kann maßgeblich dazu beitragen, das Erfahren psychischer Erkrankungen nicht als stigmatisierend zu erleben und deswegen rechtzeitig Hilfe zu suchen. Entsprechende Programme, die wissenschaftlich validiert sind existieren bereits (z. B. NeSuD https://tu-dresden.de/mn/psychologie/ikpp/kinderundjugendliche/ressourcen/dateien/Infolyer-Schulen_LG.pdf?lang=de).

Zu 13. Nachhaltige Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung

Dass die Suizidforschung in Deutschland bislang noch zu wenig Aufmerksamkeit im Wissenschaftsbetrieb erhält, hat mit mehreren Faktoren zu tun. Zum einen ist die in den offiziellen Statistiken bereitgestellte Datengrundlage im Vergleich mit anderen Ländern sehr eingeschränkt und erst nach langer zeitlicher Verzögerung beim Statistischen Bundesamt erhältlich. Ein rasches Reagieren auf sich abzeichnende Trends ist unmöglich. Was fehlt ist eine zentrale Erfassung und Meldung der Suizidversuche. Methodische Herausforderungen entstehen durch die für die Prüfung der Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen relativ geringen Fallzahlen, da der Suizid im Vergleich zu anderen medizinischen Outcomes ein weniger häufiges Ereignis darstellt. Die dafür notwendige Untersuchung sehr großer Kohorten oder eine entsprechend langer Beobachtungszeitraum, um einen sicheren Effekt zu messen sind unter den gegenwärtigen Bedingungen nur schwer umsetzbar.

Deutsche Universitäten ermöglichen die Forschung nicht nur an großen, sondern auch an vielen sehr kleinen Themen, indem sie beispielsweise entsprechende Professuren einrichten. Eine solche stetige Förderung der Suizidforschung fehlt bislang. Stattdessen wird die suizidologische Forschung nur an wenigen Einrichtungen und dort von kleineren Arbeitsgruppen betrieben. Das 2017 gegründete Werner-Felber-Institut erarbeitet derzeit ein deutschlandweites Verzeichnis dieser Aktivitäten (siehe auch felberinstitut.de), das wegen fehlender stetiger Förderung jedoch langsamer vorankommt, als es nötig wäre. Darüber hinaus finden die Themen der Suizidforschung bislang kaum Eingang in Förderausschreibungen. Einzig die Gulinsky-Stiftung hat die Suizidforschung in ihrem Stiftungszweck verankert. Als noch junge Stiftung kann sie jedoch lediglich kleine Fördersummen ausschütten. Eine auf eine Entschließung des Deutschen Bundestags zurückgehende Förderinitiative des BMG in den Jahren 2017-2020 hat die Forschungslandschaft ein wenig beleben können, wurde jedoch nicht fortgeführt.

Zu 14. Vorrang für Maßnahmen der Suizidprävention vor Maßnahmen der Suizidassistentz

(Assistierter) Suizid ist keine allgemeine Handlungsalternative, sondern letzte Handlung in einer Situation, in der kein anderer gangbarer Weg mehr gesehen wird. Der Respekt vor einer solchen Entscheidung darf jedoch nicht als Alibi dafür dienen, nicht alles Menschenmögliche zu tun, um bestehende Missstände, die die Suizidneigung fördern, zu beseitigen und

Alternativen zu finden. Deshalb müssen Maßnahmen zur Suizidprävention immer den Vorrang vor Maßnahmen der Suizidassistenz haben. Der Gesetzgeber steht hier in vorderster Linie.

3.5.2021

gez. Ute Lewitzka & Uwe Sperling

sowie die Mitglieder des Vorstandes

Elmar Etzersdorfer

Jakob Henschel

Daniela Hery

Barbara Urban

Jörg Schmidt

Burkhard Jabs

Tim Krause

Michael Witte

Literaturverzeichnis

- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. 2003 Apr;33(3):395-405
- Maio, G. Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit. 20.08.2014. 1. Auflage, Verlag TRIAS
- Greune M. Suizidalität im Alter in Deutschland: Gefahren und Präventionsmöglichkeiten. 2012 Akademiker Verlag
- Hegerl U, Zaudig M, Müller HJ. Depression und Demenz im Alter: Abgrenzung, Wechselwirkung, Diagnose, Therapie. 2001, Springer.
- Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, Gallo J, Szanto K, Conwell Y, Draper B, Quinnett P; International Research Group for Suicide among the Elderly. A systematic review of elderly suicide prevention programs. Crisis. 2011;32(2):88-98.
- Lindner R., Hery D., Schaller S., Schneider B., Sperling U. Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. 2014. Berlin, Heidelberg: Springer
- Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. J Affect Disord. 1995 Dec 18;35(4):147-52.
- Rüeegger, H., Kunz, R (2020). Über selbstbestimmtes Sterben. Zwischen Freiheit, Verantwortung und Überforderung. Zürich: rüffer & rub cares
- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Winkler P, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Rancăns E, Hadlaczký G, Van Audenhove C, Hermesh H, Sisask M, Peschayan AM, Kapusta N, Adomaitiene V, Steibliene V, Kosiewska I, Rozanov V, Courtet P, Zohar J; European Evidence-Based Suicide Prevention Program [EESPP] Group by the Expert Platform on Mental Health, Focus on Depression. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. Eur Neuropsychopharmacol. 2017 Apr;27(4):418-421.
- Ringel E. Der Selbstmord: Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung; eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern. Reprints Psychologie 19, 2., unveränderte Aufl., Frankfurt am Main Fachbuchhandlung für Psychologie 1981
- Pöldinger W, Sonneck G. Die Abschätzung der Suizidalität. Nervenarzt. 1980 Mar;51(3):147-51.
- Deutsche Hospizstiftung 2012 initiierten Umfrage (TNS-Infratest)
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248753/umfrage/ansichten-zu-sterbehilfe-bei-pflegefall-nach-geschlecht/>

Wortlaut der Frage: Stellen Sie sich vor, Sie würden in einem Jahr pflegebedürftig werden. Würden Sie sich dann kostenlos beim Suizid begleiten lassen? TNS Infratest Dez. 2012 1003 Befragte ab 14 Jahren.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248753/umfrage/ansichten-zu-sterbehilfe-bei-pflegefall-nach-geschlecht/>