



DGSP – Zeltinger Straße 9 – 50969 Köln

Herrn Bundesminister Jens Spahn
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Bundesgeschäftsstelle:

Zeltinger Strasse 9
50969 Köln
Telefon (0221) 51 10 02
Telefax (0221) 52 99 03
E-Mail: info@dgsp-ev.de
Internet: www.dgsp-ev.de



Mitglied der
World Federation
of Mental Health



Position der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zum Themenkomplex Hilfe zur Selbsttötung

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) ist den psychisch erkrankten Menschen in ihren Zielen und Handlungen verpflichtet. Dazu gehören u.a. Linderung der Symptome und möglichst Heilung der Erkrankung, Unterstützung zur Teilhabe in den diversen Bereichen gesellschaftlichen Lebens, Anerkennung und Respekt in der Begegnung mit den betroffenen Menschen und die Parteinahme in der sozial- und gesundheitspolitischen Auseinandersetzung für deren Interessen und für die Interessen ihrer Angehörigen. Da Psychiatrie ein institutionelles Angebot im Rahmen der staatlich verantworteten Gesundheitsversorgung und somit in die bestehende Gesellschaft eingebunden ist, erfolgt unser Wirken immer auch gesellschaftspolitisch orientiert.

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Aufhebung des § 217 StGB „Hilfe zur Selbsttötung“ und deren Begründung, dass Selbsttötung als Ausdruck autonomer Selbstbestimmung zu werten sei, fordert uns daher zum Widerspruch heraus. Aus unserer Sicht ist der Suizid keine Normalität, sondern immer nur als letzter Ausweg aus einer scheinbar ausweglosen Lebenssituation zu sehen. Die in der DGSP organisierten und engagierten individuellen und institutionellen Mitglieder sind in ihrer psychiatrischen und psychosozialen Arbeit tagtäglich mit den Herausforderungen des Suizidwunsches, unvollendeter und vollzogener Suizidhandlungen konfrontiert. Dabei ist das Ziel aller Bemühungen, den suizidnahen und suizidalen Personen Unterstützung zur Bewältigung der subjektiv erlebten Ausweglosigkeit der Lebenssituationen zu gewähren, um so Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, Lebensverdruss und Lebensmutlosigkeit zu überwinden und den Menschen zur Problem- und Lebensbewältigung zu verhelfen. Diese Dynamik in den Lebensläufen der Menschen zu erkennen und entsprechend der persönlichen Leidenssituation Hilfen bereitzustellen, ist eine klassische Aufgabe der Sozial- und Gesundheitsberufe.

Vor diesem Hintergrund sehen wir uns veranlasst, nachfolgende Vorschläge für den weiteren Umgang in der Sache zu unterbreiten.



Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar dieses Jahres betont insbesondere das Grundrecht eines jeden Bürgers und einer jeden Bürgerin auf die Möglichkeit der Selbsttötung und hebt daher den § 217 StGB auf. Hierbei stellen die Motive zur Selbsttötung keinen Hintergrund für die Hilfestellung dar. Um dieses Grundrecht der autonomen Selbstbestimmung umsetzen zu können, kann es vielfach der Hilfe zur Selbsttötung bedürfen. Der geschäftsmäßigen Unterstützung zur Selbsttötung sollte mit dem nun aufgehobenen § 217 StGB ein Riegel vorgeschoben werden. Die aktuell bestehende Rechtslage macht es den gewerblichen Sterbehelfern wieder möglich, ihrem Geschäft nachzugehen. Laut „taz“ vom 2. Juli 2020 hat der Verein Sterbehilfe nach dem Karlsruher Urteil in 24 Fällen bundesweit Suizidhilfe geleistet. Insgesamt ist von 20.000 sterbewilligen Menschen in Deutschland auszugehen. Die DGSP hatte in einer Stellungnahme die Einführung des § 217 StGB sehr befürwortet. Unter dem nachfolgenden Link finden Sie die Stellungnahme: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/DGSP-Stellungn._Sterbehilfe.pdf

Der Gesetzgeber ist aber mit dem aktuellen Urteil des BVerfG auch aufgefordert, Regelungen zu treffen, die berechnigte Schutzinteressen der Bürger*innen garantieren. Es muss also gesetzlich geregelt werden, wie die Hilfe zur Selbsttötung ausgestaltet werden soll und kann; unsere Überlegungen hierzu weiter unten. Mit dem Schreiben vom 15. April 2020 hat Minister J. Spahn Einzelexpert*innen und Verbände hierzu zur Stellungnahme eingeladen.

Um den Ausgestaltungsprozess zu unterstützen, wollen wir nachfolgende Eckpunkte aus sozialpsychiatrischer Sicht in die Diskussion einbringen.

Willensbildung und Entscheidungsfindung

Hilfe zur Selbsttötung soll nur Menschen zugutekommen, so die Entscheidung, die zu einer freien Willensbildung und Entscheidungsfindung fähig sind. Menschen in Krisen und psychisch erkrankte Menschen können zeitweise dazu außerstande sein. Eine Beurteilung, ob diese Befähigung umfangreich gegeben ist und solch eine entsprechende und weitgehende Entscheidung unbeeinträchtigt getroffen werden kann, obliegt den zuständigen Expert*innen, den Psychiatern und Psychiaterinnen. Diese Einschätzung sollte u. E. durch mindestens zwei unabhängige Psychiater*innen erfolgen. Neben den durch die Erkrankung bedingten möglichen Einschränkungen der persönlichen Willensbildung und Entscheidungsfähigkeit ist festzustellen, dass durch die in der medizinischen Behandlung eingesetzten Medikamente – insbesondere bewusstseinsverändernde und -beeinflussende Psychopharmaka – die Kompetenz zur Entscheidung stark eingeschränkt bzw. aufgehoben sein kann. Da die Selbsttötung in ihrer Konsequenz das Leben beendet und damit dieser Schritt irreversibel ist, muss u. E. bei der Beurteilung der freien und selbstbestimmten Willensentscheidung neben den von vorgenannten Expert*innen ein umfassendes Begutachtungsverfahren bei der fachlichen Einschätzung, ob die Fähigkeit zur Willensbildung und Entscheidungsfindung im erforderlichen Maß besteht, angewandt werden. Das Begutachtungsgremium sollte sich angesichts der i. d. R. komplexen Herausforderungen multiprofessionell (Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit, Pflege, Theologie u. a.) zusammensetzen und auch offen sein für suiziderfahrene Personen, die aufgrund der besonderen authentischen Eigenerfahrung hilfreich sein können. Dieses „Kommissionmodell“ könnte bei Bedarf weiterhin durch Hinzuziehung ergänzender Beratungsangebote, z. B. Schuldnerberatung, Suchtberatung usw. in die Begutachtung eingebunden werden. Bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist der



Krankheitsverlauf in aller Regel zyklisch und nicht zu vergleichen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, die sich im Verlauf verschlimmert und diagnostisch auf den nahen Tod hinausläuft. Bei dem Krankheitsverlauf einer psychischen Erkrankung kann davon ausgegangen werden, dass die Fähigkeit der autonomen Willensbildung variiert und dass dies im Zeitverlauf u. U. zu unterschiedlichen Entscheidungen des Wunsches nach Selbsttötung führen kann. Zu bedenken ist ebenfalls, dass sich die Selbstwahrnehmung der Patient*innen hinsichtlich des Erkrankungszustandes krankheitsbedingt oft pessimistisch bis hoffnungslos zeigt und nach gescheiterten Suizidversuchen deutlich wird, dass die Suizidhandlung als Hilferuf zu werten ist. Behandler*innen und Berater*innen sollten daher eine Beratung hin zum Lebenserhalt verfolgen und auf die Möglichkeiten der problemadäquaten Hilfen (medizinisch, Psychotherapeutisch, psychosozial...) deutlich verweisen bzw. diese ggf. organisieren und sicherstellen.

Frist

Bis zur Umsetzung der Hilfe zur Selbsttötung, sofern von einer freien und ungetrübten Willensbildung ausgegangen werden kann, sollte aus den vorgenannten Gründen eine angemessene Frist festgelegt werden, damit die betroffene Person die Möglichkeit hat, ihren festen und beständigen Willen einer Prüfung zu unterziehen.

Umfassende und kompetente Beratung

Es ist sicherzustellen, dass den Menschen mit Selbsttötungsabsichten eine umfängliche Beratung zu ihrer gegebenen und oftmals herausfordernden Lebenssituation zuteilwird. Neben der medizinischen Perspektive sind weitere die Absicht und Motive zur Selbsttötung betreffende Problemdeutungen aufgreifende Beratungs- und Fachkompetenzen (Schuldnerberatung bei Insolvenzen, Ehe- und Erziehungsberatung usw.) einzubeziehen. Im Beratungsprozess sind Motive, Lebensumstände, Begründungen usw. herauszufinden, ernst zu nehmen sowie mögliche Problemlösungen und alternative Wege zur Selbsttötung aufzuzeigen. Der Beratungsprozess ist als begleitende und akzeptierende Suchbewegung anzulegen, so dass eine bestehende Verengung der Lebensperspektiven eine Erweiterung erfährt. Beratung ist mit der Zielsetzung des Lebenserhalts anzubieten. Berater*innen sind entsprechend zu schulen und durch Supervision dauerhaft zu unterstützen. Qualifizierte Beratungsangebote sind flächendeckend vorzuhalten und mit ihren Angeboten öffentlich zu machen. In Einrichtungen der psychiatrischen Behandlung und Versorgung – stationär wie ambulant – sind Ressourcen der Suizidprophylaxe auszubilden und dauerhaft vorzuhalten. Laut „Destatis“ nahmen sich 1980 täglich 50 Personen das Leben. Im Jahr 2018 sank diese Zahl auf 25 Personen am Tag. Wir führen dies eindeutig auf die Mittlerweile bestehenden Beratungs- und Suizidprophylaxe-Angebote zurück. Wir fordern einen weiteren und leicht zugänglichen Ausbau dieser Angebote, um Menschen entsprechende Hilfen anbieten zu können.

Der Beratungsansatz unter dem Label „Versorgungsplanung am Lebensende“ – Advanced Care Planning (ACP) – wird von uns kritisch gesehen. Hierzu eine Stellungnahme des Arbeitskreises Pflege in der DGSP: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/DGSP-Stellungnahme_AK_Pflege_Gestufte_Patientenverfuegung_final.pdf



Keine Pflicht zur Hilfe bei Selbsttötung

Es ist sicherzustellen, dass niemand verpflichtet werden kann, Personen, die die Selbsttötung für sich anstreben, dabei Hilfe leisten zu müssen. Dies betrifft Ärzt*innen, Pflegepersonen und weitere Unterstützungspersonen oder auch rechtliche Vertreter*innen (ehrenamtlich wie beruflich tätige rechtliche Betreuer*innen). Wir sehen es als sehr bedenklich an, dass nahe Angehörige die Möglichkeit haben, straffrei Hilfe zur Selbsttötung zu gewähren. Angehörige können in dem Fall, dass sie mit der Bitte zur Hilfe zur Selbsttötung konfrontiert werden, in schwere Gewissenskonflikte und in eine deutliche Überforderungssituation geraten, die die i.d.R. sowieso bereits bestehende Herausforderung der Sorgearbeit überstrapaziert. Für Angehörige sollte es umfassende und entlastende Beratungs- und Unterstützungsangebote geben.

Prävention

Präventive Maßnahmen zur Suizidprophylaxe (z.B. Beratungsangebote) sind als Querschnittsaufgabe im Medizinbereich und im Bereich der Pflegeeinrichtungen obligatorisch zu etablieren. Präventive Maßnahmen sind auch im Bereich Schule, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzuhalten und durchzuführen. Insbesondere Personen, die sich in Lebensumbrüchen befinden und mit der Bewältigung von Entwicklungskrisen herausgefordert sind, stehen in Gefahr, mit Selbsttötungsideen konfrontiert zu sein. Hilfe zur Selbsttötung bei nicht erwachsenen Personen ist zu verbieten. Beratungsangebote in Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen zur Wahrnehmung des Rechtes auf Selbsttötung lehnen wir ab. Stattdessen sehen wir die Notwendigkeit, Rahmenbedingungen zu schaffen und abzusichern, die ein Leben und Sterben in Würde für alte, hochbetagte und Menschen mit Einschränkungen garantieren. Der Ausbau von Leistungen der ambulanten und spezialisierten ambulanten Palliativpflege ist zu intensivieren, um Menschen zu ermöglichen, die letzten Lebenswochen und -monate in ihrem Lebensumfeld zu leben. Verbesserte palliativmedizinische und -pflegerische Kompetenzen in allen Versorgungsbereichen sind Kernelemente einer guten Sterbebegleitung und können den Wunsch nach Selbsttötung und Tötung auf Verlangen deutlich verringern. Prävention in diesem Kontext bedeutet ganz praktisch auch den Zugang zu tödlichen Substanzen zu verhindern und auf die Verantwortlichen in den Medien Einfluss zu nehmen, möglichst nicht über Suizidhandlungen zu berichten, um belastete Personen nicht zu Suizidhandlungen („Werther–Effekt“) zu motivieren.

Dokumentation und Evaluation

Hilfen zur Tötung sind umfassend zu dokumentieren und zu evaluieren. Insbesondere sind die Problemlagen und Gründe für die Selbsttötungsabsicht und der Beratungsprozess zu dokumentieren. Die Erfassung und Auswertung der Gründe für den Selbsttötungswunsch sind insbesondere auf fehlende Hilfs- und Unterstützungsangebote hin zu untersuchen. Die Ergebnisse sind in die regelmäßige Berichterstattung an die Politik einzubeziehen, um so strukturelle Mängel bei Hilfs- und Unterstützungsleistungen festzustellen und benennen zu können und ggf. Abhilfe der Mangelsituation einleiten zu können.



Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung

Jedwede Art von Werbung, die Hilfen zur Selbsttötung propagiert, ist zu verbieten. Verstöße dagegen sind konsequent zu ahnden. Der Absicht, Regelungen zum Zugang von Sterbehelfer*innen in die Hausordnungen von Senioren- und Pflegeeinrichtungen einzuarbeiten, ist eine klare Absage zu erteilen.

Kultureller und Wertewandel

In einer Gesellschaft, die einerseits auf individuelle Leistungsfähigkeit und beruflichen Erfolg und andererseits auf ein Maximum an Selbstverwirklichung setzt, was als Tatsache schon paradox erscheint, in einer Gesellschaft, deren Ressourcen immer auch begrenzt sind und ökonomischen Maßstäben folgen, stehen Menschen, die diesen Ansprüchen nicht genügen und z.B. schwer chronisch krank und/oder pflegebedürftig sind, in der Gefahr der Abwertung ihrer Person. Dies geschieht i.d.R. im Verborgenen, z.B. in der Familie oder auch in Institutionen. Dies kann bei den betroffenen Personen Druck erzeugen und die Selbstwahrnehmung dahingehend beeinflussen, dass man sich mit seinen Leiden und den notwendigen Hilfebedarfen als „Belastung“ für die Umwelt erlebt und dies den Wunsch der Selbsttötung auslösen und festigen kann. Vor dem Hintergrund der Geschichte Deutschlands mit der sog. „Euthanasie“ in der NS-Zeit und der Erfahrungen in Ländern, wo die rechtliche Lage hinsichtlich des Rechtes auf Selbsttötung oder der Tötung auf Verlangen freizügig geregelt ist (Niederlande und Belgien), erscheint es uns geboten, bei der politischen und konkreten Ausgestaltung des aktuellen Urteils hinsichtlich des Schutzbedürfnisses der Bürger*innen wachsam zu sein. Die Erfahrungen in den Niederlanden und Belgien geben uns Anlass zu großer Sorge, da dort die Regelungen immer weiter gefasst werden und die Zahl der Tötungen auf Verlangen/Hilfen zur Selbsttötung deutlich angestiegen ist. Sozialdarwinistischen Ideen und Bestrebungen oder ökonomischen Erwägungen oder Überformungen des Rechts auf Autonomie ist entschieden entgegenzutreten. Eine Kultur der absoluten Achtung und Wertschätzung der menschlichen Würde in der gegebenen Vielfalt menschlichen Lebens ist durch- und umzusetzen. Dies erscheint insbesondere im Hinblick auf die Überalterung der Bevölkerung geboten. Konkret bedeutet dies eine unbedingte Orientierung am Lebenserhalt, umfängliche Maßnahmen und Angebote der Suizidprophylaxe, kompetente und würdevolle Begleitung im Sterbeprozess der Menschen und eine gesellschaftliche Wertedebatte, die einerseits Hinfälligkeit, Krankheit und Behinderung als Teil des Lebens und auch den Sterbeprozess als Teil des Lebens offensiv thematisiert und die gesellschaftliche Verantwortung für die „schwächsten“ Mitglieder der Gesellschaft im positiven Sinn einfordert.

Köln, 30. Juli 2020

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.

Der Vorstand