

Positionen der hier zeichnenden Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie zum assistierten Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung)

Stand: 01.12.2021

Die zeichnenden Bundesverbände der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung sowie der Selbsthilfe stimmen in den folgenden Aspekten zur Frage des assistierten Suizides überein. Mit den nachfolgenden Positionen wollen sie die Erörterungen aus dem Gesetzgebungsprozess anregen. Viele Verbände haben sich darüber hinaus weitergehender oder anders geäußert. Diese Stellungnahmen bleiben von den hier dargelegten gemeinsamen Positionen unberührt.

1. Problemdarstellung

- a. Mit seinem Urteil vom 26. Februar 2020 erklärte das BVerfG den § 217 StGB (Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung) für verfassungswidrig und damit für ungültig. Seine Entscheidung sei auch mit der UN-Menschenrechtskonvention vereinbar, so das BVerfG in seiner Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26.02.2020. Damit besteht wieder die Rechtslage, wie sie 2015 vor der Schaffung des § 217 StGB bestand. In seiner Urteilsbegründung verweist das Gericht einerseits auf das Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Menschen sein Leben, auch mit Assistenz, zu beenden. Auf der anderen Seite unterstreicht das Gericht die Pflicht des Staates Sorge zu tragen „dass der Entschluss, begleiteten Suizid zu begehen, tatsächlich auf einem freien Willen beruht. Der Gesetzgeber verfolgt mithin einen legitimen Zweck, wenn er Gefahren entgegentreten will, die aus einer Einschränkung des freien Willens und der freien Willensbildung, als Voraussetzungen autonomer Selbstbestimmung über das eigene Leben resultieren (RN 232)“. Auch wenn das BVerfG eine gesetzliche Neuregelung nicht explizit gefordert hat, ergibt sich für die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie, dass ein deutlicher Regelungsbedarf im Verhältnis von Schutz und Selbstbestimmung des Menschen durch den Bundesgesetzgeber besteht (s. Ziff. 2).
- b. Die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie halten es für zentral, die besondere Frage der Assistenz zur Selbsttötung im Gesamtzusammenhang des Themas Suizid als Ausdruck einer existenziellen Krise zu betrachten. Aus fachlicher Sicht wird eine singuläre Loslösung der Assistenzfrage vom Aspekt existentieller Krisen dem staatlichen Auftrag zum Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit in keiner Weise gerecht. Dies unterstreicht ein Blick auf die unterschiedlichen Entwicklungen bei den Suiziden und in der Sterbehilfe in Deutschland und in den Niederlanden. Die Zahl der durchgeführten Suizide ist in Deutschland seit Jahren rückläufig bzw. stabil. Waren es im Jahr 2000 noch rd. 11000 Suizide so sind es im Jahre 2019 nur noch rd. 9000 vollzogene Selbsttötungen, darunter jährlich ca. 600 Menschen unter 25 Jahren. Insgesamt werden nach Schätzungen in Deutschland mehr als 100.000 Suizidversuche unternommen, die immer auch Dritte wie

Angehörige mit berühren (<https://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2019.pdf> aufgerufen 22.11.2021). Bekannt ist, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen sich überproportional häufig suizidieren. In den Niederlanden nahm im Gegensatz zur Entwicklung in Deutschland seit der Freigabe der geschäftsmäßigen Assistenz im Jahre 2002 die Zahl der Selbsttötungen mit Assistenz zu. Im Zeitraum von 2007 – 2019 ist die Zahl der Fälle der Sterbehilfe von 2100 auf rd. 6300 gestiegen. (Regional Euthanasia Review Committees' Annual Reports. Berichte 2007 und 2019 Home | Regional Euthanasia Review Committees (euthanasiecommissie.nl)). Es zeigt sich, dass die Freigabe der Assistenz beim Suizid ein Klima schafft, in dem der Suizid als Ausweg aus einer Lebenskrise immer normaler wird.

- c. Auch wenn ein Suizid sich nach außen als individuelle Entscheidung und Handlung darstellt, ist davon in der Regel das soziale Netzwerk des Verstorbenen durch Verlust, Trauer, fast immer auch von Schuldgefühlen, Traumatisierung oder nur kurzfristigen Entlastungsgefühlen gekennzeichnet. Angehörige stehen diesen Erfahrungen zumeist hilflos gegenüber, leiden bei engen partnerschaftlichen Beziehungen gleich oder gar mehr mit. Hinterlassen werden Kinder, Geschwister, Eltern, Partner oder andere nahestehende Vertrauenspersonen. Angehörige können bereits in der Phase vor der Entscheidung eines Suizides in die Suizidabwägung und in die ggf. folgende Suizidhandlung aktiv und passiv einbezogen sein.
- d. Aus der Perspektive von psychisch erkrankten Menschen bzw. von in der Psychiatrie Tätigen und Angehörigen ergibt sich in zweierlei Hinsicht Handlungsbedarf. Zum einen stehen auch Menschen mit psychischen Erkrankungen und bei schweren psychischen Krisen alle Grundrechte inkl. des Rechts auf Selbsttötung uneingeschränkt zu. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass in schweren Lebenskrisen im Zusammenhang mit akuten psychiatrischen Störungen, die Fähigkeit zu einer bewussten Wahrnehmung dieser Rechte eingeschränkt sein kann. Die Möglichkeit zur freien Willensbildung und Willensäußerung kann für einen mehr oder minder langen Zeitraum eingeschränkt sein. Das ist aber nicht immer der Fall. Es ergibt sich eine besondere Schutzbedürftigkeit dieser Menschen, nicht nur vor Beeinflussung und möglicher Meinungsmanipulation, sondern auch vor Fehlentscheidungen als direkte Folge der psychischen Erkrankung bzw. Krise.

Daher ist nicht von der Hand zu weisen, dass in einer übergroßen Zahl der Fälle die Suizidalität maßgeblich in einem direkten Bezug zu einer schweren psychischen Krise steht. Diese Krisen gehen oftmals mit einem erheblichen psychischen Leidensdruck einher. Die Dimension psychischen Leidens ist also eine der zentralen Kategorien bei der Beurteilung eines Sterbewunsches und muss daher in einer gesetzlichen Regelung ebenfalls Beachtung finden. Diese Dimension ist nicht allein durch ein ärztliches Gutachten gewissermaßen „objektiv explorierbar“, sondern muss einen fachkundigen Dialog mit dem Suizidwilligen einschließen, um Möglichkeiten der Linderung des subjektiv empfundenen Leids zu erschließen.

2. Regelungsbedarf

- a. Das BVerfG hat in bemerkenswerter Klarheit festgestellt, dass die Selbstbestimmung nicht frei von gesellschaftlichen und kulturellen Einflüssen ist. „Selbstbestimmung ist immer relational verfasst“ (RN 235). „Die Gefahrprognose des Gesetzgebers, die der Neufassung des § 217 StGB zugrunde gelegen hatte, hält einer verfassungsrechtlichen Prüfung stand“ (RN 239).
- b. Aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts lassen sich Kriterien ableiten, die den autonom gebildeten freien Willen betreffen, wenn „der Einzelne seine Entscheidung auf der Grundlage einer realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider trifft“ (RN 240).
 - Eine solche Entscheidung setzt zunächst die Fähigkeit voraus, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können (RN 241 und 245).
 - Des Weiteren müssen dem Betroffenen alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte tatsächlich bekannt sein, und er muss über sämtliche Informationen verfügen. Handlungsalternativen müssen erkannt, ihre jeweiligen Folgen bewertet werden können und die Entscheidung muss in Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen getroffen werden. Das BVerfG stellt hier die ausdrücklich die Analogie zur Einwilligung in eine Heilbehandlung her (RN 242 und 246).
 - Der Betroffene darf keinen unzulässigen Einflussnahmen oder Druck ausgesetzt worden sein (RN 243 und 247).
 - Von einem freien Willen dürfe man nur ausgehen, wenn der Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, von einer gewissen ‚Dauerhaftigkeit‘ und ‚inneren‘ Festigkeit getragen sei (RN 244). Hier stellt das BVerfG zutreffend fest, dass Suizidwünsche regelmäßig auf einem komplexen Motivbündel beruhen und das Verlangen zu sterben, häufig ambivalent und wechselhaft sei.
- c. Mit diesen Hinweisen zeigt das BVerfG Wege auf, die bei einer gesetzlichen Neuregelung einzuschlagen sind. Danach ist vom Gesetzgeber der Weg zu öffnen, dass Betroffene, die unter Abwägung und Beachtung aller Gesichtspunkte zum selbstbestimmten Entschluss kommen, zum Suizid Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen, dies ermöglicht werden muss.
- d. Vor diesem Hintergrund halten die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie es für erforderlich, dass der Gesetzgeber innerhalb der aktuellen Legislaturperiode eine Regelung trifft, die den genannten Anforderungen des BVerfG standhält. Es müssen Lösungen gefunden werden, die gewährleisten, dass qualifizierte Hilfen einschließlich die der organisierten Selbsthilfe ermöglicht wurden, bevor eine Entscheidung für einen assistierten Suizid getroffen wird. Es muss ausgeschlossen sein, dass die Entscheidung weder auf eine akute psychische Erkrankung oder eine psychische Krise, die mit dem Suizidgedanken einhergeht, noch auf Druck des Umfelds oder gar vor dem Hintergrund gesellschaftlichen Erwartungen und Konventionen getroffen

wurde. Insbesondere der letztere Aspekt muss intensiv bedacht werden, wie sich am Beispiel der pränatalen Diagnostik bei ungeborenen Kindern mit Behinderung unschwer zeigen lässt. Eltern, die sich für ein Leben mit Kindern mit Behinderungen entscheiden, müssen sich inzwischen nicht selten die Frage gefallen lassen, warum sie sich und ihrer Umwelt „ein Leben mit Kindern mit Behinderungen zumuten“. Solche Fragen werden Schritt für Schritt Normalität.

3. Stärkung der Suizidprävention, Verbesserung des Zugangs zu Hilfen und Ausbau der Hilfen in Krisen

a. Suizidprävention

Die Suizidverhinderung bei Menschen in psychischen Krisen ist eine gesamtgesellschaftliche Verpflichtung und insbesondere eine zentrale Aufgabe des Gesundheits- und Sozialsystems bzw. der psychiatrischen Versorgung. Suizidgefährdet sind Menschen in Krisensituationen, die beispielsweise in der Folge oder im Vorfeld von psychischen Erkrankungen, oder unheilbare körperlichen Erkrankungen, psychosoziale Problemlagen, Gewalt- oder Verlusterfahrungen ausgelöst werden. So vielfältig die Krisensituationen von Menschen sein können, so vielfältig sind die Anforderungen an Präventionsmaßnahmen. Notwendig ist es

- suizidale Krisen und Gedanken systematisch und kontinuierlich zu enttabuisieren, damit Hilfe überhaupt in Anspruch genommen wird;
- schnelle Hilfen in Krisen sicherzustellen und diese niedrigschwellig zu gestalten. Diese sollten das Ziel haben, gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Angehörigen neue Perspektiven aufzuzeigen und Hoffnung geben.
- den Zugang zu weiteren notwendigen Hilfen im Bereich Behandlung, Rehabilitation und Pflege niedrigschwellig und barrierefrei zu ermöglichen;
- das jeweilige Umfeld für Krisen zu sensibilisieren, eine Suizidgefahr zu erkennen. Voraussetzung dafür ist, die Entstehungsbedingungen von Suizidalität besser zu verstehen.

Dies sollte eingebettet sein in Information, Aufklärung und Antistigma-Arbeit in Bezug auf psychische Krisen und Erkrankungen. Krankenversicherung und die öffentliche Gesundheitsvorsorge (Kommunen, Länder, Bund) sollten hier die Finanzierung und Umsetzung gewährleisten.

Es bedarf einer gesetzlichen Grundlage für ein Monitoring für die Bereiche Suizidalität und vollendeter Suizid. (Zahlen gesamt, Zahlen zu bestimmten identifizierbaren gesellschaftlichen Betroffenengruppen) sowie ein daraus abgeleitetes Präventionskonzept. Darüber hinaus ist es erforderlich, mehr Forschungsmittel für die genannten Arbeitsfelder zur Verfügung zu stellen bzw. Forschungsaufträge aus Bundesmitteln zu vergeben.

b. Zugang zu Hilfen

Psychische Krisen und Erkrankungen können sich mindernd auswirken auf die Fähigkeit eigeninitiativ auf der Basis selbst eingeholter Informationen über möglich

und notwendig Hilfen zu entscheiden und eine bedarfsgerechte Unterstützung zu erreichen. Dabei ist von Bedeutung, dass sich psychische Erkrankungen oft vielfältig auswirken und daher komplexe Hilfeleistungen erforderlich sind.

Viele Betroffene und mitbetroffene Angehörige benötigen eine leicht zugängliche Unterstützung

- zur individuellen Information über Hilfeleistungen
- zu ihrer Orientierung über die Eignung der Leistungen und
- zur Förderung eines zügigen Zugangs zu erforderlichen Hilfen.

Eine Beratung sollte insbesondere Empfehlungen im Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen beinhalten. Sie muss Behandlung, Hilfen zur Teilhabe und zur Pflege umfassen. Bereits bestehende Angebote in Bereich Teilhabe und Pflege (SGB IX § 32 und § 106 und SGB XI § 7a - Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung) sind auszubauen und um Behandlungsberatung (SGB V - Krankenversicherung) zu erweitern.

c. Krisenhilfen

Ambulante niedrigschwellige Hilfen bei psychischen Krisen und schneller Zugang zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungen sollten flächendeckend und zu jeder Zeit durch eine fachkompetente psychiatrische Krisenhilfe sichergestellt. Psychiatrische Krisenhilfe beinhaltet diagnostische Abklärung, Gefahrenabwägung, therapeutische Krisenintervention und verlässliche Weiterleitung zu nachfolgend erforderlichen Hilfen.

In der Finanzierung stehen die Bundesländer, Kommunen (Daseinsvorsorge) und die Krankenkassen (Prävention, Früherkennung, Behandlung) in Verantwortung. Dadurch werden Suizide, Gesundheitsschäden, Krankenhausbehandlung, Zwangsmaßnahmen (Unterbringung und Zwangsbehandlung), minderbares subjektives Leid sowie Belastung, ggf. Überlastung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen vermieden bzw. reduziert.

4. Anregungen zu einem Gesetzgebungsverfahren

- a. Im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens müssen neben einer Neufassung der Voraussetzungen für den assistierten Suizid auch die in Ziff. 3 genannten Hilfen verbessert werden.
- b. Die Verbände des Kontaktgesprächs halten im Rahmen eines Gesetzes, das den Zugang zu assistiertem Suizid regelt, eine intensive Beratung der Menschen, die sich mit Sterbewünschen und assistiertem Suizid beschäftigen, oder als Angehörige damit konfrontiert sind, für unabdingbar. Eine gesetzliche Regelung, die allein auf Gutachten abstellt, in dem die frei verantwortete informierte Entscheidungsfähigkeit bescheinigt wird, reicht nicht aus. Eine Gutachtenlösung würde der Komplexität der Lebenssituation nicht gerecht werden können und möglichem Missbrauch Türen

öffnen.

Erforderlich ist in jedem Fall eine Beratung, die den verschiedenen Aspekten des Sterbewunsches gerecht werden kann, die auch die Erörterung aller Kriterien des BVerfG, die in Ziffer 2 c gelistet sind, erfüllt. Dazu wird auch eine ärztliche Beratung gehören müssen, die die Erkrankung, auf die ein Sterbewunsch zurückgeht, und deren Behandlung beurteilen kann. Wesentlich sind im gleichen Maß Beratungsaspekte, die z.B. die möglichen palliativen Methoden und Leistungen berücksichtigen, die den persönlichen und kulturellen Lebensbedingungen gerecht werden und die über Kompetenzen in den vielfältigen psychosozialen Unterstützungssystemen verfügen. Beratung muss multiprofessionell erfolgen und in die Beratung sind Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung mit psychischen Krisen (Peers) einzubeziehen. Es wird erforderlich sein, im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens festzulegen, wer die Verantwortung für das Vorhalten eines solchen Beratungsangebotes zu übernehmen hat. Diese Verantwortung muss einhergehen mit einer Definition der Qualitätsanforderungen an dieses Beratungsangebot im beschriebenen Sinne.

- c. Es ist erforderlich, gesetzlich festzulegen, dass zwischen Inanspruchnahme der Beratung und der letztlichen Entscheidung ein ausreichender Zeitraum verbleibt. Dieser Zeitraum sollte keinesfalls weniger als mehrere Monate umfassen. Eine Entscheidung zum Sterben unter Inanspruchnahme der Hilfe Dritter darf nicht unter dem Eindruck einer akuten, ggf. reaktiven Krisensituation getroffen werden. Eine ausreichende Zeit muss auch für die Inanspruchnahme des Beratungsangebotes selbst vorgesehen werden. Es kann erforderlich werden, mehr als ein Beratungsgespräch auch in größeren zeitlichen Abständen in Anspruch nehmen zu können.
- d. Keine ärztliche Person und auch keine andere Person darf direkt oder indirekt z.B. über ein Anstellungsverhältnis verpflichtet werden, eine Assistenz zum Suizid durchführen zu müssen.
- e. Um auszuschließen, dass die Sterbehilfe sich zu einem Geschäftszweig außerhalb fachlicher Standards entwickelt und mit dem Schwerpunkt einer Gewinnerzielungsabsicht angeboten wird, sollte diese Tätigkeit eng definierten Berufsgruppen, mit einer einschlägigen Zusatzqualifikation vorbehalten bleiben. Ein Verbot aktiver Werbung sollte damit einhergehen. Dieser Vorbehalt ist notwendig, um auszuschließen, dass diese Aufgabe schlussendlich engen Freunden oder Verwandten überlassen bleibt, die damit überfordert und ggf. traumatisiert wären.
- f. Wie eingangs bereits erwähnt, stehen allen Menschen, unabhängig von einer psychiatrischen Erkrankung, selbstverständlich alle Grundrechte zu. Eine Regelung des Zugangs zur Suizidassistenz darf daher keinen kategorialen Ausschluss von psychisch erkrankten Menschen bedeuten oder inkludieren. Eine Diskriminierung einer bestimmten Personengruppe würde aus Sicht der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie erneut verfassungsrechtliche Probleme aufwerfen.

5. Zusammenfassung

Die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie eint die Sorge, dass eine den Zugang zu assistiertem Suizid öffnende Lösung den Wunsch nach Suizid stärkt. Aufgabe von Politik und Gesellschaft ist aber, den Wunsch nach einem würdigen Leben zu stärken. Sterben ist Teil menschlichen Lebens. Auch das Sterben muss unter dem Aspekt der Menschenwürde gestaltet werden. Insofern setzen sich die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie für eine öffentliche enttabuisierende Diskussion zu Sterbewünschen und Suiziden.

Zum Menschsein gehören Verzweiflung, Mut- und Hoffnungslosigkeit in besonderen Lebenslagen. Aufgabe einer die Menschenwürde stärkenden Gesellschaft ist es, Auswege aus Verzweiflung und Selbstaufgabe zu zeigen, Mut und Hoffnung zu vermitteln. Gerade in Lebenslagen, die zu Verzweiflung, Mut- und Hoffnungslosigkeit Anlass geben, in Situationen, in denen das Leben nicht mehr lebenswert erscheint, auch unter dem Eindruck besonderer Belastungen, wie sie z.B. körperliche, aber auch seelische Schmerzen darstellen können, schränkt sich der menschliche Horizont zur Entscheidungsfindung ein. Es ist daher zwingend erforderlich, Menschen in solchen Lebenssituationen und ggf. ihren Angehörigen das Angebot zur Hilfe zu machen, statt sie unter dem Postulat der „Selbstbestimmung“ in einer existenziellen Krise allein zu lassen. Der grundsätzliche Anspruch des Rechts auf ein selbstbestimmtes Leben darf nicht verwechselt werden mit dem Alleinlassen in Nöten und Krisen. Erforderlich sind Hilfen zum Leben und beim Sterben, nicht Hilfen zum Sterben.

Das vorliegende Positionspapier wird von folgenden Verbänden mitgetragen:



Aktion
Psychisch
Kranke e.V.



Bundesverband e.V.



Bundesarbeitsgemeinschaft
Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.



**familien selbsthilfe
psychiatrie**

Bundesverband der Angehörigen
psychisch erkrankter Menschen e.V.



**Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.**



Diakonie 
Deutschland



Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste