



## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zum Thema Sterbehilfe**

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) nimmt zum Thema Sterbehilfe vor dem Hintergrund des langjährigen Engagements des Verbandes für die Belange und Interessen chronisch psychisch erkrankter Menschen nachfolgend Stellung. Aktueller Anlass ist die Debatte zum Umgang mit der gewerblichen Sterbehilfe.

Das Recht auf Selbstbestimmung ist in einer freiheitlichen und an humanen Werten orientierten Gesellschaft ein fest verankerter Grundwert (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz), den es zu akzeptieren und zu bewahren gilt. Gleichzeitig gilt es auch zu bedenken, wo dem Recht auf Selbstbestimmung möglicherweise Grenzen zu setzen sind. Eine Frage, die innerhalb des Systems Psychiatrie eine alltägliche Herausforderung darstellt.

Der Wunsch nach Selbsttötung und aktiver Sterbehilfe als die radikalste Form der Selbstbestimmung ist nicht voraussetzungslos. Er setzt wie jede Form der Selbstbestimmung einen bewussten Prozess der Auseinandersetzung mit der wahrgenommenen Innen- und Außenwelt der Person voraus. Der bewusste Auseinandersetzungsprozess mit der Welt kann beeinträchtigt sein: durch fehlende Informationen und Unterstützung, durch den Einfluss einer schweren körperlichen Erkrankung, durch psychische Erkrankung, durch das Lebensalter und die Lebenserfahrung, durch gesellschaftliche Debatten und Normsetzungen, durch Einflüsse aus dem unmittelbaren Lebensumfeld usw.

Sozialpsychiatrie hat Selbsttötung bzw. den Wunsch nach Beendigung des eigenen Lebens unter der Bedeutung und Einflussnahme psychischer Erkrankungen, sozialpsychiatrischer Grundhaltung, gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und vor dem Hintergrund gesellschaftlich gültiger Werte zu betrachten.

Psychische Erkrankungen können in ihrer Auswirkung die Beziehung eines Menschen zu sich selbst und zu seiner Mitwelt negativ beeinflussen und stören. Wahrnehmung, Denken und bewusste Verhaltenssteuerung können beeinträchtigt sein, so dass die Möglichkeit und Fähigkeit der Selbstbestimmung und -steuerung ebenfalls maßgeblich beeinträchtigt ist. Dies kann zu Fehleinschätzungen, Fehlentscheidungen und Fehlverhalten führen. Unter diesen Bedingungen ist die Absicht der Selbsttötung, bzw. der Wunsch nach Beendigung des eigenen Lebens als bewusste Entscheidung fragwürdig.

Psychiatrische Behandlungs- und Hilfeleistungen haben das Ziel, die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und zu einer selbstbestimmten Lebensführung wiederherzustellen. Professionelles psychiatrisches Handeln mit dieser Zielorientierung drückt sich in einer entsprechend annehmenden, achtungsvollen, unterstützenden und einer lebens- und teilhabeorientierten Grundhaltung gegenüber den psychisch erkrankten Menschen aus.

Auf struktureller Ebene sind fachlich qualifizierte und der Problemstellung angemessene Hilfen für suizidgefährdete Menschen – seien sie körperlich bzw. psychisch erkrankt oder mit psychosozialen Problemen belastet– dauerhaft und verlässlich zur Verfügung zu stellen.

Sozialpsychiatrisches Handeln hat auch immer den Zustand der Gesellschaft und dessen Wirkung auf den einzelnen Menschen wahrzunehmen, zu bedenken und zu kritisieren. In einer Gesellschaft, die ökonomischen Wertemaßstäben den absoluten Vorrang einräumt, steht der Mensch, insbesondere der in seiner Teilhabe eingeschränkte Mensch, in der Gefahr in seiner Existenz und mit seinen Bedürfnissen missachtet zu werden. Indikatoren hierfür sind u.a. gesellschaftliche Diskurse, bei denen die Kriterien des Nutzens des Einzelnen für die Gesellschaft im Vordergrund stehen. Negativen Ausdruck findet dies in Begrifflichkeiten wie „Altenberg“ oder „Flüchtlingsschwemme“, „Belastung der Alten für die junge Generation“, „Kostenexplosion im Bereich Eingliederungshilfe“ etc. Diese diffamierenden Kategorisierungen schlagen bis auf die individuelle Ebene des Bewusstseins des Einzelnen durch. Sie können z.B. schwer erkrankte oder alte Menschen unter Druck setzen, können so auslösend für Selbsttötungsabsichten sein.

Wir sehen in einer Veränderung der bestehenden Rechtslage die Gefahr einer weiteren Aufweichung gesetzter rechtlicher und ethischer Standards. Menschen mit Handikaps, schweren Erkrankungen und Einschränkungen wie auch deren Behandler haben sich dann u.U. mit einem hohen Erwartungsdruck durch die Umwelt in dieser existentiellen Situation vermehrt auseinanderzusetzen und geraten unter Rechtfertigungsdruck und -zwang.

Beispielhaft sei hier auf den Umgang mit dem Thema Sterbehilfe in den Niederlanden verwiesen. In dem Urteil des obersten niederländischen Gerichts von 1984, wurde die Pflichtenkollision, in die ein Arzt bei der Frage nach Lebensbeendigung gerät, als Notlage anerkannt. Eine Kollision von Pflichten entsteht zwischen der primären Pflicht des Arztes, das Leben zu erhalten und seiner Pflicht, das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten zu respektieren. Diese Entscheidung und das niederländische Gesetz von 2001, dass die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zur Selbsttötung legalisiert hat, haben zu einer besorgniserregenden Entwicklung in der Praxis geführt. Neben der aktiven Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung findet auch die Tötung von nicht einwilligungsfähigen Personen statt. Es handelt sich um schwerst-beeinträchtigte Neugeborene, aber auch um schwerst-behinderte Kinder, die ohne medizinische Hilfen nicht weiterleben können, über deren Tötung auf der Grundlage des sog. Groningen-Protokolls Ärzte und Eltern befinden können. Des Weiteren werden auch immer wieder Fälle bekannt, in denen psychisch erkrankte Menschen, und alte, an Demenz erkrankte Menschen aktive Sterbehilfe erfahren. Argumentiert wird für die Sterbehilfe ohne Einwilligung mit dem Leid und den Schmerzen, die diese Menschen aktuell oder im weiteren Lebensverlauf erfahren. Daneben wird fallweise mit der Belastung der Angehörigen durch die Existenz des erkrankten und behinderten Familienmitglieds argumentiert. Das Urteil über das Vorhandensein und über das Ausmaß von Schmerzen und Leiden fällen die Ärzte. Die Ausweitungen werden auch mit dem Argument der Gleichbehandlung begründet, das für selbstbestimmungsfähige und einwilligungsunfähige Personen in diesem Punkt gleiche Rechte fordert. Das Recht auf Selbstbestimmung verkehrt sich hier jedoch in sein Gegenteil – in Fremdbestimmung.

**Aus allen vorgenannten Gründen halten wir eine Veränderung der aktuellen gesetzlichen Lage zur Frage der Sterbehilfe für unzulässig und lehnen sie ab.**

Statt einer Änderung der Gesetzeslage mit den befürchteten Konsequenzen fordert die DGSP:

- Den Ausbau von suizidpräventiven Maßnahmen (Struktur, Personal) in der psychiatrischen und der allgemeinmedizinischen Versorgung
- Konzeptionierung und Durchführung von Maßnahmen zur weiteren Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und die Veröffentlichung von Hilfsangeboten bei Suizidgefährdung
- Ausbau der Hilfen für Schwerstkranke auf struktureller wie personaler Ebene (Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften in der Palliativversorgung)
- Ausbau und Verbreitung von Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten bei schwersten Erkrankungen, insbesondere zu den Möglichkeiten der Palliativmedizin
- Ausbau von Hospizen und ambulanter Sterbebegleitung
- Ausbau der Betreuung und Begleitung von Hinterbliebenen nach Suizid
- Ausbau und Absicherung der notwendigen und bedarfsgerechten ambulanten wie stationären Hilfen für alte und demenzerkrankte Menschen
- Veränderung der Haltung in der Politik in der Gesundheits- und Sozialpolitik (positives Verständnis der sozialstaatlichen Verpflichtung)

#### Schlussbemerkung

In Anbetracht des tausendfachen Mordes an Menschen mit psychischer Erkrankung und Behinderung und weiterer Personen mit Handicap in der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland stehen psychiatrisch Tätige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozial- und Gesundheitswesens in der besonderen Pflicht, gesellschaftlichen Tendenzen oder Entwicklungen Einhalt zu gebieten, die das Lebensrecht grundsätzlich und insbesondere von schutzwürdigen Personen in jedweder Form in Frage stellen. Gleichzeitig ist in den Bemühungen zur Erreichung und Sicherung einer qualitativ guten und umfänglichen Behandlungs- und Versorgungssituation kranker, hilfs- und schutzbedürftiger Menschen auf persönlicher, institutioneller wie auch auf gesellschaftlicher Ebene nicht nachzulassen.

Köln, im September 2015

gez. Friedrich Walburg  
1. Vorsitzender

  
Richard Suhre  
Geschäftsführer

