

Stellungnahme

16. September 2015

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de
WWW.DGPPN.DE**Stellungnahme der DGPPN zum ärztlich assistierten Suizid**

Die derzeitige gesellschaftspolitische Debatte vor dem Hintergrund eines Gesetzgebungsprojektes zur Suizidbeihilfe, auch durch Ärzte, die nicht selten fälschlicherweise als Sterbehilfe bezeichnet wird, veranlaßt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zu einer eindeutigen Positionierung: Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Aus psychiatrischer Sicht muss stattdessen der Schwerpunkt auf Suizidprävention und dem Kampf um das Leben jedes einzelnen Menschen liegen.

Suizidalität und psychische Erkrankungen

Die aktuelle gesellschaftliche Debatte zur Suizidbeihilfe betrifft die Psychiatrie in besonderer Weise. Selbsttötungsgedanken (oder -versuche) und Suizidrisiko sind häufige Begleitphänomene fast aller schweren psychischen Erkrankungen. Die überwiegende Mehrheit der derzeit jährlich etwa 10.000 Suizide in unserem Land wird von Menschen mit psychischen Erkrankungen vollzogen. Daher hat sich die Psychiatrie in Forschung und Praxis sehr intensiv mit Suizidversuchen und Suiziden sowie deren Verhütung befasst.

In der öffentlichen Diskussion heißt es oft, dass Menschen mit schweren somatischen Erkrankungen, die um Beihilfe zum Suizid bitten, sich grundsätzlich von suizidalen Menschen mit psychischen Erkrankungen unterscheiden würden. Auch in der politischen Diskussion werden vorzugsweise Beispiele von ausschließlich durch körperliche Krankheit verursachte Leiden mit terminaler Prognose angeführt. Diese Polarisierung verkennt die Realität: Oft gehen das Leid bei körperlicher Krankheit und das psychische Leid (zuweilen auch als Folge des körperlichen Leidens) untrennbar ineinander über. Es ist ein komplexes Bedingungsgefüge, das den schwindenden Lebenswillen und das Dringen auf einen vorzeitigen Tod bestimmt.

Die Erfahrung von Psychiatern und Psychotherapeuten ist es, dass ursprünglich aus der Erfahrung körperlicher Krankheit entstandene Leidenszustände oft von einer verzweifelten und depressiven Verstimmung mitbestimmt werden. Daraus kann das Erleben von völliger Ausweg- und Hoffungslosigkeit erwachsen, welches die Sterbewünsche und das Suizidbegehren hervorbringt. Solche psychischen Zustände, die oft als begleitende, krankheitswertige Depressionen in Erscheinung treten,

PRÄSIDENTIN

Dr. med. Iris Hauth

PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Arno Deister

PAST PRESIDENT (KOMMISSARISCH)

Prof. Dr. med. Peter Falkai

KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann

BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

BEISITZERIN FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Dr. med. Nahlah Saimeh

BEISITZER FORSCHUNG, BIOLOGISCHE THERAPIE

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

BEISITZER KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE, UNIVERSITÄRE LEHRE

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

BEISITZER PSYCHOSOMATIK, PSYCHOTRAUMATOLOGIE

Prof. Dr. med. Martin Driessen

BEISITZERIN PUBLIC HEALTH, VERSORGUNGSFORSCHUNG, PRÄVENTION

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

BEISITZER PUBLIKATIONEN, GESCHICHTE, E-LEARNING

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider

BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

VERTRETER BVDN

Dr. med. Frank Bergmann

VERTRETERIN BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

VERTRETER FACHKLINIKEN PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer

VERTRETER JUNGE PSYCHIATER

Dr. med. Berend Malchow

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11

BIC HYVEDE33XXX

VR 26854B, Amtsgericht | Berlin-Charlottenburg

sind vor allem anderen Anlass für Hilfe zum Leben: für die Zuwendung der Vertrauenspersonen, die Fürsorge von Pflegenden und Ärzten sowie eine angemessene Therapie. Fürsorgliche Zuwendung, Empathie und Therapie können bei vielen Betroffenen zu einer veränderten Einstellung zu ihrem Leiden beitragen und den Lebenswillen unterstützen.

Solche Interventionsmöglichkeiten können leicht ungenutzt bleiben, wenn die körperliche Krankheit vorschnell und ausschließlich als Ursache für den leidensbedingten Sterbewunsch verstanden wird und daraus auf die Unabwendbarkeit des Todeswunsches geschlossen wird. Unabhängig von den jeweiligen Gründen kranker Menschen, mit der Bitte um Suizidhilfe an ihre Ärzte heranzutreten, ist die Auseinandersetzung darüber mit dem Ziel der Hilfe zum Leben das Ziel jedes Psychiaters und Psychotherapeuten. Denn eine unumstrittene Erkenntnis der Suizidforschung ist, dass ein offener, ernster und vertrauensvoller Austausch über den individuellen Sterbewunsch beabsichtigte Suizide fast immer verhütet.

Der besondere Auftrag von Psychiatrie und Psychotherapie

Psychiatrie und Psychotherapie haben im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen mit psychischen Erkrankungen Hilfsangebote und Behandlungsprinzipien entwickelt, die für die aktuelle Diskussion bedeutsam sind. Die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind dem Leben zugewandt: Es ist ihre zentrale Aufgabe, Menschen mit Suizidabsichten im vertrauensvollen Gespräch Mut und Hilfe zum Leben zu vermitteln. Einige Überlegungen dazu seien im Folgenden zusammengefasst:

- Zur Suizidprävention gehört die Hilfe zum Leben und zur Überwindung der Angst vor wahrgenommenen gegenwärtigen oder zukünftigen Bedrohungen durch Krankheiten. Viele Menschen entwickeln im selbstbestimmten Zustand Selbsttötungsabsichten aus der Angst vor einem zukünftigen Autonomieverlust oder der Furcht vor dem vollständigen Angewiesensein auf Andere.
- Aufklärung, Beratung sowie vertrauensbildende Gespräche können diese Ängste mildern und Selbsttötungsabsichten vorbeugen. Dies kann allerdings nur dann umfassend und erfolgreich sein, wenn es gelingt, die Wertschätzung und das Bild von psychisch erkrankten oder pflegebedürftigen Menschen in der Öffentlichkeit ebenso wie deren Lebenswelt zu verbessern.
- Indem Menschen um Hilfe bei der Selbsttötung bitten, öffnen sie sich für Gespräche. Sie werden damit für ihre Vertrauten erreichbar und lassen sich auf eine Auseinandersetzung, oft mit ihrem Arzt, über ihre Ängste und Absichten ein. Sie geben sich und den Anderen damit die Chance, einen Ausweg aus der vermeintlichen Hoffnungslosigkeit zu finden. Dieser Weg darf nicht verschlossen werden. Ein vertrauensvoller und lebensorientierter Austausch über den individuellen Sterbewunsch verhütet Selbsttötungen und muss von der Gesellschaft sichergestellt werden.

- Akute Suizidalität ist ein psychiatrischer Notfall. Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen haben die meisten suizidalen Handlungen auch bei chronisch wiederkehrender Suizidalität kurzschlüssigen und nicht lange anhaltenden Charakter. Über zwei Drittel aller suizidalen Handlungen geschehen innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Auftreten der Suizididee. Aus einer akuten Suizidalität kann nicht auf deren Nachhaltigkeit geschlossen werden, denn suizidale Patienten distanzieren sich meist schnell wieder von ihrem Todeswunsch.
- Suizidalität ist auch und vor allem ein Hilferuf. Sie ist Ausdruck innerer Ambivalenz und Konflikthaftigkeit – bestimmt durch die Lebensumstände im Kontext von aktuellen Beziehungen und belastenden sozialen und materiellen Bedingungen, eingefärbt durch negative Erfahrungen und meist durch psychische Erkrankung. Suizidgefährdete Menschen müssen deshalb ermutigt werden, professionelle Hilfe aufzusuchen.
- Der Entschluss eines Sterbewilligen zum Suizid resultiert oft aus einer psychischen Erkrankung heraus, am häufigsten einer Depression, welche auch mit der Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit einhergehen kann. Dies zu übersehen und damit einen nicht selbstbestimmungsfähigen depressiven und suizidalen Patienten gewähren zu lassen, und ihn bei der Selbsttötung womöglich auch noch zu unterstützen, wäre eine fatale Fehlentscheidung.
- In seltenen Einzelfällen lassen sich Menschen nicht von ihrem Entschluss zum Suizid abbringen und halten diesen Entschluss auch langfristig aufrecht. Eine im selbstbestimmten Zustand getroffene Entscheidung für den Suizid ist zu respektieren. Es darf aber keinen Anspruch auf Hilfe dabei geben. Hilfe zur Selbsttötung kann deshalb keine ärztliche Aufgabe sein, schon gar keine ärztliche Pflicht. Dies gilt auch bei Vorliegen eines vorab geäußerten Sterbewunsches, da Menschen mit schwersten, vielleicht zum Tode führenden Erkrankungen oder nach Unfällen sehr oft einen ganz besonderen Überlebenswillen entwickeln.

Grundsätzlich ist zu bedenken: Selbstbestimmte Entscheidungen zum eigenen Tod werden nicht nur auf der Grundlage eigener Werthaltungen und individuellen Würdevorstellungen angesichts des erlebten Leidens getroffen. Für die wahrgenommene Aussichtslosigkeit sind oft darüber hinausgehende und vom Kranken selbst nicht beeinflussbare Lebensbedingungen und gesellschaftliche Einstellungen sowie Bedingungen entscheidend: z. B. die Erfahrung von unzureichender Wertschätzung, von fehlender Beachtung und Anerkennung und von angeblich nicht mehr vorhandenem eigenem „Lebenswert“. Dazu gehören auch das schamvolle Erleben von Hilflosigkeit oder „Nutzlosigkeit“ bzw. teils überzogene Befürchtungen von zukünftiger Hilflosigkeit.

Solche Gründe für Suizidwünsche können von der Gesellschaft beeinflusst und begrenzt werden. Eine Kultur der Achtung und bedarfsgerechten Unterstützung körperlich und seelisch kranker Menschen, insbesondere im fortgeschrittenen Lebensalter, gibt es bisher nur in unzureichendem Maße. Ein qualitätsorientierter Ausbau der auf Schmerzbekämpfung ausgerichteten Palliativmedi-

zin ist notwendig, reicht aber nicht aus. Dies muss durch eine deutliche Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit ergänzt werden – insbesondere in der Altersmedizin und der Gerontopsychiatrie, ebenso wie in der Pflege in Altenheimen.

Die DGPPN appelliert an die Öffentlichkeit und den Gesetzgeber, die besondere Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der weiteren Diskussion um eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizides zu beachten und zu berücksichtigen sowie die lebensbejahende Arbeit von Ärzten anzuerkennen.

Autoren:

Wolfgang Maier (Bonn), Gabriel Gerlinger (Berlin), Manfred Wolfersdorf (Bayreuth), Frank Schneider (Aachen), Iris Hauth (Berlin)

Kontakt:

Dr. med. Iris Hauth
Präsidentin der DGPPN
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
Tel.: 030.2404 772-21 | E-Mail: [i.hauth\[at\]dgppn.de](mailto:i.hauth[at]dgppn.de)