

Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt



**Sexuelle Gesundheit, sexuelle Störungen
und Geschlechtsinkongruenz im
Klassifikationssystem ICD-11** s. 16

Suizidprävention oder Suizidassistenz s. 32



Suizidprävention oder Suizidassistenz

Resolution des BDP zur aktuellen Debatte

Auf der Delegiertenkonferenz (DK) des BDP im November 2022 wurde eine Resolution zu den Themen Prävention von Suizidalität und Assistenz bei der Durchführung eines Suizids beschlossen. Anlass gaben vier Anträge im Bundestag zu den beiden Themenbereichen. Im Unterschied zu üblichen Gesetzgebungen werden diese Anträge im Sinne einer Gewissensentscheidung nicht von Parteien, sondern übergreifend von Abgeordnetengruppen getragen, die sich unter einer Position zusammenfinden. Insofern ist die Frage offen, ob und, falls ja, welcher der Anträge eine Mehrheit der Stimmen erhält.

Die Resolution wurde entsprechend dem DK-Beschluss vom 20. November 2022 allen Mitgliedern des Bundestags (MdB) bereits im Vorfeld einer Sitzung des Rechtsausschusses am 28. November 2022 übermittelt. Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Bündnis 90/Die Grünen und Vorsitzende des Gesundheitsausschusses, gab dem BDP eine umfangreiche Rückmeldung.

In der Resolution des BDP werden beide Themen sowie ein abgewogenes und finanziertes Konzept angesprochen. Suizidprävention und Suizidassistenz beinhalten unterschiedliche Ziele und zu differenzierende Aufgabenstellungen. An dieser Stelle soll zunächst auf das unstrittige Thema der Förderung der Suizidprävention eingegangen werden.

Stärkung der Suizidprävention

Zur Stärkung der Suizidprävention wurde ein gesonderter Antrag von Prof. Dr. Lars Castellucci (SPD), Ansgar Heveling (CDU), Dr. Kirsten Kappert-Gonther u. a. vorgelegt. Der BDP hatte im Kontext des Welttags der Suizidprävention 2022 eine Pressemitteilung herausgegeben und zusammen mit rund 100 anderen Organisa-

tionen einen Brief zur Förderung der Suizidprävention an alle Abgeordneten gezeichnet.

Jeder fünfte Mensch macht in seinem Leben die Erfahrung, das ein nahestehender Mensch Suizid begeht (22 %), und Suizide gehörten in Deutschland mit 9.206 Fällen auch im Jahr 2020 zu den verbreitetsten Todesursachen. (Zum Vergleich: Durch Verkehrsunfälle starben 2020 2.724 Menschen.) Seit 2004 ist die Suizidrate relativ konstant. Die Auftrittshäufigkeit in der Lebenszeit beträgt in Deutschland 9,7 % (international 9,2 %). In allen Altersgruppen sterben deutlich mehr Männer (75 %). Im höheren Lebensalter steigt die Suizidrate besonders stark an.

Der Umgang mit der Erfahrung des Suizids eines nahestehenden Menschen oder mit eigener Suizidalität kann einen Risikofaktor darstellen, aber auch in eine positive Bewältigung und sogenanntes persönliches Wachstum münden.

Im Bereich der Suizidprävention ist zusätzlich zu strukturellen Maßnahmen, z. B. baulicher Art, zum Ausbau von spezialisierten Versorgungsmaßnahmen und von Fortbildungen für Gesundheitsberufe, Lehrkräfte etc. eine Sensibilisierung der Allgemeinbevölkerung erforderlich.

Wesentliche Aspekte in der Suizidprävention sind die Enttabuisierung des Themas und der Abbau kommunikativer Vermeidungsstrategien. Ein niedrigschwelliger Zugang z. B. zu telefonischen Beratungsangeboten ist für alle beteiligten Gruppen, Betroffene und Peers, pflegende Angehörige, Trauernde und gegebenenfalls auch für belastete Menschen aus dem weiteren Umfeld nötig.

Gesetzentwürfe zum »assistierten Suizid«

Bereits im »report psychologie« 6/22 wurde im Artikel »Selbstbestimmtes Sterben« über die Debatte zum assistierten Suizid berichtet. Nun war das Thema auf der Agenda des Rechtsausschusses, und im Nachgang zum genannten Artikel wurden Anträge aus der letzten Legislaturperiode erneut gestellt, sodass derzeit drei Anträge zum assistierten Suizid vorliegen: ein Antrag mit gutachterlichem Ansatz und Verankerung des Themas im Strafrecht und zwei Anträge mit Beratungsansätzen und rechtlichem Anker außerhalb des Strafrechts. Ein Vortrag mit einem Überblick über die Regelungsansätze kann beim BDP-Referat Fachpolitik angefragt werden.

In der Beobachtung der Anhörung im Rechtsausschuss verstärkte sich im Kontext der Fragen, Statements und Reaktionen der Antragstellenden, Expertinnen und Experten sowie der anwesenden MdB beim Autor der Eindruck, dass der Auseinandersetzung eine hohe moralisch-emotionale Aufgeladenheit inhärent ist und sich Positionen zum Teil nahezu unversöhnlich gegenüberstehen.

Diese Polarität drückt sich bereits im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 aus und liegt in der Natur der Sache. Einerseits ist das Recht auf freie Entscheidung ein hohes Gut und Kern des Lebens in einer Demokratie, andererseits ist nicht von der Hand zu weisen, dass eine Entscheidung gegen das Weiterleben regelhaft den Hintergrund einer Notlage hat. Einerseits ist der Schutz des Lebens ein wichtiges Verfassungsgebot, andererseits steht das Recht auf Selbstbestimmung über einer staatlichen Schutzpflicht.

Im Hinblick auf die Selbstbestimmung war der Urteilstenor sehr deutlich und soll daher hier nochmals angeführt werden. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben besteht in jeder Phase menschlicher Existenz und schließt den Anspruch auf Hilfe bei der Selbsttötung durch Dritte, z. B. Ärztinnen und Ärzte, mit ein. Es ist nicht erforderlich, dass eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegt, das Recht gilt davon unabhängig.

Um eine Beihilfe durch professionelle Kräfte rechtlich und ethisch zu legitimieren, sollen drei wesentliche Kriterien erfüllt sein. Das betrifft erstens Urteilsfähigkeit, Informiertheit und Autonomie der Entscheidung. Diese mit dem Begriff »Freiverantwortlichkeit« umschriebenen Aspekte sind unscharf und bedürfen der Operationalisierung. Die beiden weiteren Kriterien sind Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches. Subjektive Werturteile und selbst der Verzicht auf vertiefte Informationen über bestimmte Behandlungs- und Unterstützungsoptionen sollen im Rahmen einer freiverantwortlichen Entscheidung akzeptiert werden. Insofern geht es im Wesentlichen um basale kognitive Kompetenzen und das Feststellen des Fehlens von starken Abhängigkeiten des Sterbewunsches von aktuellen inneren und äußeren Prozessen bzw. von Personen.

Während alltäglich im Kontext der Begriffe »mündige Bürgerinnen/Bürger«, »informierte Entscheidung«, »Geschäftsfähigkeit« etc. die Annahme der »Freiverantwortlichkeit« grundsätzlich prima vista unterstellt wird, kann die Feststellung im Rahmen einer strafbewehrten Suizidassistenz rechtlich und/oder ethisch unklar erscheinen. Für Gesundheitsberufe stellen Haftungsfragen und ethische Unsicherheiten eine besondere und hohe Hürde zur Gewährung von Leistungen dar, sodass die Frage einer Sanktio-

nierung in den Regelungsansätzen einschließlich jeweiliger Folgen für die Strukturen der Versorgung besonderer Aufmerksamkeit bedarf.

In der gesellschaftlichen Debatte scheint es einen nicht kleinen Teil der Bevölkerung zu geben, der die Verfügbarkeit eines assistierten Suizids als Sicherung der persönlichen Autonomie ansieht bzw. als Antwort auf ein Hochaldrigkeitspotenzial und eine medizinische Versorgung mit fortschreitender Lebensverlängerung, die mit Beschwerden, Leiden und Autonomieverlust einhergeht.

Während Befürworterinnen und Befürworter einer eher »unbürokratischen Regelung« das Versterben eines Menschen im Kontext einer freiverantwortlichen Entscheidung als einfache Wahrnehmung der eigenen Rechte und daher nicht als bedauerlich ansehen, sieht ein anderer Teil der Bevölkerung dies regelhaft als Versagen des Systems im Normalfall an. Befürworterinnen und Befürworter einer strengen Regelung argumentieren, dass es einer umfangreichen therapeutischen Unterstützung und einer intensiven Begleitung bei der Entscheidungsfindung und Bewältigung einer suizidalen Notlage bedarf. Der Aufbau einer Infrastruktur, um diesen Prozess abzukürzen, stelle einen Dammbbruch dar, der im Kontext einer entstehenden Angebotsstruktur zu steigender gesellschaftlicher Nahelegung eines Suizids als »einfacher Lösung« führe. Getriggert werde dies durch Pflegenotstand und Versorgungslücken sowie eine zunehmend ökonomisch definierte Gesellschaft.

Fachliche und ethische Reflexionen

Ein gemeinsamer, im Kontext eines Suizidwunsches nicht von der Hand zu weisender Aspekt besteht in einer subjektiv empfundenen Notlage. Allerdings unterscheiden sich die Notlagen bei den Nachfragenden nach assistiertem Suizid von üblichen Ursachen der Suizidalität. Empirische Daten aus anderen Ländern weisen bei der Nachfrage nach assistiertem Suizid vier Gruppen aus. Die erste und größte Gruppe hat eine längerfristige chronische Erkrankung und ist darüber in der Regel sehr gut informiert. Eine etwas kleinere Gruppe besteht aus Menschen mit akuter terminaler Erkrankung. Bei diesen wird in der Regel ohne Beratung keine Hilfe bei einer Kurzschlussentscheidung gewährt. Eine weitere recht kleine Gruppe bilden Menschen mit einer Diagnose früher Demenz (in den Niederlanden 2,5 %), und eine noch kleinere Gruppe äußert den Sterbewunsch im Kontext multimorbider Hochaldrigkeits.

Die im Rahmen der Suizidprävention vorgesehene Beratung mit multidisziplinären Teams einschließlich Schuldnerberatung, Rechtsberatung und Suchtberatung trifft auf die Bedarfe dieser Gruppen eher in geringem Maße zu. Grundsätzlich wurde im Rahmen der Anhörung entsprechend betont, dass die Beratungen zu den beiden Themen unterschiedliche Dinge sind und getrennt werden sollten.

Prävention oder Assistenz?

In fachlicher Hinsicht können sowohl Überschneidungen als auch große Differenzen festgestellt werden. Während Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Ende der Gesundheit einen negativen Endpunkt erreichen, würde der Tod im Rahmen des Ziels »Gewährung eines freiverantwortlichen Suizids« ein positiver Wert sein. Das Ziel »Beendigung der Gesundheit« ist allerdings in Prävention und Versorgung konzeptuell nicht vorgesehen, sondern stellt eher das Gegenteil eines Ziels dar bzw. ein zu vermeidendes Ergebnis.



Fredi Lang ist Mitglied der BDP-Präsidiumskommission »Berufsethik«, Sprecher der »Föderativen Richtlinienkommission Ethik« der Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen und deutscher Repräsentant im »Board of Ethics« des europäischen Dachverbands EFPA.

Dies bedeutet selbstverständlich nicht, dass in Beratungen zu Suizidalität das Selbstbestimmungsrecht der Klientinnen und Klienten übergangen würde, und auch nicht, dass bei Beratung zum assistierten Suizid die Unterstützung des Todeswunsches im Vordergrund stünde. So wie die beiden Verfassungswerte Recht auf Selbstbestimmung und Recht auf Leben als unterschiedliche, aber zugleich legitimierte moralische und gesellschaftliche Werte hierbei in Konflikt geraten, treten sie auch in der gesellschaftlichen Debatte und insbesondere in der individuellen Entscheidung zur Unterstützung oder Verweigerung eines Suizidwunsches in Konflikt zueinander. Während wie oben dargestellt auf der Verfassungsebene die Abwägung eindeutig zugunsten der Selbstbestimmung ausfällt, weisen die Statements aus Berufsgruppen und aus der Versorgungslandschaft eher in eine andere Richtung.

Der im Bundestag erkennbare moralische Konflikt zwischen den Lagern, der sich in schwer überwindbaren Differenzen in den Haltungen und Überzeugungen ausdrückt, spiegelt sich in der Versorgungspraxis wider. So lehnen viele der einschlägigen Fachgesellschaften und Verbände die vorgelegten Regelungsentwürfe ab, und auch im Rahmen der ambulanten und stationären Versorgung werden die Themen »Sterbehilfe« und »Suizidassistenz« als gänzlich getrennte Aufgaben mit sich ausschließenden Haltungen betrachtet. Angesichts der oben genannten Beschreibung der Gruppen, die dieses Angebot nachfragen, stellt sich die Integration des Bedarfs in bestehende Strukturen als große Herausforderung dar.

Gesetzliche Regelungen mit Pflicht zur Beratung/ Begutachtung?

In juristischer Auslegung des Urteils wurde im Rechtsausschuss darauf hingewiesen, dass eine Verpflichtung zur Beratung rechtlich aus dem Unterstützungsgebot resultiert, das sich durch die Notlage ergibt.

Auch und gerade wenn es darum geht, eine freiverantwortliche Entscheidung zu gewährleisten bzw. zu unterstützen, ist es erforderlich, dass die Entscheidungsdimensionen aufgeklärt werden und zu den belastenden Faktoren alle wesentlichen Optionen als solche bekannt sind. Damit wird der Entscheidungshorizont erweitert und dem Unterstützungsgebot entsprochen. Aus ethischer Perspektive ergibt sich diese Position vor dem empirischen Hintergrund, dass viele Menschen mit Wunsch nach Suizidassistenz nach eingehender Aufklärung über mögliche Belastungen und Behandlungsoptionen ihren Wunsch fallen lassen. Insofern scheint grundsätzlich die Perspektive der Beratung zum Leben als angemessene Haltung im Umgang mit dem Wunsch nach Assistenz beim Suizid. Eine gegenteilige Haltung ist bei Gesundheitsdienstleistenden schwer vorstellbar und eine seltene Ausnahme mit potenzieller Störung.

So wie Leben und Tod zusammengehören, scheint es fast auch bei diesen Dienstleistungen zu sein. Die Thematik eines Suizidwunsches tritt in Kontexten der Palliativversorgung und Sterbehilfe sowohl in Krankenhäu-

sern, Hospizen als auch in der ambulanten Pflege auf. Die Beratung zum Umgang mit Ängsten und Belastungen, zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung des Einzelnen und der Befähigung des Familiensystems, die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung im Hinblick auf Behandlungsoptionen etc. sind Alltag in der Palliativpsychologie.

Der BDP vertritt gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativpsychologie (DGP) das Zertifikat »Fachpsychologin/Fachpsychologe Palliativ Care (BDP/DGP)«. Im Rahmen einer Arbeitsgruppe von BDP und DGP wird die weitere Entwicklung des Zertifikats begleitet, und es werden fachliche Weiterentwicklungen diskutiert. Die Beratung zum Suizidwunsch stellt dabei eine besondere fachliche und ethische Herausforderung dar, die nicht alle Fachpsychologinnen und -psychologen gerne annehmen bzw. annehmen können.

Gegebenenfalls kann das Kriterium der Selbstbestimmung im Kontext von Freiverantwortlichkeit im Sinne von Kant eine gemeinsame Basis bieten und für Gesundheitsberufe und ethisch anspruchsvolle Angehörige eine ausreichende Legitimation für die Akzeptanz eines solchen Prozesses darstellen. In diesem Sinne würde Freiverantwortlichkeit nicht nur bedeuten, dass jemand (weitgehend) bewusst und informationell reflektiert nach eigenem »Gusto« entscheidet, sondern dass seine Entscheidung und die Kriterien dazu gegenüber anderen so begründet werden, dass diese prinzipiell nachvollziehbar werden.

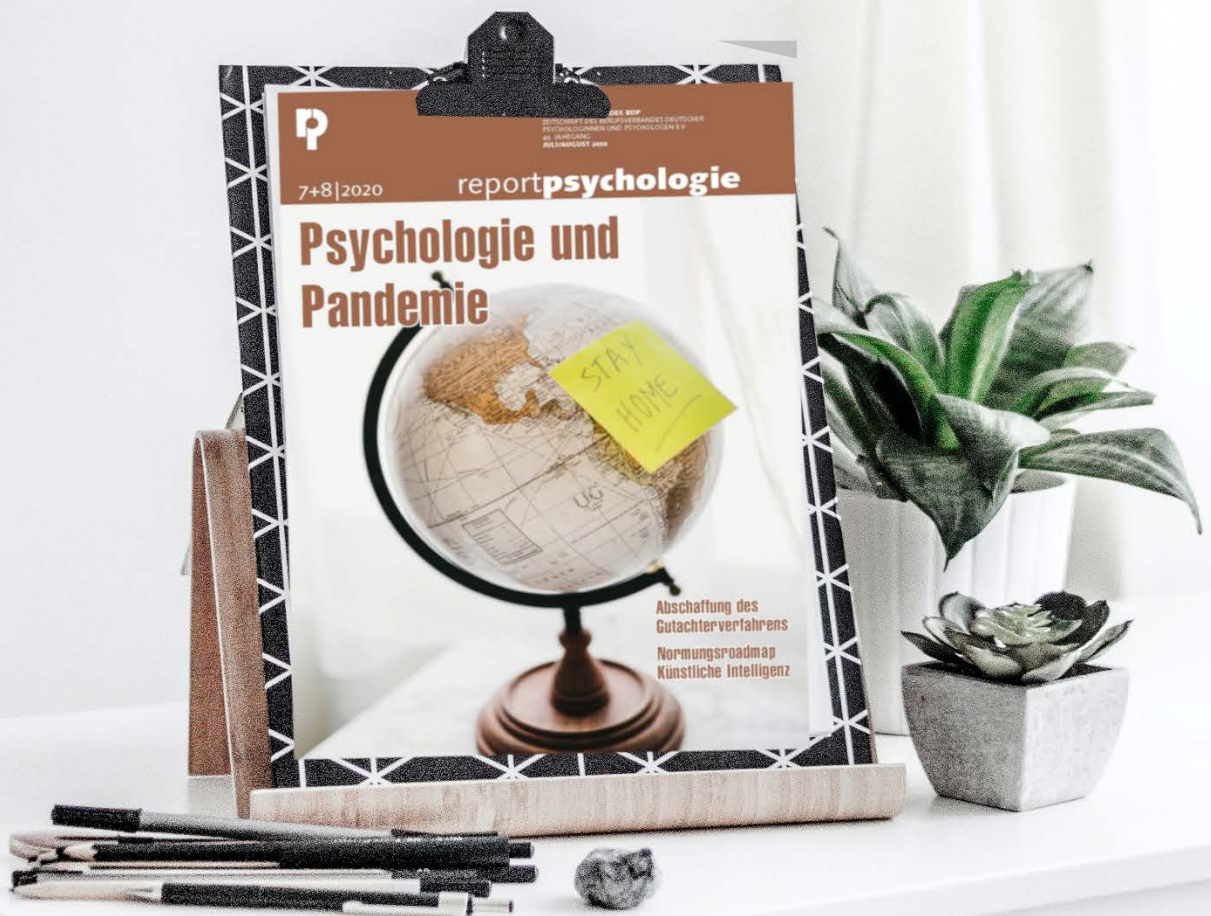
Wie auch immer die Gesetzgebung aussehen wird und unabhängig davon, welche Regelungen beschlossen werden, ist es von hoher Bedeutung, dass der getroffenen Regelung eine hohe Akzeptanz entgegengebracht wird. Der Umgang mit diesem komplexen und schwierigen Thema bringt für alle Beteiligten hohe Belastungen mit sich, und man darf davon ausgehen, dass sich niemand seine Entscheidung leicht macht. Erst die weitere Evaluation der Maßnahmen in Deutschland und in anderen Ländern hat meines Erachtens das Potenzial, eine intensive Versöhnung der moralisch konträren Positionen zu ermöglichen. Für die Ausführenden und die Institutionen, die sich dieser Aufgabe stellen, wird es wichtig sein, Respekt anstatt Verachtung zu erfahren. Der Aspekt der Freiverantwortlichkeit spielt rechtlich bei allen Dienstleistungen mit Kontext Suizidalität eine Rolle, und dies unabhängig von der Anfrage nach Assistenz und einem Begutachtungsauftrag.

Die schwierige Balance und Abwägung im Rahmen der Feststellung der Freiverantwortlichkeit bei der Gewährung von Unterstützung beim Suizid muss anhand von Beratungshilfen und diagnostischen Dimensionen sowie Intervention und Supervision unterstützt werden. Eine erweiterte Arbeitsgruppe aus BDP, DGP und BDP-Untergliederungen hat mit der Ausarbeitung einer Handreichung für Kolleginnen und Kollegen begonnen.

Fredi Lang
Referatsleiter Fach- und Bildungspolitik

reportpsychologie

[Bestellen Sie hier Ihr Probeabonnement](#)



Deutscher
Psychologen
Verlag GmbH

Am Kölnischen Park 2 • 10179 Berlin

verlag@psychologenverlag.de

www.psychologenverlag.de