Dr. Michael Wunder
Fachtag Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Viersen, LVR-Klinik Viersen und Kontakt-Rat-Hilfe Viersen
11.07.2024

Suizidalität und der freie Wille

oder:

Suizid als Möglichkeit der Freiheit ?

Begriffsklärung

Suizid

(sui caedere = sich selbst töten)

Suizidalität

= umfasst alle Gedanken, Impulse und Handlungen, die darauf „abzielen“ das eigene Leben frühzeitig zu beenden und den „natürlichen Prozess“ des Lebens und Ablebens durch aktives Handeln „abzukürzen“. Unter suizidalem Verhalten sind somit Suizidankündigungen (direkte oder indirekte Suizidhinweise, Suiziddrohungen) und Suizidversuche zu verstehen.

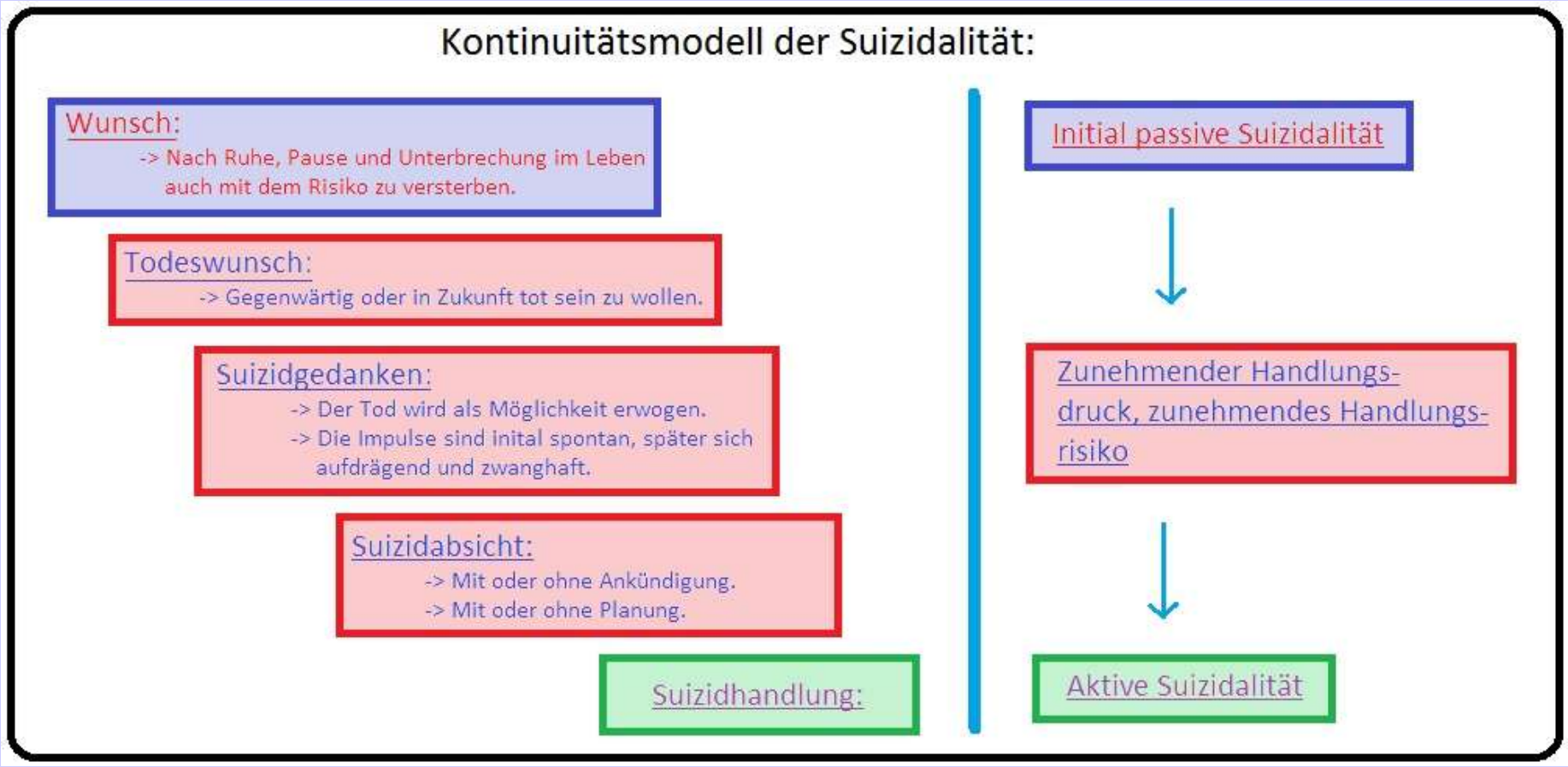
Lebensmüdigkeit

Satt-Sein mit dem Leben, nicht mehr leben wollen

Phasenmodell

Kontinuitätsmodell der Suizidalität

nach Manfred Wolfertsdorf 1996



http://medizin-wissen-online.de/index.php/psychiatrie-menue/61-suizidalitaet/294-stadieneinteilung-der-suizidalen-bzw-der-parasuizidalen-entwicklung

Suizidklassifikation

Klassische Suizideinteilung

in der psychiatrischen Literatur

“Appell-Suizide“ oder „Appell-Suizidversuche“ (Erwin Ringel)
Definition:
Suizidhandlung, die mit einer Folge für die Gesellschaft verbunden wird
(Protest, Aufzeigen von Ungerechtigkeit, auch Folge von Überlastungssituationen und Verzweiflung)

„Bilanz-Suizide“ oder „Bilanz-Suizidversuche“ (Alfred Hoche)
Definition:
Suizidhandlung auf der Basis einer(mehr oder weniger) rationalen Abwägung von Lebensumständen

Heutige Bewertung (Klaus Dörner)
„Appell-“ und „Bilanz-Suizid“ sind eine veraltete Nomenklatur
Viele Suizide oder Suizidversuche enthalten appellierende und bilanzierende Elemente.
Die meisten Suizide sind aber Folge von Not, Verzweiflung und gefühlter Ausweglosigkeit.

Erkenntnisse aus der Suizidforschung

Suizidgedanken oder Suizidversuche entspringen meist nicht einem tatsächlichen Todeswunsch, sondern sind Ausdruck eines „So-nicht-mehr-Leben-Wollens“.

Nachuntersuchungen von Menschen nach einem Suizidversuch ergaben, dass die überwiegende Mehrzahl froh über ihre Rettung ist (85%)

Jede Suizidabsicht und jeder vollzogene Suizid
implizieren einen Schuldvorwurf an das soziale Umfeld
oder werden vom Umfeld so verstanden.

- Besonderheiten in der Trauerarbeit

Jeder vollzogene Suizid betrifft auch andere Menschen, ob direkt oder indirekt (durchschnittlich 4 Menschen, neuere Zahlen gehen von bis zu 135 Menschen aus).

Warnsignale der Betroffenen

- Veränderungen des Äußeren (z.B. dunkle Kleidung)
- Sozialer Rückzug
- Änderungen von wichtigen Gewohnheiten, Vernachlässigung von Ernährung und Körperpflege
- Selbstverletzendes Verhalten (Schnippeln, Ritzen)
- Direktes oder indirektes Ansprechen von Suizidgedanken oder Äußern von Suiziddrohungen
- Krisenhafte Zustände (z.B. Lebensereignisse) mit Auswirkungen auf Stimmung, Schlaf, Verhalten
- Risikoreiches Verhalten
- Verabschiedungen/Verschenken, Briefe mit abschließenden Erklärungen, Testament

Persönliche und gesellschaftliche Risikofaktoren

Persönliche Risikofaktoren

- Alter
- Partnerverlust
- Verluste im Freundeskreises durch Sterben oder Suizid
- mangelnde Zukunftsvorstellungen
- materielle Perspektivlosigkeit

Gesellschaftliche Risikofaktoren

- Kontaktlosigkeit, Vereinsamung
- ungenügende gesundheitliche Versorgung
- mangelnde Behandlung von psychischen Erkrankungen (insbesondere Depression)
- Diskriminierungserfahrungen, Mobbing

Epidemiologie

Verbreitung

Derzeit 100.000 Suizidversuche/Jahr, 9.000 -10.000 Suizide/Jahr

high risk groups

- Menschen mit psychischen Erkrankung (v.a. bei Depression, Schizophrenie, Sucht)
- Menschen mit Suizidalität in der Vorgeschichte
- Menschen in schwierigen, belastenden Lebenssituationen

Zahlen

(nach De Statis, Statistisches Bundesamt)

1980	**18.451 Suizide insgesamt**	**23,6/100.000 Einwohner**
1990	**13.924**	**18,5**
2000	**11.888**	**13,5**
2019	**9.041**	**10,6**
2020	**9.206**	**11,1**

- Frauen zu Männer 1 zu 2,5/3
- Anstieg der Zahlen ab Lebensalter 60
- stärker bei den Männern als bei den Frauen
- in der Altersgruppe der 15-25 Jährigen ist der Suizid die zweithäufigsten Todesursache
- Tod durch Suizid häufiger als durch Verkehrsunfälle, Gewalttaten und illegale Drogen zusammen

Allgemeine Suizidprävention

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention und Nationales Suizidpräventionsprogramm

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Mittel der Suizidprävention:

- Ausbau niedrigschwelliger Beratungs- und Behandlungsangebote
- Fortbildung in den medizinischen und psychosozialen Berufen
  (Früherkennung, Kriseninterventionswissen)
- Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmitteln, Schwererreichbarkeit
  (Waffen, Medikamente, Chemikalien, Absicherung von Bauwerken)
- Gesellschaftliches Klima
  in dem Suizidproblematiken wahr- und ernstgenommen werden
- Keine beschönigende oder „verständnisvolle“ Publizierung vollzogener Suizide
  (Trittfahrereffekte)

BVerfG-Urteils vom 26.02.2020

Bunderverfassungsgericht, Urteil vom 26.2.2020
Leitsätze

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. (Leitsatz 1a)

Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. (Leitsatz 1c)

Der hohe Rang, den die Verfassung der Autonomie und dem Leben beimisst, ist grundsätzlich geeignet, deren effektiven präventiven Schutz auch mit Mitteln des Strafrechts zu rechtfertigen. (Leitsatz 4)

Und :

Aufgrund der verfassungsrechtlichen Anerkennung des Rechts auf Selbsttötung, welche die einem individuellen Suizidentschluss zugrundeliegenden Motive einschließt …verbietet es sich aber, die Zulässigkeit eine Hilfe zur Selbsttötung…vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu machen.(Satz 340)

BVerfG-Urteils vom 26.02.2020

Aus der weiteren gerichtlichen Erläuterung:

„Der Staat hat dafür 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 für die freie Willensbildung und die Willensfreiheit** als Voraussetzungen autonomer Selbstbestimmung über das eigene Leben entgegentreten will."

(BVerfG 26.2.2020, 232)

Der Staat „verfolgt auch insoweit ein legitimes Anliegen, als er verhindern will, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft **als normale Form der Lebensbeendigung** durchsetzt."

(BVerfG 26.2.2020, 233)

Da der **Schutz des Lebens** dem Einzelnen von der Verfassung als nicht rechtfertigungsbedürftiger Selbstzweck zugesagt ist und er auf der unbedingten Anerkennung der Person in ihrer bloßen Existenz beruht, darf und muss der Gesetzgeber aber gesellschaftlichen Einwirkungen wirksam entgegentreten, die als Pressionen wirken können und das Ausschlagen von Suizidangeboten von Seiten Dritter rechtfertigungsbedürftig erscheinen lassen. **Entsprechend kann er Vorkehrungen treffen, dass Personen nicht in schweren Lebenslagen in die Situation gebracht werden, sich mit solchen Angeboten auch nur näher befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen.**

(BVerfG 26.2.2020, 235)

Fragen und mögliche Antworten

Was ist ein „tatsächlich freier“ Wille?

aus Urteil ergeben sich

eine Feststellungspflicht und

der Ausschluss von nicht tatsächlich freien Willensentscheidungen

Wie können Personen in „schweren Lebenslagen“ geschützt werden,
„sich mit solchen Angeboten auch nur näher befassen
oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen“?

aus Urteil ergeben sich

die Pflicht des Staates, ein Schutzkonzept für vulnerable Personen vorzuhalten, z.B.

durch niedrigschwellige Krisenberatung und

eine Erreichbarkeitseinschränkung/ein Werbeverbot für Suizidassistenz

Definition des freien Willens

Juristische Kernaussagen:

Die Willensfreiheit ist eine nur im Ausnahmefall wegfallende Grundeigenschaft des Menschen.

Solche Ausnahmen/Einschränkungen sind

- **seelische Erkrankungen, Bewusstseinsstörungen, kognitive Beeinträchtigungen**
- **Einflussnahme durch Täuschung, Drohung, Druck oder Zwang.**

Ein freier Wille ist die Voraussetzung für die rechtsbeachtliche Einwilligungsfähigkeit, deren Voraussetzungen sind
Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit.

Freier Wille

Definition Einwilligungsfähigkeit

**„Der hohen normativen Bedeutung der Einwilligungsfähigkeit steht entgegen,
dass erhebliche Unsicherheit über die Kriterien für die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit besteht und
die Übereinstimmung der ärztlichen Einschätzungen der Einwilligungsunfähigkeit
bei Fällen im Graubereich sehr gering ist.“**

„Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln
an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten“ (Stand: 02.05.2019)

Voraussetzungen der Einwilligungsfähigkeit

(1) die Bedeutung, Tragweite und die Risiken einer Maßnahme erkennen und verstehen („Einsichtsfähigkeit“)

(2) das Für und Wider abwägen und ein eigenes Urteil bilden („Urteilsfähigkeit“) und

(3) nach dieser Einsicht handeln („Steuerungsfähigkeit“ oder „Handlungsfähigkeit“).

Freier Wille

Überprüfung

Werden Informationen verstanden?

Sind die Informationen adressatengerecht formuliert und erklärt worden? Kann der Betreffende diese mit seinen Mitteln wiedergeben?

Sind die Alternativen bekannt und werden sie nachvollzogen?

Wurden alle Alternativen erläutert? Können diese repetitiert werden?

Werden die verschiedenen Optionen abgewogen?

Können Vor- und Nachteile der verschiedenen Wege benannt werden oder auf Nachfrage angezeigt werden?

Sind die eigenen Werte bewusst, die in die Abwägung eingehen?

Können persönliche Werte, Vorlieben, Erfahrungen, Erlebnisse wiedergegeben und in Verbindung zu den Optionen gebracht werden?

Wird die darauf fußende eigene Entscheidung selbst vertreten?

Ist die Entscheidung ernsthaft und hat längeren zeitlichen Bestand?

Werden die Folgen der Entscheidung und die Verantwortung dafür erkannt?

Frage: ergibt sich daraus eine Gutachtenpflicht?

Kritische Fragen zu den Urteilsfolgen

Suizidbeihilfe ohne Motivbewertung?

Wie sollen Personen in „schweren Lebenslagen“ identifiziert werden, wenn nicht durch „Motivbewertung“?
Wie soll die Lebenslage erforscht und beraten werden, ohne den Grund des Suizidwunschs einer Bewertung zu unterziehen?
Warum soll nicht zwischen lebenslimitierender Erkrankung und sozialer Notlage unterschieden werden?

Schutz, sich verhalten zu müssen, bei breiter Zugänglichkeit?

Wie sollen Personen davor geschützt werden, sich mit Suizidassistenzangebote „auch nur näher befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen“,
wenn nicht durch Einschränkungen der Bekanntmachung und der Zugänglichkeit?
Ein öffentliches Angebot schafft den Zwang, sich verhalten zu müssen.

Erlaubnisgesetz oder Schutzgesetz?

Wie soll der assistierte Suizid als „normale Form der Lebensbeendigung“ verhindert werden,
wenn nicht durch restriktive Zugangsbeschränkung und Werbeverbot und
gleichzeitig niedrigschwelligen Angeboten der suizidpräventiven Krisenintervention?

Mögliche (mit dem BVerfG-Urteil vereinbare) Einzelbestimmungen

- **Überprüfung der Freiverantwortlichkeit (Willensfähigkeit) durch ärztliche oder psychotherapeutische Gutachter oder das übereinstimmende Urteil zweier Fachärzte/Psychotherapeuten**

- **Konstanz des Willens über einen festzulegenden Zeitraum**

(bei lebenslimitierender Erkrankung deutlich kürzer als bei nicht lebenslimitierender Erkrankung)

- **Mindestalter 18 Jahre**

- **obligatorische multiprofessionelle Beratung**

(nicht fokussiert auf Suizid, sondern auf die Krisenbewältigung)

- **strikte Trennung wischen Beratung, Begutachtung und Durchführung**
- **Dokumentation und**
- **Zustimmung einer Ethikkommission**

Gefährdungen

Was ist aber, wenn

… der Suizident plötzlich Angst bekommt und die Medikamente nicht vollständig schluckt?
Nachhelfen oder Retten?

…wenn die Medikamente nicht ausreichend wirken?
Noch mehr medikamente einflößen oder retten?

…wenn der Patient gelähmt ist und der Assistent den Arm führen müsste?
Nur „Erinnerungsunterstützung“ oder „Zuführung durch Armlenkung“?

Institutionelle Strategien

Gesetzliche Festschreibung des Rechts auf Suizidassistenz ?
Was tun in meiner Institution?

1. Diskussionsprozess in der Institution starten
   Fachkomitee/Fachkommission einberufen

2. Erarbeitung von Grundsätzen und/oder einer
   Leitlinie zum Umgang mit Suizid und Suizidwünschen

3. Erarbeitung einer Handreichung für Mitarbeitende
   Verhaltensregeln und Ablaufplan

Institutionelle Strategien

Diskussionsprozess in der Institution starten

- **Auftaktveranstaltung** für alle
- **Bildung einer Kommission**,

in der die verschiedenen Professionen und Ebenen der Institution vertreten sind,
ggf. unter externer Anleitung

Aufgabe der Kommission

nach Aneignung von Wissen über Suizidwünsche, Sterbehilfe und Rechtslage:

- **Leitlinie/Grundsätze zum Umgang mit Suizid und Suizidwünschen**
- **Handreichung für Mitarbeitende**
- **Verfahrensklärung bei Suizidwünschen**

von Bewohner*innen, Klient*innen, Patient*innen

Institutionelle Strategien

Erarbeitung
Leitlinie/Grundsätze zum Umgang mit Suizid und Suizidwünschen

Benennung von Dilemmata

Widersprüche zum Recht auf Suizidassistenz:
Berufsethos, Weltanschauungsgebundenheit des Trägers,
historische Verantwortung, Selbstverständnis der Institution

Grundhaltung der Institution:
Suizidbeihilfe gehört/gehört nicht zu eigenen Leistungsspektrum

Entscheidung

Menschen mit Suizidassistenzwunsch werden
(nach Erstberatung und Feststellung der Unabänderlichkeit und Ernsthaftigkeit des Wunsches)

- aus der Institution oder der ambulanten Betreuung ausgeschlossen
- in der Institution, in der fortbestehender ambulanten Dienstleistung begleitet
  (bei Nutzung institutionsfremder Dienste für die Suizuidassistenz)
- in der Institution mit einem eigenen Suizidbeihilfeangebot versorgt

Exkurs

Besonderer Klärungsbedarf: Umgang mit Diensten von außen

Mögliche Regeln für Anbieter von Suizidassistenz in Heimen, Wohnanlagen, Kliniken etc., die die Suizidassistenz nicht selbst anbieten:

1. Die für die Durchführung verantwortlichen Mitarbeitenden des Anbieters stellen sich der Einrichtungsleitung vorab persönlich vor.
2. Der Anbieter gibt der Einrichtungsleitung Datum und Uhrzeit der Durchführung der Suizidassistenz vorab bekannt.
3. Der Anbieter stellt der Einrichtungsleitung vorab das von dem/der betreffenden Klient*in unterzeichnete Formular als Duplikat zur Verfügung, das die freiwillentliche Beauftragung des Sterbehilfevereins bzw. der externen ärztlichen Person mit der Durchführung der Suizidbeihilfe dokumentiert.
4. Die für die Durchführung verantwortlichen Mitarbeitenden des Anbieters melden sich am Tag der Durchführung der Suizidassistenz bei Betreten der Einrichtung bei der entsprechenden Einrichtungsleitung.
5. Die für die Durchführung verantwortlichen Mitarbeitenden des Anbieters verbleiben während der Durchführung der Suizidassistenz bis zum eingetretenen Tod der suizidassistenz-wünschenden Person am Ort der Durchführung.

Institutionelle Strategien

Erarbeitung einer Handreichung für Mitarbeitende

Hilfen für das Erstgespräch,
wenn der Wunsch nach Suizid/Suizidbeihilfe geäußert wird

Aber: der Umgang mit einem Wunsch nach Suizidassistenz ist keine Sache für Einzelkämpfer, immer Teamsache.

Verhaltensrichtlinie und klarer Ablaufplan

Meldung an den Vorgesetzten, Teamsitzung, Anrufen einer dafür eingerichteten Beratungs- oder Ethikkommission, Fallbesprechung mit dem Team, Supervisionsangebot

Fortlaufende Gespräche mit dem/der Suizid wünschenden Person

Entscheidung: wer macht es und welche Hilfen braucht er/sie?

Liste der inner- und außerbetrieblichen Hilfeangebote/Ansprechpartner*innen für Mitarbeitende wie Betroffene

(einschl. Fachkräfte für gesundheitliche Versorgungsplanung SGB V, §132g)

Liste einschlägiger Fort- und Weiterbildungsangebote

Kommunikationsregeln für den Umgang mit Suizidwünschen

Zuhören, nicht bewerten (auch kein „das verstehe ich gut“)

Im Kontakt bleiben durch Gespräch

- Fragen nach den Gründen für den Todeswunsch
- Fragen nach Gründen für das Leben,
- Fragen Sie nach dem Leben, wie das aussehen könnte, wenn die jetzige Krise überwunden wäre?
- Fragen nach Erinnerungen, wie frühere Krisen überwunden wurden?
- Welche Gründe könnte es für das Leben geben?

Ein Beispiel aus Belgien:

„Frau B. leidet an Leberkrebs mit Metastasen in den Knochen und in der Lunge. Sie beklagt sich regelmäßig gegenüber dem begleitenden Arzt über ihr schwieriges Eheleben mit einem Mann, der Alkoholiker ist und gewalttätig. Außerdem leidet sie darunter, ihre beiden 25- und 27-jährigen Töchter nicht mehr zu sehen, die sie nie besuchen. Nach mehreren Begegnungen, bei denen der begleitende Arzt angesichts des großen Leids dieser Patientin ratlos zu sein scheint, erlaubt er sich, sie eines Tages mit folgenden Worten anzusprechen: In Anbetracht dessen, dass ihr Krebs sich im Endstadium befindet und angesichts Ihrer familiären Situation, meinen Sie nicht, dass Sterbehilfe für Sie die am wenigsten schlechte Lösung sein könnte?“

Die Patientin bricht in Tränen aus, und der Arzt merkt, welch großen Fehler er gemacht hat…“

Eric Vermeer (2019, dt. Übersetzung 2022), Das Syndrom der schiefen Ebenen, in: Devos, Timothy (Hg.), Sterbehilfe in Belgien, Psychosozial-Verlag Gießen.

ENDE

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit