

„Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“

Ein Interview mit Priv. Doz. Dr. Ute Lewitzka,
Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention,
zum BVerfG-Urteil über das Verbot der geschäftsmäßigen För-
derung von Selbsttötung



Auf einen Blick

Im Jahr 2015 trat § 217 des Strafgesetzbuches (StGB) in Kraft, mit dem die „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ unter Strafe gestellt wurde. Damit wurde die organisierte, auf Wiederholung angelegte Suizidbeihilfe, etwa durch sogenannte Sterbehilfeorganisationen und einzelne Sterbehelfer, in Deutschland verboten.

Mit Urteil vom 26. Februar 2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) § 217 StGB für verfassungswidrig und nichtig. Das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe schränke die Selbstbestimmung des Menschen in unzulässiger Weise ein.

Im folgenden Interview wird das BVerfG-Urteil aus Sicht der Suizidprävention reflektiert. Es wird der Frage nachgegangen, was Menschen zur Selbsttötung bewegt und wie ihnen geholfen werden kann. Sterbewünsche und die dahinterstehenden Motive werden aus psychologischer Sicht beleuchtet. Die Probleme bzgl. der Authentizität von Suizidwünschen werden verdeutlicht.

Gesellschaftlich stellt sich die Aufgabe, Leid, Sterben und Tod nicht auszublenden und Diskussionen über ein gutes Leben und Sterben bewusst zu führen. Vorrangige politische Aufgabe ist es, die Angebote der Suizidprävention und Palliativmedizin weiter auszubauen, um Menschen in existentiellen Krisen helfen zu können.

Interview

Das Bundesverfassungsgericht hat das im § 217 StGB geregelte Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe für verfassungswidrig und nichtig erklärt. Wie bewerten Sie das BVerfG-Urteil und seine Folgen?

Dr. Ute Lewitzka: Aus Sicht des BVerfG gab es gute Gründe für eine solche Entscheidung, da der frühere Gesetzestext des § 217 mehrere Unklarheiten bzw. Unsicherheiten hervorgerufen hat. Aus suizidologischer Perspektive ist die Aufhebung dieses Paragraphen jedoch sehr problematisch.

Eine differenzierte Diskussion in der Bevölkerung, aber auch in den helfenden Berufen ist meiner Erfahrung nach nicht einfach. Die meisten Menschen diskutieren das Thema im Kontext schwerer, unheilbarer körperlicher Erkrankungen. Dabei wird außer Acht gelassen, dass bis zu 90 Prozent der Menschen, die durch Suizid sterben, an einer psychischen Erkrankung litten.

Wir müssen uns fragen, wie man sicherstellt, dass der Wunsch nach Suizidassistenz wirklich ein freier Wunsch ist und nicht im Kontext bzw. beeinflusst von einer psychischen Erkrankung entsteht. Das heißt natürlich nicht, dass psychische Erkrankungen per se zu einer Einschränkung des freien Willens führen. Doch wer verfügt über die Kompetenz, das zu beurteilen?

Auch müssen wir konstatieren, dass man es seit der Schaffung des § 217 versäumt hat, die Präventions- und Aufklärungsarbeit zum Thema Tod und Sterben voranzutreiben. Die Menschen müssen zunächst einmal wissen und sich sicher sein, dass es im Falle einer schweren körperlichen Erkrankung palliative Hilfe gibt und dass sie verfügbar ist. Dass in den allermeisten Fällen ein Annehmen einer Erkrankung, eine Begleitung des Sterbens in Würde möglich ist.

Sie erwähnten „Unklarheiten bzw. Unsicherheiten“ im bisherigen § 217. Was meinen Sie damit?

Dr. Ute Lewitzka: Der bisherige § 217 verbot die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung und bedrohte eine Person, die die Absicht hatte, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, mit Strafe. Der Begriff „geschäftsmäßig“ war in diesem Zusammenhang nicht allein mit einem monetären Ziel belegt, sondern die Wiederholung selbst konnte schon als geschäftsmäßig und damit strafbar eingeordnet werden. Hinzu kam, dass einzelne Ärztekammern die ärztlichen Berufsordnungen geändert hatten. In einigen heißt es: „Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“, in anderen „Ärzte sollen keine Hilfe leisten“. Auch das hat für Unklarheiten gesorgt. Insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die in der Palliativmedizin tätig waren, fühlten sich durch diese Neuregelungen massiv verunsichert: Sie mussten befürchten, dass sie sich strafbar machen, wenn ihr Handeln, welches das Ziel hat, ein Leiden, wie z. B. Schmerzen, zu lindern, ein früheres Versterben eines schwerkranken Menschen zur Folge hat.

Dieses Gesetz war der Versuch – aus einem sehr überlegten und wichtigen Grund –, die Förderung von Sterbehilfevereinen und ähnlichen Organisationen zu verhindern. Doch ein einziges Gesetz kann einen so komplexen Sachverhalt nicht regeln.

Auf das BVerfG-Urteil sollte also vor allem mit einer gesellschaftsweiten Diskussion reagiert werden. Wie kann man das notwendige Niveau sichern? Und wie kann man verhindern, dass in unreflektierter Weise Sterbehilfeorganisationen, organisierter Suizidbeihilfe und sogar aktiver Sterbehilfe das Wort geredet wird? Also: Wie kann Aufklärung zu einem solchen schwierigen Thema gelingen?

Dr. Ute Lewitzka: Indem man dafür sorgt, dass alle Beteiligten in den Medien vertreten sind (Palliativ- und Hospizmitarbeiter/Psychiater/Juristen/Ethiker/Angehörige/weitere Beteiligte). Es ist schon erstaunlich, wie selten beispielsweise Psychiaterinnen und Psychiater zu Wort kommen, haben sie doch mit der größten Gruppe von Menschen zu tun, die sich das Leben nehmen wollen. Es gab praktisch nie eine Differenzierung in psychische und körperliche Erkrankungen. In den öffentlichen Diskussionen ging es immer nur um die klare Befürwortung – vermittelt durch dramatische, schwere Krankheitsfälle – oder um eine klare Ablehnung, dies jedoch „nur“ aus der ethisch-moralischen Perspektive. Die Möglichkeiten der Palliativmedizin, das Schildern eines „guten“ Sterbens mithilfe einer palliativmedizinischen Behandlung waren kaum in den Medien vorhanden. Und auch nicht, wie Hausärztinnen und Hausärzte schwerkranke Menschen begleitet haben und ihnen bei einem würdevollen Sterben beistehen konnten.

Mir fehlt an dieser Stelle auch der andere Blick auf die Sterbehilfevereine: Ärztlich assistierter Suizid wird oft mit einem Ende ohne Leiden begründet. Komplikationen oder Probleme werden nie erwähnt. Doch die gibt es. Wie es sich anfühlt, irgendwo hinzufahren, in einem anonymen Zimmer im Bett zu liegen und einen „Cocktail“ zu trinken – da gibt es sicher sehr unterschiedliche Perspektiven.

In Deutschland gibt es jährlich ca. 10.000 Suizide. Aus welchen Gründen wollen Menschen aus dem Leben scheiden? Wie stark ist der Wunsch nach Suizidassistenz?

Dr. Ute Lewitzka: Wir wissen, dass bei der Mehrheit der Betroffenen, die sich das Leben nehmen, eine psychische Erkrankung vorliegt. Auslöser können aber auch Krisenzustände, Verluste und Kränkungen sein, die bei eingeschränkter Problemlösefähigkeit und verschiedenen anderen Einflussfaktoren (z. B. durch Alkohol) zum Suizidentschluss und der Umsetzung beitragen.

Wir wissen auf der anderen Seite, dass Menschen, die mit einer schweren körperlichen Erkrankung konfrontiert werden, häufig zu Beginn der Erkrankung Suizidgedanken äußern, im Verlauf jedoch oft um ihr Leben kämpfen. Es bedarf hier einer sehr differenzierten Betrachtung jedes einzelnen Falles, der Art der Erkrankung und weiterer Umstände, die meines Erachtens nur schwer in einem einzigen Gesetz zu verankern sind.

Risikofaktoren für Suizidalität sind gut untersucht und bieten die Möglichkeit für Präventionsmaßnahmen. Ich bin jedoch immer wieder mit Sichtweisen konfrontiert, von denen wir wissen, dass sie nicht haltbar sind. Dass jemand, der sich das Leben nehmen will, es sowieso irgendwann tut – auch wenn wir ihm helfen. Oder, dass, wenn bspw. eine Brücke gesichert wird, er es woanders tun wird. Das alles sind Mythen, die noch immer in den Köpfen, selbst von professionellen Helfern, rumgeistern.

Den Wunsch nach Suizidassistenten haben auch Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere im geriatrischen Bereich. Gerade hier ist aber besondere Vorsicht angezeigt. Man muss genau schauen, was hinter diesem Wunsch steht. Vielfach ist es der Wunsch, nicht mehr so weiterleben zu wollen, die Angst, Angehörige zu belasten, Schmerzen oder andere körperliche Einschränkungen zu erleiden. Was sagt das über unsere Gesellschaft aus, wenn wir statt aufzuklären, die Versorgung in Alten- und Pflegeheimen zu verbessern und die Palliativmedizin auszubauen, den ärztlich assistierten Suizid legalisieren und damit die Verantwortung abgeben?

Das BVerfG betont in seinem jüngsten Urteil die Autonomie des Menschen und das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben. Von „einem freien Willen [könnte aber] nur dann ausgegangen werden, wenn der Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, von einer gewissen ‚Dauerhaftigkeit‘ und ‚inneren Festigkeit‘ getragen“ sei. Wie autonom können Menschen über ihr Sterben entscheiden? Wie steht es mit der „Dauerhaftigkeit“ von Sterbewünschen und der „inneren Festigkeit“ von Sterbewilligen?

Dr. Ute Lewitzka: Das BVerfG hat in seinem Urteil ein sehr allgemeines Konzept von Autonomie zugrunde gelegt. Theoretisch kann danach jeder Mensch frei und unabhängig über sich, sein Leben und auch sein Sterben entscheiden. Außer Acht gelassen werden jedoch äußere Einflüsse, die etwa durch Beziehungen vermittelt und die für die Selbstbestimmung maßgeblich sind. Wir sprechen von einer relationalen Autonomie: Jeder Mensch interagiert mit seiner Umwelt – in dieser Interaktion zeigt sich seine Autonomie auch erst. Wie stark diese äußeren Faktoren beim Wunsch zu sterben von Bedeutung sind, ist schwer zu fassen. Hinzu kommt, dass jede noch so autonom getroffene Entscheidung eines Individuums, Auswirkungen auf andere Menschen hat.

Was die Dauerhaftigkeit betrifft, müssen wir berücksichtigen, dass unter krisenhaften Umständen – der Erfahrung schwerer körperlicher Erkrankung, schwerer psychischer Belastungen bzw. Störungen – der Prozess der Rekonvaleszenz, der Trauer oder die therapeutische Beeinflussung längere Zeiträume umfassen kann. Aus der klinischen Erfahrung wissen wir, dass einige psychische Erkrankungen viele Monate der Behandlung bedürfen, bevor Besserungen eintreten. Es mag Einzelfälle geben, bei denen die „Dauerhaftigkeit“ des Sterbewunsches nach wenigen Wochen sicher scheint, doch in der Regel reicht diese Zeit nicht. Aus meiner Erfahrung braucht es mehrere, im Verlauf von Monaten anzusetzende „Prüfungen“, immer mit dem Gedanken verbunden, dass die Umsetzung eines solchen Wunsches unumkehrbar ist.

Wenn es künftig, dem BVerfG folgend, in irgendeiner Form geschäftsmäßige Suizid-beihilfe geben sollte, müsste sichergestellt werden, dass der Wunsch, vorzeitig aus dem Leben zu scheiden, tatsächlich frei gefasst wird und nicht etwa aufgrund einer psychischen Erkrankung. Wer sollte das beurteilen? Wie könnte ein solches Begutachtungsverfahren gestaltet werden?

Dr. Ute Lewitzka: Das ist ein großes Problem, denn die Psychiater sehen die Gefahr, dass ihre Berufsgruppe indirekt zum „Entscheider“ werden könnte. Es wird befürchtet, dass der Weg in den Suizid „nur“ über das Einholen eines psychiatrischen Gutachtens ermöglicht wird.

Es gibt allerdings auch nur wenige Berufsgruppen, die die Freiverantwortlichkeit des Handelns einer Person differenziert beurteilen können. Im Fall von organischen Erkrankungen sind das die Palliativmediziner und Neurologen, die Erfahrungen mit beispielsweise neurodegenerativen Erkrankungen wie der ALS haben.

Auf jeden Fall bedarf es einer langjährigen, sehr breiten klinischen Erfahrung, in der Regel einer wiederholten Verlaufsbeurteilung und weiterer Informationen (z. B. aus dem Lebensumfeld), um festzustellen, ob begründete Zweifel in der Freiverantwortlichkeit nicht auszuschließen sind.

Wie man ein solches Begutachtungsverfahren gestaltet, ist derzeit noch schwer zu sagen. Weitgehender Konsens besteht darüber, dass es über einen längeren Zeitabschnitt verlaufen muss (insbesondere dann, wenn psychische Erkrankungen eine Rolle spielen). Der Begutachtungsprozess muss in mehreren Etappen und von mindestens zwei unabhängigen, dafür geeigneten Medizinerinnen bzw. Medizinern geführt werden. Die eigentliche Entscheidung müsste konsequenterweise von einem Gericht gefällt werden. So wie es heutzutage üblich ist, wenn wir „nur“ mit dem Sachverhalt einer Unterbringung oder Zwangsbehandlung konfrontiert sind. Auch hier stellt die Psychiaterin bzw. der Psychiater die Indikation und muss die Maßnahme begründen, das Gericht hat letztlich die Entscheidungsgewalt.

Ein weiterer wichtiger Baustein in diesem Prozess ist die Beratung. Sie sollte nicht nur einseitig auf die Möglichkeiten palliativmedizinischer Versorgung bei körperlichen Erkrankungen ausgerichtet sein, sondern muss alle weiteren Unterstützungsmöglichkeiten bis hin zur psychotherapeutischen Begleitung im Sinne der Lebensbejahung einschließen. Wie kann man, trotz einer körperlichen und/oder psychischen Erkrankung, ein Weiterleben ermöglichen – mit allem, was an Schmerzen und Leid dazu gehören würde? Wir brauchen vor allem die Zeit zu erfahren, was die dahinterstehenden Motive für den Suizidwunsch sind. Wenn man sich mit Betroffenen in Ruhe und mehrfach unterhält, werden sie oft klarer: die Angst, Schmerzen zu erleiden, die Würde zu verlieren, nicht mehr autonom handeln zu können. Was brauchen Betroffene, um genau diese Bedingungen annehmen zu können? All das sollte geklärt, besprochen, abgewogen sein; andere Wege müssen aufgezeigt werden. Dafür braucht es Kompetenz über Suizidalität. Es muss dafür Sorge getragen werden, dass Personen, die solche Begutachtungen bzw. auch Beratungen durchführen, über das dafür notwendige Wissen verfügen.

Wie sollte angemessen mit Suizidwünschen umgegangen werden? Was kann Suizidprävention leisten? Wie kann ihre Leistungsfähigkeit weiter verbessert werden?

Dr. Ute Lewitzka: Die wichtigste Aussage ist: Suizidprävention ist möglich und sollte gestärkt werden. Natürlich ist jeder Mensch mit dem Wunsch nach Suizid in seinem Leid, seinem Schmerz, seinen Erfahrungen zunächst einmal an- und ernst zu nehmen – vorbehaltlos und

wertfrei. Es muss geschaut werden, welche Ursachen dahinterstecken. Handelt es sich um körperliche, um psychische Erkrankungen, sind es Lebensereignisse, die dazu beitragen? Nun gilt es, genau diese Person zu begleiten, zu stützen und für sie da zu sein, gegebenenfalls eine Behandlung zu ermöglichen. Dafür bedarf es nicht immer einer stationären Behandlung, vielmehr sind ambulante Versorgungsmöglichkeiten, aber vor allem auch die niedrigschwelligen Angebote wichtig. Gerade Letztere müssen ausgebaut werden.

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine weitere Förderung einer qualifizierten, umfassenden, nicht stigmatisierenden psychiatrisch, psychotherapeutischen bzw. sozialen Behandlung vonnöten. Die sprechende Medizin (auch im Hausarztbereich) muss aufgewertet werden. Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen müssen regelmäßig geschult werden, und die bestehenden Versorgungsstrukturen (insbesondere für die Gruppen der jüngeren bzw. älteren Menschen) müssen verändert werden. Und es braucht neue Ansätze, psychisch kranke Menschen in unserer Gesellschaft zu integrieren.

Für Menschen mit körperlichen Erkrankungen bedarf es vor allem der Aufklärung über die Palliativ- und Hospizarbeit und des Ausbaus und der Stärkung dieser Angebote. Wir müssen wieder lernen, dass der Tod zum Leben gehört und nicht anonym in einem Krankenhaus oder in einem Sterbehilfverein stattfindet.

Medizin kann viel ermöglichen, aber ist es ethisch vertretbar, die Grenzen immer weiter zu verschieben, zumal dann, wenn es allein der „Optimierung“ dient? Wir brauchen den öffentlichen Diskurs darüber. Und wir müssen mit einer präventiven Begleitung im Kindes- und Jugendalter beginnen. Wenn Kinder lernen, dass es normal ist, seelische Probleme zu haben, wenn sie wissen, worauf sie bei ihren Mitschülerinnen und Mitschülern achten können und – ganz wichtig – wo sie Hilfe erhalten, wird dieses Wissen nicht nur die Gesundheitskompetenz stärken, sondern auch zur langfristigen Entstigmatisierung und damit zur Prävention beitragen. Es reicht nicht nur, diese Themen in die Lehrpläne aufzunehmen, genauso wichtig ist es, die Lehrerinnen und Lehrer in ihren Kompetenzen zu stärken.

Für Menschen, die sich in einer Krise befinden, bedarf es niedrigschwelliger Hilfsangebote. Deutschlandweit muss es Krisendienste geben, die die Menschen auch außerhalb von Ambulanzsprechstunden versorgen und sie, wenn nötig, auch aufsuchen. Viele andere Länder machen uns vor, dass Suizidprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und Verantwortung ist und vom Staat entsprechend gefördert wird. In Deutschland arbeiten viele Engagierte, z. B. in der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention oder im Nationalen Suizidpräventionsprogramm, in Selbsthilfegruppen wie der AGUS, in Kriseninterventionsteams. Sie tun das fast alle ehrenamtlich.

Sie plädieren also für eine an den Problemen des Menschen orientierten „Lebenshilfe“ statt organisierter „Suizidbeihilfe“?

Dr. Ute Lewitzka: Absolut. Ärztliches Handeln sollte davon bestimmt sein, beim Leben zu helfen. Für Menschen, die aufgrund einer schweren Erkrankung sterben müssen, ist medizinisches Handeln weiter auf das Lindern von Leiden ausgerichtet. In der heutigen Hochleistungsmedizin wird häufig vergessen, was es heißt, Beistand zu leisten. Wir haben inzwischen in der Medizin sehr viele technische Möglichkeiten. Man muss sie kennen und beherrschen, und die Menschen müssen den Mut haben, diese Hilfe zuzulassen. Hier können alle Beteiligte (vom Angehörigen bis zum Sozialarbeiter) unterstützen. Wir sollten das Sterben nicht „optimieren“. Den Wert des Lebens verstehen wir nur, wenn wir das Sterben annehmen können.

Halten Sie es für falsch, dass in Deutschland Suizidbeihilfe nicht generell verboten ist?

Dr. Ute Lewitzka: Ich halte Sterbehilfevereine und den von ihnen suggerierten Weg des „einfachen Ablebens“ für falsch. Ich glaube, dass jeder Mensch das Recht hat, gut zu sterben. Wenn ihn Palliativmediziner oder der langjährige Hausarzt begleiten, Schmerzen lindern und der Tod dadurch möglicherweise früher eintritt, ist das der bessere Weg, als Menschen fließbandartig in einer Einrichtung verschwinden zu sehen. Das weckt in mir düstere Phantasien. Wir müssen weiter aufklären und entstigmatisieren (vor allem Menschen mit psychischen Erkrankungen). Wir brauchen eine flächendeckende Palliativ- und Hospizversorgung und ein differenzierteres Umgehen mit diesem Thema in den Medien.

Ein völliges Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe ist aufgrund des BVerfG-Urteils nicht mehr möglich. Wie sollte Ihrer Meinung nach eine neue Regelung gestaltet werden? Was sind Ihre Empfehlungen an den Gesetzgeber?

Dr. Ute Lewitzka: Meine Empfehlung ist vor allem, nicht zu schnell neue Gesetze zu schaffen, sondern zunächst mit den Menschen, die mit diesem Thema konfrontiert sind, ins Gespräch zu kommen. Sehr viele Verbände und Gruppierungen haben nach dem Urteil Stellungnahmen abgegeben. Hier sind bereits viele wichtige Gesichtspunkte diskutiert und Lösungsmöglichkeiten gesucht worden.

Natürlich könnte der Gesetzgeber darüber nachdenken, den § 217 zu reformieren. Auch dies wäre aus meiner Sicht ein gangbarer Weg. Wenn das nicht möglich oder gewünscht ist, braucht es eine sehr differenzierte Ausarbeitung von Regeln und Gesetzen bis hin zu der Klärung von Verantwortlichkeiten.

Wir beobachten, was in den anderen Ländern, die zunächst „nur“ die organisierte Suizidassistenz legalisiert haben, in den vergangenen Jahren geschehen ist: Es gab einen Dammbruch und bestimmte Regularien wurden immer weiter aufgeweicht. Heute ist sogar das Töten auf Verlangen, auch aktive Sterbehilfe genannt, in einigen Ländern (Belgien, Luxemburg, Niederlande) möglich. Dies muss der Gesetzgeber mit allen Mitteln verhindern. Der Staat sollte immer den Schutz in den Vordergrund stellen und über Prävention ein gutes Leben und Sterben ermöglichen.

Das Interview führte Dr. Norbert Arnold im Juli 2020.



© Roger Günther

Priv. Doz. Dr. Ute Lewitzka

Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiterin der AG Suizidforschung, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Dresden

Weitere Informationen unter:

<https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/psy/forschung-und-lehre-1/forschungsbereiche-1/forschungsbereich-suizidpraevention>

<https://www.suizidprophylaxe.de/>

Ansprechpartner

Dr. Norbert Arnold

Wissenschaft, Technologie und Ethik

Analyse und Beratung

norbert.arnold@kas.de

Impressum

Herausgeberin:

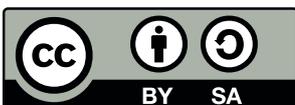
Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. 2020, Berlin

Titelbild: © unsplash/Sasha Freemind

Gestaltung und Satz: yellow too Pasiiek Horntrich GbR

Lektorat: Jenny Kahlert

ISBN 978-3-95721-733-2



Der Text dieser Publikation ist lizenziert unter den Bedingungen von „Creative Commons Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 international“, CC BY-SA 4.0 (abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.de>).