Deutscher Bundestag **Drucksache 20/[…]**

20. Wahlperiode [Datum]

Antrag

der Abgeordneten Prof. Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Stephan Pilsinger, Benjamin Strasser und Kathrin Vogler, sowie Heike Baehrens, Kerstin Griese, Hermann Gröhe, Hubertus Heil, Pascal Kober, Dr. Konstantin von Notz, Thomas Rachel, Claudia Roth, Bettina Stark-Watzinger

Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen

I. Der Bundestag stellt fest:

In Deutschland nehmen sich jedes Jahr mehr als 9.000 Personen das Leben. Damit sterben hier fast dreimal so viele Menschen durch Suizid wie durch Straßenverkehrsunfälle (vgl. https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/bevoelkerung-arbeit-soziales/gesundheit/Suizid.html). Die Zahl der Suizidversuche liegt geschätzt zehnmal so hoch (vgl. Lindner et al. für das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Offener Brief an BM J. Spahn: Zur möglichen Neuregelung der Suizidassistenz. Online-Dokument: https://www.naspro.de/dl/2020-NaSPro-AssistierterSuizid-Spahn.pdf, September 2020). Etwa 90 Prozent der Suizide stehen in Verbindung mit einer psychischen Erkrankung, wobei nicht jeder Suizidgedanke als Krankheitssymptom definiert werden kann. Auch gesellschaftliche und psychosoziale Faktoren spielen eine wesentliche Rolle (vgl. Brieger et al., Wer nimmt sich das Leben? Ergebnisse einer psychologischen Autopsiestudie im Allgäu basierend auf Polizeiakten, 2020 oder Wolfersdorf, Etzersdorfer, Suizid und Suizidprävention, 2021). Eine besondere und zunehmende Bedeutung in der Diskussion um Krankheit und Motiv der Selbsttötung kommt der Demenz zu, in deren Verlauf häufig die Antizipation des Krankheitsgeschehens (Angst vor der Entwicklung der Krankheit) eine große Rolle für Suizidgedanken spielt (vgl. Kruse 2020, Veranstaltung Deutscher Ethikrat), Ähnliches gilt für die Erstdiagnose anderer schwerer Erkrankungen.

Mit dem Urteil vom 26. Februar 2020 (2 BvR 2347/15 u. a.) hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, auch die Freiheit umfasst, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und diese Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. Je nach gesetzlicher Ausgestaltung von Schutzkonzepten mit prozeduralen Sicherungsmechanismen als Voraussetzung zur Durchführung eines assistierten Suizids ist von einem Anstieg oder möglicherweise sogar deutlichen Anstieg assistierter Suizide auszugehen (vgl. https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/hat-die-praevention-ausgedient-17216846.html; s. auch BVerfG Rn. 251 ff). Erfahrungswerte aus anderen Ländern deuten darauf hin, dass mit dem Angebot der Suizidassistenz auch die Nachfrage steigt. So verzeichnete z. B. die zuständige Kommission in Belgien 2019 im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme um 12,5 Prozent auf 2.655 Fälle des assistierten Suizids bzw. der Tötung

auf Verlangen. Daten der OECD-Staaten (https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm) zeigen zudem, dass die Niederlande (10,6 Suizide pro 100.000 Personen), Schweiz (11,2) und Belgien (15,9) – Staaten, in denen Suizidassistenz seit Jahren durchgeführt wird – höhere Suizidraten aufweisen als Deutschland (9,5). Ein paralleler Anstieg von Suiziden mit und ohne Assistenz kann darauf zurückgeführt werden, dass Gruppen, die ansonsten keine suizidalen Handlungen unternommen hätten, von Angeboten des assistierten Suizids angesprochen werden; so wird dieser häufiger von Frauen in Anspruch genommen. Hierzu besteht weiterer Forschungsbedarf.

Vor dem Hintergrund des erleichterten Zugangs zum assistierten Suizid sowie aufgrund psychischer Belastungen infolge der Corona-Pandemie ist es notwendig, die Suizidprävention weiter zu stärken. Wären Angebote des assistierten Suizids leichter zugänglich als gute Pflege im Alter, bei Krankheit oder Behinderung, leichter zugänglich als psychotherapeutische und psychiatrische Hilfe in psychosozialen Krisen, leichter zugänglich als palliative Versorgung und niedrigschwellige Suizidpräventionsangebote, würde eine gefährliche Schieflage entstehen, die den assistierten Suizid nicht nur ermöglichen, sondern vielmehr fördern würde. Der assistierte Suizid darf nicht als Ausgleich anderer Versorgungsdefizite dienen. Diesen Effekt gilt es zu verhindern. Um eine solche Schieflage gar nicht erst entstehen zu lassen, muss die spezifische sowie die geschlechtsspezifische und altersbezogene Unterstützung für suizidgefährdete Menschen ausgebaut werden.

Suizidgedanken sind häufig volatil.Insbesondere bei psychisch kranken Menschen können solche Gedanken aber auch über längere Zeit andauern und nach erfolgreicher Therapie gänzlich verschwinden. Ein solcher Wunsch ist zumeist nicht der Wunsch nach dem Tod, sondern der Wunsch nach einer Pause, nach einer Zäsur von einer als unerträglich empfundenen Lebenssituation (vgl. Lindner et al. 2020).

Die Akzeptanz des Rechts auf Suizid ist Grundlage der Suizidprävention (vgl. Fiedler et al., https://dynamic.faz.net/download/2020/offener-brief-suizid.pdf). Für viele Menschen mit Suizidgedanken und für deren Angehörige ist es nicht leicht, sich Hilfe zu suchen bzw. zu finden, da diese oft nicht ausreichend verfügbar ist. Betroffene haben zudem angesichts der Tabuisierung Angst vor Stigmatisierung, wenn sie offen über ihre Suizidgedanken sprechen. Entscheidend ist der Zugang zu Hilfsangeboten in einer solchen Situation, die Unterstützung in belastenden Lebenssituationen ermöglichen. Ein wesentlicher Faktor der Suizidprävention besteht zudem in der Einschränkung der Zugänglichkeit von Suizidmitteln. Suizidgedanken werden häufig nicht rechtzeitig erkannt und ernstgenommen. Suizidprävention muss auf die bessere Erkennung von Suizidankündigungen zielen (vgl. Brieger et al., 2020). Offenes Reden über Suizidalität entlastet die Betroffenen und reduziert den Handlungsdruck (vgl. Schneider 2020, Phänomenologie der Sterbe- und Selbsttötungswünsche, Veranstaltung Deutscher Ethikrat). Auch in medizinischen Leitlinien wird Ärztinnen und Ärzten empfohlen, Suizidabsichten mit dem Ziel der Suizidprävention ggf. aktiv zu erfragen (vgl. https://www.aerztezeitung.de/Politik/Assistierter-Suizid-Aktivere-Kommunikation-der-Aerzte-erwuenscht-416655.html).

Im Jahr 2017 hat das Bundesgesundheitsministerium einen Förderschwerpunkt zur Suizidprävention eingerichtet, womit derzeit insgesamt 14 Forschungsprojekte mit einem Gesamtvolumen von rund 5 Mio. Euro finanziert werden. Damit sollen bestehende Hilfs- und Beratungskonzepte wissenschaftlich bewertet sowie neue Maßnahmen und Konzepte zur Vermeidung von Suizidversuchen oder Suiziden entwickelt werden (s. Drs. 19/24310). Auf Grund der Einschränkungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie musste jedoch die Mehrzahl der Projekte verlängert werden, sodass die Abschlussberichte noch nicht vorliegen (s. Drs. 19/31182). Zudem ist eine Verstetigung erfolgreicher Präventionsansätze bisher nicht gesichert. Auch wurden einige vom Bundestag in der 18. Wahlperiode beschlossene Forderungen bis heute nicht umgesetzt, wie etwa die explizite Thematisierung der Suizidprävention im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz (ebd., Frage 5), sodass eine Konkretisierung notwendig erscheint.

Um die Suizidprävention weiter zu stärken, müssen insbesondere folgende Punkte adressiert werden:

- Enttabuisierung und Entstigmatisierung von Suizidgedanken unter anderem durch Informations- und Aufklärungsarbeit sowie durch Forschungsförderung zu den Ursachen und der Prävention von Suizidalität;
- Vorbeugung von Suizidalität durch die Verbesserung der Lebensbedingungen etwa durch Armutsbekämpfung und durch soziale Unterstützung sowie durch Maßnahmen gegen Vereinsamung;
- Verfügbarkeit von leicht erreichbaren interdisziplinären, alters- und zielgruppenspezifischen Angeboten gemäß dem tatsächlichen Bedarf
    a) zur Beratung von Menschen mit Suizidgedanken bzw. von gefährdeten Risikogruppen und ihren Angehörigen (bspw. psychosoziale Beratung oder Suchtberatung),
    b) zur Behandlung (u. a. Angebote der Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Schmerztherapie und Geriatrie),
    c) zur Unterstützung am Lebensende (Hospiz- und Palliativversorgung);
- Reduzierung der Zugänglichkeit von Suizidmitteln und -orten.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. einen Gesetzentwurf zur Stärkung der Suizidprävention vorzulegen, der den Schwerpunkt auf die Förderung der seelischen Gesundheit in den Alltagswelten legt und der - z. B. im betrieblichen Gesundheitsmanagement oder in Jobcentern - Angebote zur Bewältigung beruflicher oder familiärer Krisen fördert;
2. einen deutschlandweiten Suizidpräventionsdienst mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren aufzubauen, der Menschen mit Suizidgedanken und ihre Angehörigen rund um die Uhr online und unter einer bundeseinheitlichen Telefonnummer einen sofortigen Kontakt mit geschulten Ansprechpartnerinnen und -partnern ermöglicht;
3. den bestehenden Förderschwerpunkt zur Suizidprävention beim BMG nach der Evaluation der Zwischenergebnisse als dauerhaftes Forschungsvorhaben im doppelten Umfang fortzuführen und erfolgreiche Projekte sowie das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) als koordinierendes Netzwerk zu verstetigen;
4. die BZgA zu beauftragen, unter Beteiligung maßgeblicher Akteure eine bundesweite, langfristige und zielgruppenspezifische Aufklärungs- und Informationskampagne zu entwickeln, die Tabuisierung und Stigmatisierung von Suizidwünschen vorbeugt und auf Hilfsangebote hinweist;
5. den Zugang zu Suizidmitteln zu reduzieren und mit geeigneten Schutzkonzepten zu versehen; das umfasst u. a. Empfehlungen an die Länder für suizidpräventive bauliche Maßnahmen bspw. an Brücken oder auf Hochhäusern zu entwickeln;
6. unter Einbeziehung der Berufsverbände und Kammern Fort- und Weiterbildungsangebote für ärztliche, therapeutische und andere Berufsgruppen - wie zum Beispiel der sozialen Arbeit – zu entwickeln, an die sich Betroffene mit Suizidwünschen wenden können;
7. auf die Schaffung berufsgruppenspezifischer Qualifizierungsstandards mit entsprechender Zertifizierung hinzuwirken;
8. gemeinsam mit den Bundesländern und Kommunen einen breiten Bürger-Beteiligungsprozess zu Angeboten und Bedarfen der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Suizidprävention vor Ort zu initiieren;

9. gemeinsam mit den Bundesländern und Kommunen, u. a. im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz, den Ausbau niedrigschwelliger, kostenloser und zielgruppenspezifischer professioneller und ehrenamtlicher Beratungs- und Unterstützungsangebote inklusive Krisenhilfe, Therapie und Selbsthilfe für Menschen mit Suizidgedanken und für deren Angehörige voranzubringen; dazu gehört bspw. die Möglichkeit der aufsuchenden Psychotherapie in Alten- und Pflegeheimen. Hierbei ist insbesondere auch eine Gewährleistung des Angebots in ländlichen Regionen sicherzustellen. Die Ergebnisse sind im Präventionsbericht nach § 20d SGB V zu dokumentieren.

Berlin, den […]