



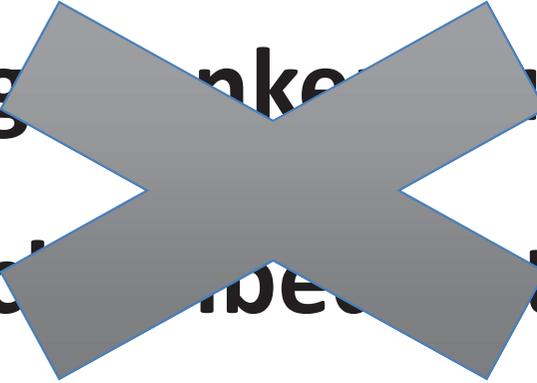
Suizidassistentz und Suizidprävention – Medizinisch/psychiatrische Perspektive

Prof. Dr. Barbara Schneider, (EU) M.Sc., MHBA
*LVR-Klinik Köln,
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und
Psychotherapie*

LEITUNG NATIONALES SUIZIDPRÄVENTIONSPROGRAMM (NaSP)

Mythos:

**Wer Suizidgedanken äußert, der
möchte auch unbedingt sterben.**



Unerträgliche Situation

**Weiterleben,
aber nicht so**

Ambivalenz

**Wunsch nach Ruhe,
Pause, Unterbrechung
im Leben**

Todeswunsch

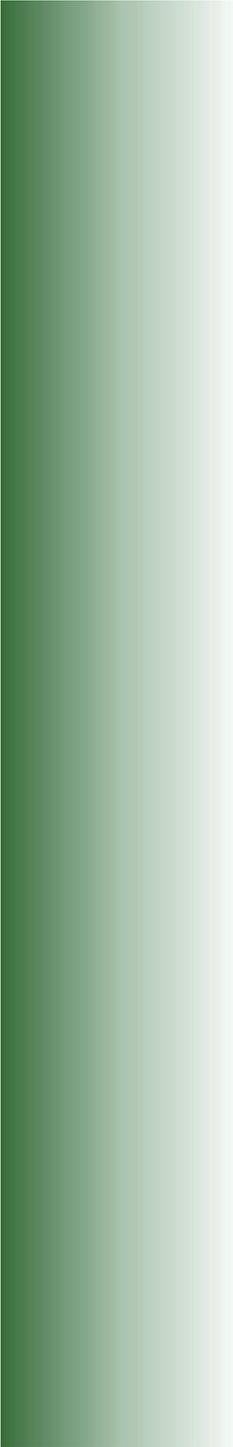
Impulsartig, spontan
Mit/ohne Plan

Suizidgedanke

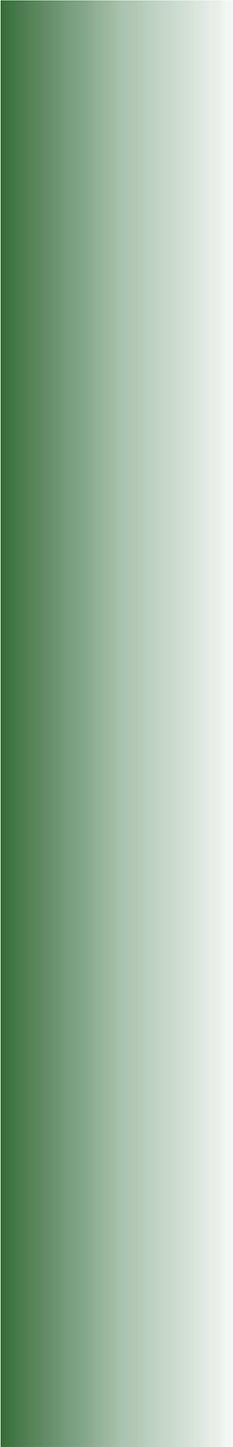
zwanghaft
sich aufdrängend

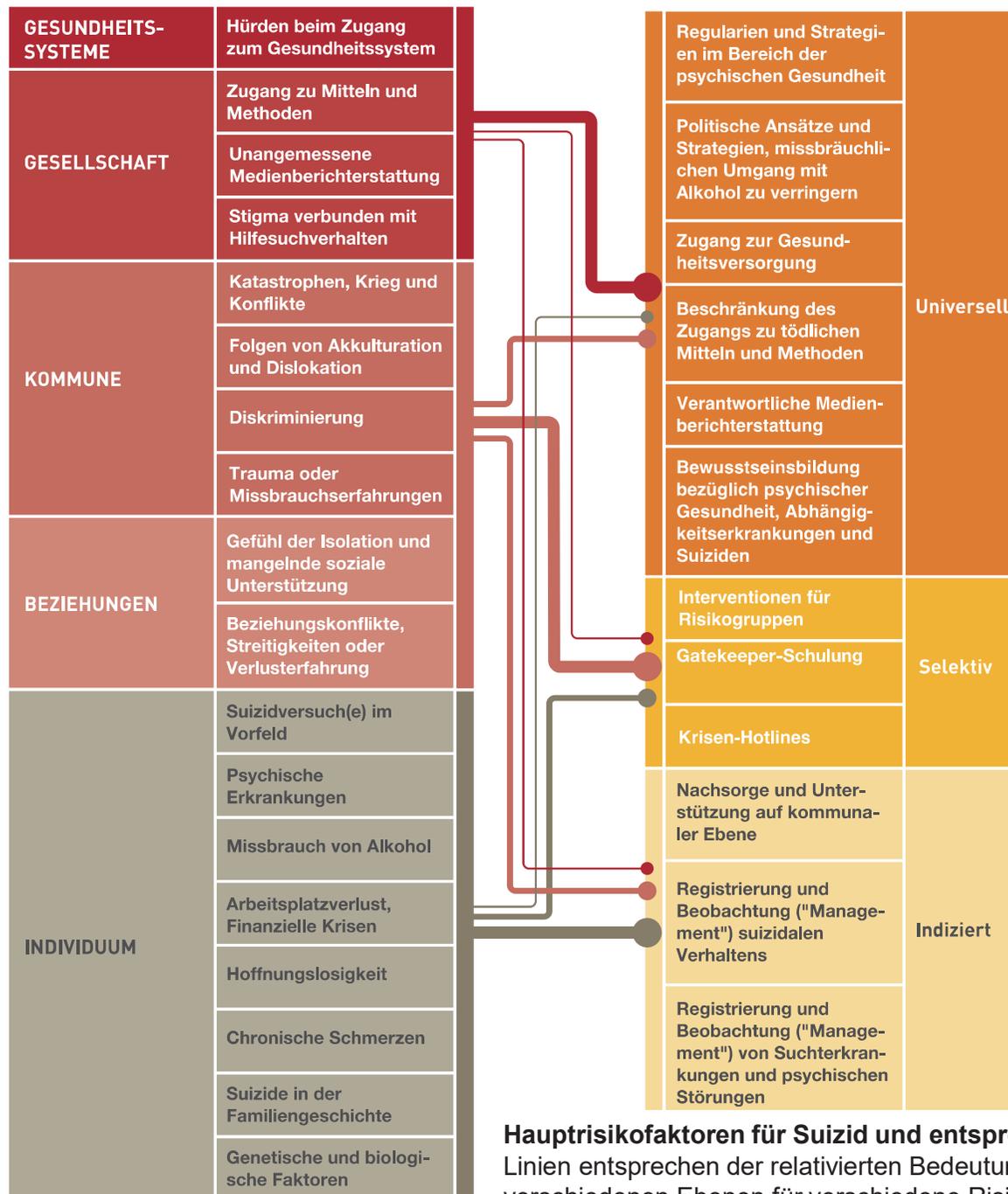
Suizidabsicht

Suizidhandlung



Ambivalenz hinsichtlich des Wunsches zu
leben oder zu sterben ist ein
grundlegendes Merkmal von Suizidalität.

- 
- Suizidalität ist in der Regel nicht beständig
 - Die Beständigkeit eines Suizidwunsches richtig einzuschätzen, ist sehr schwierig.



Haupttrisikofaktoren für Suizid und entsprechende Interventionen
 Linien entsprechen der relativierten Bedeutung von Interventionen auf verschiedenen Ebenen für verschiedene Risikofaktoren (WHO 2014)

Einflussfaktoren für Suizidalität

- Gesundheitssysteme
- Gesellschaft
- Kommune
- Beziehungen
- Individuum

WHO 2014

Individuelle Einflussfaktoren für Suizidalität

**Psychische Erkrankungen
Suchterkrankung**

**Soziodemografische
Faktoren**

**Psychosoziale Krisen und
Konflikte**

**Biografische
Faktoren**

Drohender Existenzverlust

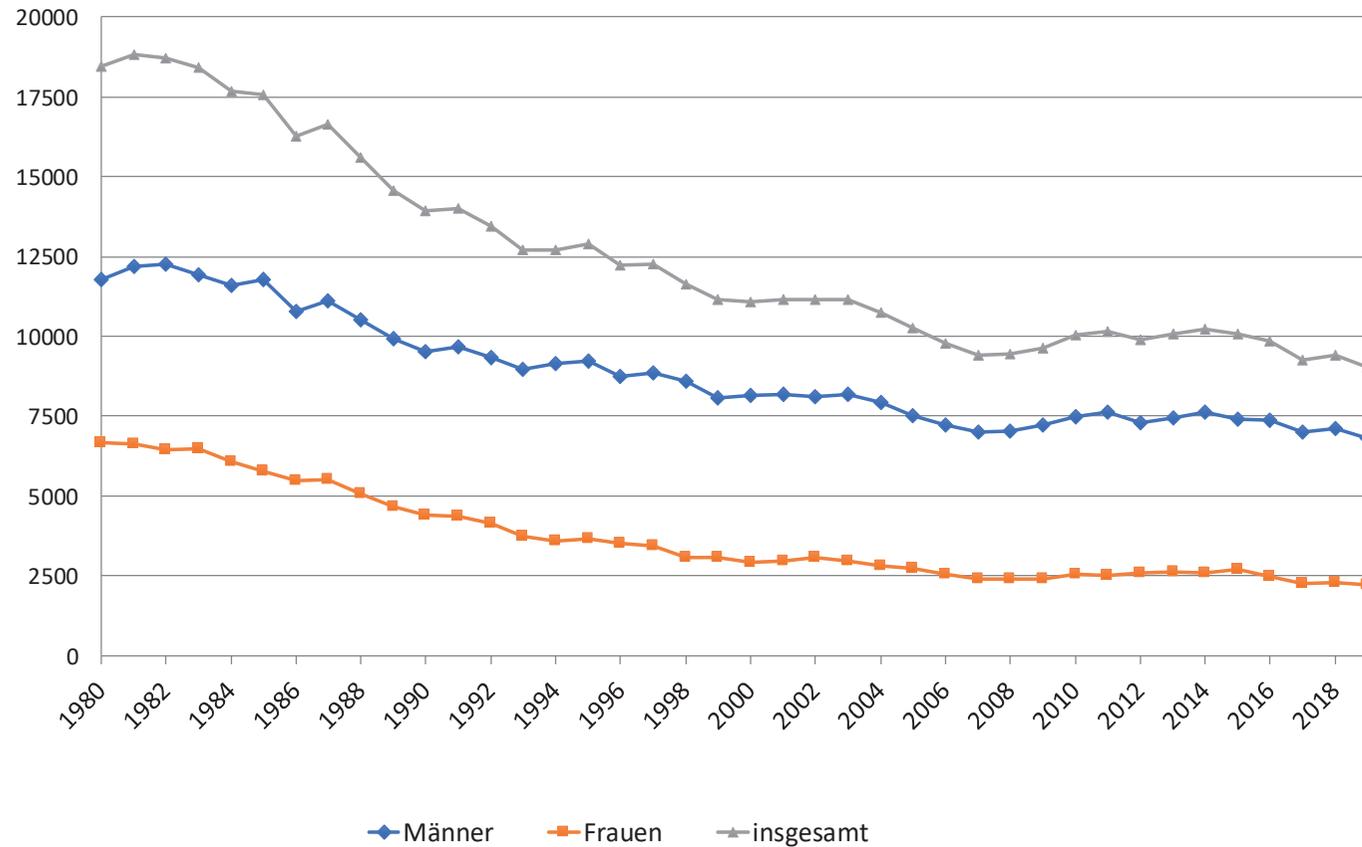
**Somatische
Erkrankungen**

**Frühere Suizidversuche,
Suizid eines Angehörigen**

Suizidalität

**Hoffnungslosigkeit
Gefühl, anderen zur Last
zu fallen,
Gefühl fehlender
Zugehörigkeit**

Entwicklung der Suizidzahlen in Gesamtdeutschland zwischen 1980 und 2019



Statistisches Bundesamt 2020

*Suizidassistenz und Suizidprävention
Rheinischer Ärztetag*

Veränderungen der Raten assistierter Suizide und Tötung auf Verlangen*

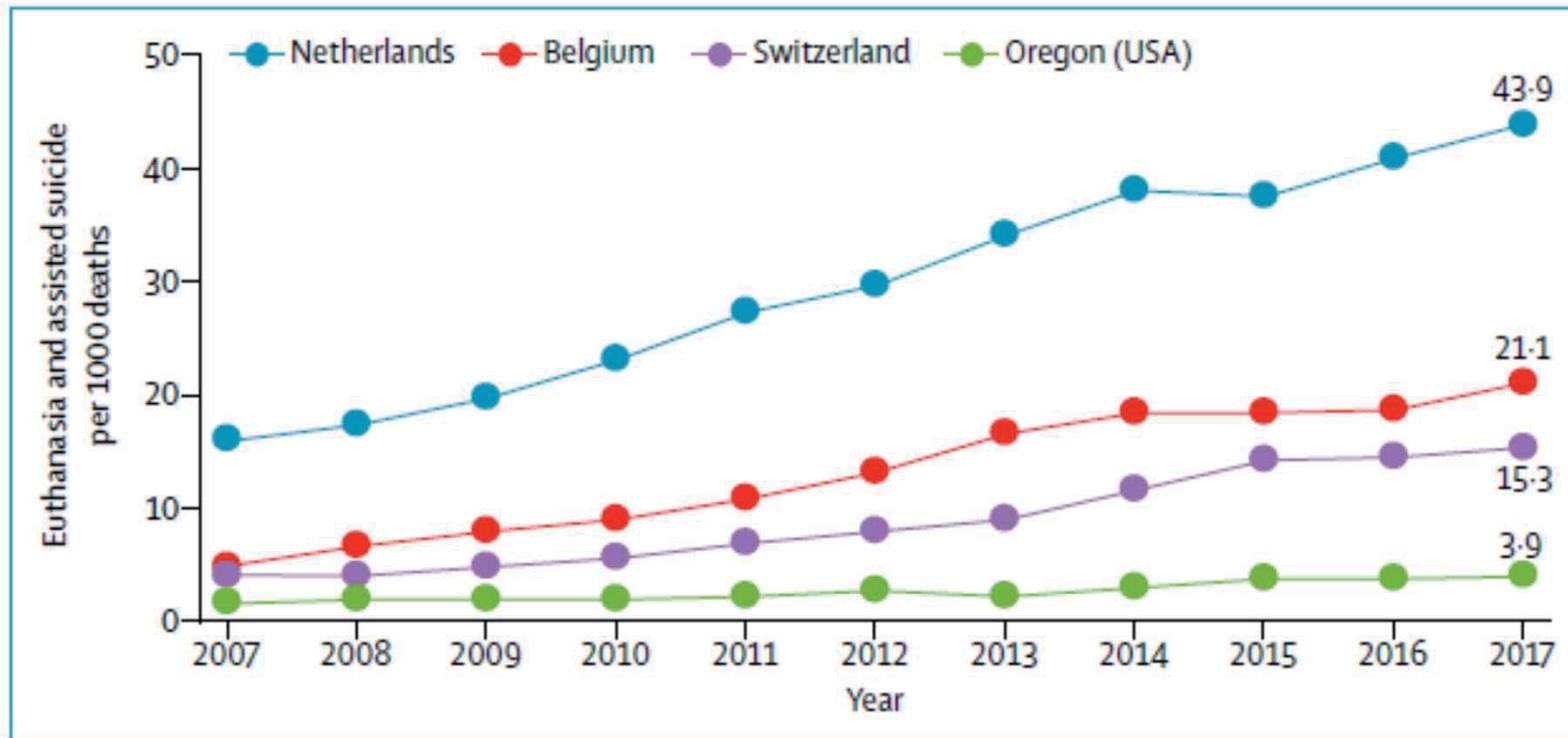


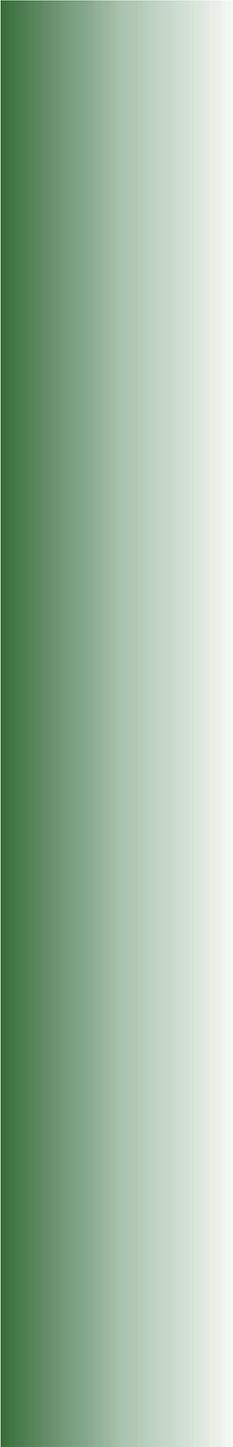
Figure: Change in number of assisted deaths in countries and US states that have legalised these practices

*: legalisiert in Belgien und den Niederlanden

Borasio et al. 2019

Suizidprävention

- Suizidprävention hilft Menschen, die Unterstützung suchen, sich mit ihren suizidalen Gedanken auseinanderzusetzen und auch Möglichkeiten zu suchen, ihr Leben nicht in einem Suizid enden lassen zu müssen.
- Suizidprävention basiert auf den Erkenntnissen einer multidisziplinären wissenschaftlichen Disziplin, der Suizidologie.
- Moderne Suizidprävention ist von einer annehmenden, die Selbstbestimmung des Individuums achtenden, wissenschaftlich fundierten, menschlichen Grundhaltung geprägt.
- Die Akzeptanz von Suizidgedanken der Betroffenen, d. h. sie nicht-wertend ernst zu nehmen, ist überhaupt erst die Voraussetzung für stützende Kontakte.



Der Zusammenhang von psychischer Störung und Einschränkung von Freiverantwortlichkeit, Selbstbestimmungs-, Einsichts- und/oder Steuerungsfähigkeit wie auch der Einwilligungs- und Urteilsfähigkeit ist hoch komplex und bedarf immer noch einer wissenschaftlichen Klärung.

Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte

- Irrtum: Wer Suizidgedanken äußert, der möchte auch unbedingt sterben.
- Die Ambivalenz hinsichtlich des Wunsches zu leben oder zu sterben ist ein grundlegendes Merkmal von Suizidalität.
- Suizidgedanken sind nicht beständig und zeitlich schwankend.
- Einen Suizidwunsch nicht-wertend ernst zu nehmen, ist überhaupt erst die Voraussetzung für stützende Kontakte.

Empfehlungen des NaSPro (1)

Es ist nicht möglich, Empfehlungen geben, welche die Suizidprävention und die Möglichkeit des assistierten Suizids widerspruchsfrei regeln.

1. Strikte Regulierung der Werbung für den assistierten Suizid bis hin zum Verbot.
2. Dokumentation, Erfassung und statistische Darstellung der assistierten Suizide, deren Rahmen und damit verbundenen finanziellen Transaktionen.
3. Weitere Förderung der Palliativmedizin, der ambulanten palliativen Versorgung und der Hospize.
4. Öffentlichkeitsarbeit zu den Möglichkeiten der palliativen Versorgung und der Patientenrechte bei schweren Krankheiten und am Lebensende
5. Entwicklung von psychosozialen Hilfsangeboten für Menschen, die einen Wunsch nach einem assistierten Suizid äußern, innerhalb der betroffenen Institutionen (ambulante und stationäre Altenhilfe, medizinische Versorgung etc.)

Empfehlungen des NaSPro (2)

6. Förderung der niedrigschwelligen Suizidprävention.
7. Förderung der Suizidprävention und des Nationalen Suizidpräventionsprogramms als koordinierendes Netzwerk.
8. Förderung der Forschung zum assistierten Suizid, besonders hinsichtlich der Fragestellungen:
 - a. Wie unterscheiden sich die Gruppen derjenigen, die einen Suizid oder Suizidversuch selbst durchführen, von jenen, die einen assistierten Suizid wünschen?
 - b. Untersuchung der Bedingungen, die zu einem Wunsch zum assistierten Suizid führen, unter besonderer Berücksichtigung von lebensgeschichtlichen und Genderaspekten.
 - c. Untersuchung der Auswirkung der Legalisierung des assistierten Suizids auf die Entwicklung der Einstellungen und Werte in der Gesellschaft, besonders im Hinblick auf Tod und Sterben sowie zum Lebenswert des Individuums oder von Gruppen.
 - d. Untersuchungen zur Effektivität von psychosozialen Hilfsangeboten für Menschen mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Kontakt:

Prof. Dr. Barbara Schneider, M.Sc., MHBA

Leitung Nationales Suizidpräventionsprogramm

Chefärztin Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie

LVR-Klinik Köln

Wilhelm-Griesinger-Str. 23

51109 Köln

Tel. 0049 221 8993-400/-401

Fax 0049 221 8993-486

E-Mail: B.Schneider@lvr.de

Zur möglichen Neuregelung der Suizidassistenz.

Online-Dokument: <https://www.naspro.de/dl/2020-NaSPro-AssistierterSuizid-Spahn.pdf>