

Positionspapier der Diakonie Deutschland zum Suizidpräventionsgesetz

**Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.**

Ulrich Lilie
Präsident
Diakonie Deutschland

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 65211-1762
M +49 30 65211-3762
ulrich.lilie@diakonie.de
www.diakonie.de

Berlin, 17. Februar 2022

Suizidprävention muss gesetzlich verankert werden!

Etwa 9.000 bis 10.000 Menschen nehmen sich pro Jahr das Leben¹– dreimal mehr, als im Straßenverkehr sterben. Die Zahl der Suizidversuche liegt sogar zehnmal so hoch. Diese erschreckenden Zahlen treten nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 zum assistierten Suizid verschärft ins Bewusstsein. Die Vorstellung ist beklemmend, dass Menschen in Krisen Suizidassistenten erhalten könnten, wenn doch ihr Suizidwunsch in den weitaus überwiegenden Fällen eigentlich signalisiert, dass sie so nicht weiterleben wollen. Die Möglichkeiten, diesen Menschen wirksame Hilfe anzubieten sind lange nicht ausgeschöpft.

Die Diakonie Deutschland tritt deshalb dafür ein, dass noch vor der anstehenden gesetzlichen Regelung der Suizidassistenten ein **Gesetz zur Stärkung der Suizidprävention** verabschiedet wird. So wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass Todeswünsche oft Ausdruck tiefer Krisen sind, auf die es andere Antworten gibt, als dem Todeswunsch zu entsprechen. Suizidassistenten muss nach Auffassung der Diakonie die sorgfältige geregelte Ausnahme bleiben.

Suizidprävention bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

Suizidale Handlungen werden häufig kausal auf das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung reduziert, obwohl Studien zeigen, dass Suizidgedanken und suizidale Handlungen auf verschiedene Faktoren zurückzuführen sind. Mit der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention versteht die Diakonie Suizidalität als Hinweis auf eine sehr große seelische Not, bei der neben psychischen Erkrankungen auch Lebenskrisen und körperliche Erkrankungen oder belastende Lebensereignisse eine Rolle spielen können.

Das Risiko, durch Suizid zu versterben, ist bei Menschen mit psychischen Erkrankungen stark erhöht. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist die Wahrscheinlichkeit suizidaler Handlungen bei Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose um das 8- bis 10-Fache höher. Psychische Störungen schränken die innere Freiheit ein, sich anders fühlen, denken und verhalten sowie flexibel auf Situationen reagieren zu können. Akute Krisen beeinträchtigen oft vorübergehend die Selbstbestimmung und Autonomie. In der Behandlung psychischer Erkrankungen geht es vor allem darum, individuelle Freiheitsgrade wieder zurückzugewinnen und neue Handlungsspielräume zu

¹ Siehe Statistisches Bundesamt, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> (Abruf 3.12.2021)

eröffnen. Nach einer Behandlung distanziert sich die überwiegende Mehrheit der Menschen mit einer psychischen Erkrankung klar von ihrem früheren Suizidwunsch und ist dankbar, von ihren Versuchen abgehalten worden zu sein.

Doch auch jenseits psychiatrischer Diagnosen spielen psychische Schmerzen und seelisches Leiden eine besondere Rolle, wenn es um Sterbewünsche geht. Die Dimensionen seelischen Leidens und die große innere Not, die hinter einem Sterbewunsch stehen können, werden unserer Meinung nach zu wenig wahrgenommen.

Die Suizidverhinderung und -prävention bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist eine zentrale Aufgabe des Gesundheitssystems. Menschen mit psychischen Erkrankungen oder in psychischen Krisen benötigen rasche, professionelle Unterstützung; insbesondere psychotherapeutische Angebote bzw. Kriseninterventionen sind von essentieller Bedeutung. Da sich Suizidalität oft kurzfristig, innerhalb von wenigen Stunden oder Tagen entwickelt, brauchen wir in Deutschland flächendeckend psychosoziale und psychiatrische Notfall- und Krisendienste, an die sich Betroffene wie nahestehende Personen rund um die Uhr wenden können. Es geht darum, Menschen in ihrem seelischen Leiden empathisch anzunehmen und in Gesprächen Raum zu schaffen für den Ausdruck ihrer Ambivalenzen und Ambiguitäten. Die Hilfen müssen zur Reduktion von Überforderungssituationen beitragen und Ressourcen zur Krisenbewältigung mobilisieren. Gleichzeitig müssen medizinisch-psychiatrische Behandlungsangebote wie die Aufnahme in eine Klinik in Betracht gezogen werden. In den Kliniken, aber auch in den Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und der Gemeindepsychiatrie, ist eine stärkere psychotherapeutische Orientierung wichtig.

Auf regionaler Ebene sind Anti-Stigmakonzepte und -programme zu entwickeln, die zur Enttabuisierung seelischer Notlagen und suizidaler Krisen in Schulen, Betrieben und öffentlichen Verwaltungen, Kirchengemeinden und Vereinen beitragen.

Suizidprävention betrifft auch Menschen in Lebenskrisen, seelischen Notlagen und Übergangssituationen!

Suizidalität geht häufig einher mit (drohenden) Trennungen, dem Verlust vertrauter Menschen und mit sozialen Krisen wie Überschuldung, dem Verlust der Arbeit oder Wohnung, Migration etc. Auch prekäre Arbeitsverhältnisse, andauernder beruflicher Stress oder Dauerkonflikte und Mobbing am Arbeitsplatz können zu einer tiefen Krise führen. Subjektive Risikofaktoren sind Einsamkeit, Niederlagen, Distanzierung wichtiger Menschen, die als kränkende Angriffe auf den Selbstwert erlebt werden. Langanhaltende Hoffnungslosigkeit oder das impulsive Gefühl, die Situation keine Sekunde länger ertragen zu können, scheinen der konkrete Auslöser vieler Suizide zu sein.

Zur Suizidprävention gehört deshalb die Sensibilisierung und Qualifizierung von Berater*innen, die für Menschen in schweren sozialen Krisen und Übergangssituationen tätig sind.

Suizidprävention im Alter

Im höheren Alter nimmt das Suizidrisiko signifikant zu; besonders gefährdet sind Männer über 75 Jahre. Nicht alle Alterssuizide stehen im Zusammenhang mit einer schweren psychischen oder körperlichen Erkrankung, sondern auch mit Isolation, fehlender Perspektive, Verlust von nahestehenden Bezugspersonen und/oder Vertrautem. Einsamkeit im hohem Alter ist ein wesentlicher Risikofaktor. Kaum aushaltbare/nicht ausreichend therapierte Schmerzen sind häufig Gründe für Todeswünsche und Suizide. Wenn es schwerfällt, Hilfe anzunehmen und Kontrolle über die Gestaltung des eigenen Lebens abzugeben, kann ein Suizid als konsequenter letzter Akt autonomer Selbstbestimmung erscheinen. In diesem Zusammenhang sind auch gesellschaftliche Altersbilder, die Würde und den Sinn des Lebens an ein hohes Maß von Autonomie und Selbstkontrolle im Alter binden, ein Faktor, der Alterssuiziden Vorschub leistet.

Zur Suizidprävention im Alter gehören sowohl die Stärkung der Schutzfaktoren als auch die Verringerung von Belastungen und Risikofaktoren. Schutzfaktoren sind die frühzeitige Beschäftigung mit altersbedingten Veränderungen, die aktive Gestaltung des Alltags und die Förderung sozialer Beziehungen. Hier kann die gemeinwesenorientierte Altenarbeit, getragen durch die Kommunen, deutlich mehr leisten als bisher. Bei zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen und pflegerischem Unterstützungsbedarf sind eine altersangemessene, dem Wunsch des alten Menschen entsprechende Diagnostik und Therapie unerlässlich. Die Pflege muss sich am Erhalt der Selbstständigkeit und der Selbstbestimmung orientieren und dem alten Menschen gegenüber aufmerksam und zugewandt sein. Eine wesentliche Voraussetzung dafür sind mehr Zeit bei der Pflege des einzelnen pflegebedürftigen Menschen auf der Grundlage einer qualifizierten Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen bzw. einer adäquaten Leistungsvergütung mit einer Erweiterung der Pflegeeinsetzzeiten in der ambulanten Pflege. Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen also ausgebaut werden. Suizidprävention ist somit eine Sache der gesamtgesellschaftlichen Solidarität in der Sozialversicherung.

Suizidprävention im Kindes- und Jugendalter

Suizid ist nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache von Kindern (ab 10 Jahren) und Jugendlichen (dann häufiger als im Erwachsenenalter). Geschätzt 90 % der Jugendlichen, die durch Suizid sterben, weisen zudem in der Vorgeschichte eine psychische Störung auf. Gerade im Jugendalter, mit ausgeprägten, schwankenden und extremen Gefühls- und Lebenslagen, sind Regulationsmechanismen und Umgangsstrategien noch nicht vollumfänglich ausgeprägt. Eine Suizidankündigung wird seltener an erwachsene Bezugspersonen gerichtet als an – hiervon überforderte, diese Ankündigung missverstehende oder bagatellisierende – Gleichaltrige. Die Chance eines offenen Sprechens über Suizidalität sowie parasuizidales Verhalten (z.B., hochriskantes Handeln, Essstörungen) ist wichtig. Niederschwellige Jugendhotlines, Internetberatungsdienste etc. sowie ein erweiterter und leichter Zugang zu gezielten Hilfsangeboten und -einrichtungen spielen hier eine bedeutende Rolle. Darüber hinaus muss der Zugang zu (letalen) Suizidmitteln beschränkt werden.

Suizidprävention muss grundlegende Aufgabe schulischer und außerschulischer Arbeit mit Jugendlichen werden und dabei immer auch Gewaltprävention berücksichtigen, da es hier ursächliche Zusammenhänge geben kann. Informationskampagnen, Kooperation mit Multiplikatoren (Lehrpersonen, Beratungsstellen) und Aufklärung sind erforderlich, aber auch Fortbildungen im Bereich Suizidalität und Depression sowohl in der Kinder- und Jugendmedizin wie in der Kinder- und Jugendhilfe. Gesundheitsfördernde und Resilienz-stärkende sowie spezifische, auf mehreren Ebenen ansetzende und besonders Depression berücksichtigende Präventionsmaßnahmen für Heranwachsende sind vonnöten, einschließlich Screening und Information über Warnsignale (Kern- und Begleitsymptome).

Suizidprävention in der Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen

Bei schweren, lebensverkürzenden oder stark beeinträchtigenden Erkrankungen sowie bei Ängsten vor zukünftigen Schmerzen sind Sterbewünsche, suizidale Gedanken und der Wunsch nach einem assistierten Suizid nicht selten. Der Wunsch, vom Leiden erlöst zu werden, wird An- und Zugehörigen sowie ehrenamtlich und hauptamtlich Mitarbeitenden vielfach gespiegelt. Obwohl durch die neue Rechtslage Menschen ein legaler Weg zum assistierten Suizid offenstehen muss, sollte dies nicht bedeuten, einem einmal ausgesprochenen Wunsch unhinterfragt nachzukommen. Denn auch unter sehr schweren (gesunden Menschen unerträglich erscheinenden) Bedingungen signalisieren Sterbewünsche, dass ein Mensch Zuwendung, psychosoziale und spirituelle Unterstützung bei der Bewältigung von Aufgaben seines Lebens oder Klarheit über mögliche medizinische Interventionen braucht.

Eine erhebliche suizidpräventive Wirkung ist zu erwarten, wenn das bisherige Leistungsspektrum der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) um die psychosoziale und spirituelle Dimension erweitert wird. Nur so – im Sinne des „total pain“-Konzepts von Cicely Saunders – wird eine umfassende und der menschlichen Komplexität gerecht werdende Schmerzbehandlung umgesetzt. Auch der Ausbau der gesundheitlichen Vorausplanung am Lebensende (§ 132g Abs. 1, SGB V), die bisher nur in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der Eingliederungshilfe verfügbar ist, kann einen Beitrag zur Suizidprävention leisten.

Evangelische Kirche und Diakonie verpflichten sich in diesem Zusammenhang dazu, alles in ihren Möglichkeiten Stehende zu tun, um Menschen in den geschilderten existenziellen Grenzsituationen zugunsten des Lebens beizustehen und möglichen Suiziden bestmöglich vorzubeugen. Sie bringen die hier zusammengefassten Einsichten in die verschiedenen kirchlichen und diakonischen Arbeitsfelder ein und unterstützen eine sensibilisierende, auf den Schutz des Lebens ausgerichtete Bewusstseinsbildung und Weiterentwicklung fachlicher Konzepte der Suizidprävention.

Politische Forderungen der Diakonie Deutschland

Die Diakonie Deutschland unterstützt die von der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) mit ihrem Nationalen Suizidpräventionsprogramm formulierten Grundsätze: „(Assistierter) Suizid ist keine allgemeine Handlungs- oder Behandlungsalternative, sondern die letzte Handlung in einer als ausweglos erlebten Situation. Was wir brauchen, ist nicht zuerst ein Gesetz zur Sicherung des Zugangs zum assistierten Suizid, sondern wir brauchen wirkungsvolle Maßnahmen (und Gesetze) um zu erreichen, dass niemand in Deutschland glauben muss, dass sein (assistierter) Suizid notwendig ist, um dieses Leben würdig zu beenden. Diese Maßnahmen betreffen unterschiedliche Ebenen und Bereiche. Sie sind so zu gestalten, dass der Weg zum (assistierten) Suizid real eröffnet bleibt.“

Wir fordern vor einer (gesetzlichen) Regelung des Zugangs zu einer tödlich wirkenden Substanz und zur Suizidassistenz die gesetzliche Verankerung und Umsetzung einer substanziellen Suizidprävention in Deutschland.“ Ebenso teilt die Diakonie Deutschland den von der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention formulierten Leitsatz: „Niedrigschwellige Prävention – aber nicht niedrigschwellige Suizidassistenz.“

Konkret fordert die Diakonie Deutschland:

- **einen bundesweiten Aktionsplan**, der die Sensibilität für Menschen in Krisen fördert und die besonders gefährdeten Personengruppen anspricht. Im Rahmen dieses Aktionsplans sollte eine Kampagne zum Abbau von polarisierenden Bildern und Vorstellungen von Menschen in seelischen und sozialen Nöten durchgeführt werden. Elemente einer solchen Kampagne sind u.a.
 - der Ausbau der suizidpräventiven Medienarbeit (u.a. suizidpräventive Berichterstattung, Maßnahmen zur Entstigmatisierung suizidaler Krisen unter Einbeziehung von Betroffenen),
 - die Förderung niedrigschwelliger suizidpräventiver Bildungsangebote freier Träger (u.a. Mental Health First Aid-Kurse) mit dem Ziel, Bürger:innen für existenzielle und suizidale Krisen zu sensibilisieren und Offenheit, Verständnis und Hilfsbereitschaft zu üben,

- die Etablierung und Finanzierung der Suizidprävention in der schulischen und außerschulischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.
- die **Einführung eines Suizidpräventionsdienstes**, der rund um die Uhr unter einer einheitlichen Telefonnummer und online für Menschen mit Suizidgedanken und ihre An- und Zugehörigen zugänglich ist
- der **flächendeckende Ausbau von psychiatrisch-psychozialen Krisendiensten**, die rund um die Uhr erreichbar sind: Das im Koalitionsvertrag angekündigte Vorhaben sollte zügig umgesetzt werden. Erforderlich sind die Verankerung einer psychiatrischen Notfallversorgung im SGB V und Vorgaben für die Ausstattung der flächendeckenden Krisendienste in allen Bundesländern.
- die **Erweiterung von altersspezifischen psychotherapeutischen Angeboten für Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen**: Diese Angebote müssen auf das deutlich höhere Suizidrisiko im Jugendalter und im höheren Alter bezogen sein. Für junge Menschen sind zusätzlich niedrigschwellige Jugendhotlines sowie Internetberatungsdienste aufzubauen bzw. wo es diese schon gibt, verlässlich und ausreichend zu finanzieren.
- die Einführung eines **Rechtsanspruchs auf Beratung ohne Diagnose**. Ein solcher Rechtsanspruch im SGB V auf Beratung für potentiell von einer psychischen Erkrankung Betroffene auch ohne Diagnose bzw. für Menschen mit suizidalen Gedanken sowie für An- und Zugehörige, die von psychischen Erkrankungen bzw. suizidalen Krisen in ihrem Umfeld betroffen sind, erleichtert es, professionelle Unterstützung frühzeitiger in Anspruch zu nehmen und kann dadurch krisenhafte Zuspitzungen verhindern.
- den **Ausbau von Angeboten der sozialen Teilhabe älterer Menschen**, die der sozialen Isolation und Einsamkeit dieser Menschen entgegenwirken: Auf der Bundesebene sollten ausgehend vom aktuellen ESF-Förderprogramm des BMFSFJ „Soziale Teilhabe Älterer“ wirksame Angebotsformen für Menschen am Übergang ins Rentenalter und für die Begleitung sehr alter alleinlebender Menschen identifiziert und gefördert werden. Kommunen sollten diese Maßnahmen im Rahmen der kommunalen Altenhilfe (§ 71 SGB XII) regelhaft fördern (als kommunale Pflichtaufgabe).
- die Einführung eines jährlichen präventiven Hausbesuchs bei allen Menschen ab dem 75. Lebensjahr: Diese Leistung sollte von der Pflegeversicherung und der Kommune gemeinsam finanziert und ausgestaltet werden.
- die **Ausweitung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende** über die Pflegeheime und die Einrichtungen der Eingliederungshilfe hinaus: Menschen mit schweren und komplexen Erkrankungen erhalten die Möglichkeit, über die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht hinaus ihre weitere medizinische Behandlung konkreter selbst zu bestimmen.
- den **Ausbau der Palliativversorgung**, insbesondere die Erweiterung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung um die psychosoziale und spirituelle Dimension: Hier geht es darum, schwer erkrankte Menschen am Lebensende auch beim Abschluss ihrer Lebensfragen und -aufgaben zu begleiten sowie das Familiensystem bei der Erschließung und Organisation von Ressourcen zu unterstützen.

Ansprechpartner:innen:

Dr. Peter Bartmann
Leitung Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Telefon +49 (0)30 65211 1661
Mobil: +49 (0) 173 201 84 96
peter.bartmann@diakonie.de

Dr. Jutta E. Ataie
Hospiz und Palliative Care
Zentrum für Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
T +49 30 652 11-1761
F +49 30 652 11-3761
jutta.ataie@diakonie.de