

DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
Geschäftsstelle • Reinhardtstraße 27 B • 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
53107 Bonn

Per Mail: 316@bmg.bund.de
stn@awmf.de

Berlin, 04.03.2021

Stellungnahme der DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) zum BVerfGUrteil zu §217 StGB (Urteil des 2. Senats vom 26.2.2020, 2 BvR 2347/15)

Autoren: Katja Becker, Michael Kölch, Paul Plener, Renate Schepker

Sehr geehrter Herr Minister Spahn,

wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu diesem komplexen, viel diskutierten Thema vor dem Hintergrund des Bundesverfassungsurteils.

Hierbei beziehen wir uns vor allem auf den 4. Leitsatz: „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. Wenn die Rechtsordnung bestimmte, für die Autonomie gefährliche Formen der Suizidhilfe unter Strafe stellt, muss sie sicherstellen, dass trotz des Verbots im Einzelfall ein Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe real eröffnet bleibt.“

Sie zitieren das Bundesverfassungsgericht im Anschreiben dahingehend, dass das „umfassende Recht auf selbstbestimmtes Sterben [.....] in jeder Phase der menschlichen Existenz“ gegeben sein solle. Wir stellen fest, dass im Urteil des BVerfG an keinem Punkt zur Situation von Kindern und Jugendlichen Stellung genommen wird. Auch war keiner der geladenen Experten Arzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Arzt oder Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie.

Daher möchten wir uns als Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zur Problematik von Suizidbeihilfe bei Minderjährigen äußern.



**Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.**

Präsident

Prof. Dr. med. Michael Kölch
Direktor der Klinik für Psychiatrie, Neurologie,
Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes-
und Jugendalter
Universitätsmedizin Rostock

Stellvertretender Präsident und Schatzmeister

Prof. Dr. med. Marcel Romanos
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Würzburg

Stellvertretender Präsident und Kongresspräsident

Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner
Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
des Kindes- und Jugendalters
Otto von Guericke Universität Magdeburg

Schriftführerin

Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag
Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Frankfurt

Beisitzerin

Prof. Dr. med. Renate Schepker
Gem.Fachl.Leutung Kinder-Jugendpsychiatrie
Calw-Weissenau, Regionaldirektorin
ZfP Südwürttemberg, Ravensburg

Beisitzerin

Prof. Dr. rer. nat. Kerstin Konrad
Leitung des Lehr- und Forschungsgebietes Klinische
Neuropsychologie des Kindes- u. Jugendalters
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Aachen

Beisitzer

Prof. Dr. med. Tobias Renner
Direktor der Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Universitätsklinikum Tübingen

Ehrenpräsidenten

Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt
Marburg

Prof. em. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt
Mannheim

Kooptierte Mitglieder

Dr. med. Martin Jung
Vorsitzender der BAG KJPP

Dr. med. Gundolf Berg
Vorsitzender des BKJPP

Geschäftsstelle

Dr. Mareike Alscher, Dipl.-Soz.
Antje Rößler, Dipl. Betriebswirtin (BA)
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
☎ 030 / 28 09 43 86, ☎ 030 / 27 58 15 38
E-mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de
Internet: <http://www.dgkjp.de>

Deutsche Apotheker- und Ärztebank

BLZ 300 606 01
Kto-Nr.: 0006788564
IBAN Nr.: DE67 3006 0601 0006 7885 64
BIC (Swift Code): DAAEDED3

VR 27791 B Amtsgericht Berlin Charlottenburg

1. Zu den Besonderheiten suizidalen Verhaltens im Jugendalter

Auch wenn die absoluten Suizidzahlen in der Altersgruppe der unter 18jährigen in Deutschland im Vergleich zu Erwachsenen mit etwa 220 Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden im Jahr eine vergleichsweise geringe Anzahl ausmacht, so ist dennoch Suizid die zweithäufigste Todesart im Jugendalter! Zudem finden sich in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen besonders häufig Suizidgedanken und Suizidversuche. Große epidemiologische Studien sprechen von einer Lebenszeitprävalenz von 37% der Jugendlichen in Deutschland, die zumindest einmal über Suizid nachgedacht haben, sowie Suizidversuche bei etwa 8% (Donath et al. 2019). Gerade im Jugendalter findet sich daher eine Häufung von Suizidgedanken und Suizidversuchen, was auch als entwicklungstypisches Phänomen zu verstehen ist.

Dabei zeichnen sich Suizide und Suizidversuche im Jugendalter im Vergleich zum Erwachsenenalter durch eine deutlich höhere Impulsivität aus. Dies ist auch durch neurobiologische Reifungsprozesse bedingt. Die Hirnreifung befindet sich im Jugendalter noch in der Entwicklung und kann erst etwa um das 25. Lebensjahr als abgeschlossen gesehen werden. Gerade die frontalen und präfrontalen Areale, die eine suffiziente Impulskontrollsteuerung ermöglichen, sind bei Jugendlichen entwicklungsbedingt noch nicht vollständig ausgereift (Gerber et al. 2009).

Vor diesem entwicklungs-neurobiologischen Hintergrund ist deswegen der selbstbestimmte Entschluss, eine weitreichende Entscheidung zu treffen, aufgrund der o.g. Entwicklungsprozesse und der erhöhten Impulshaftigkeit zu hinterfragen. Dieser Tatsache trägt man z.B. gesetzlich an anderer Stelle Rechnung, denn wenn Jugendliche Straftaten verüben, werden sie nach Jugendlichenstrafrecht bestraft.

2. Zu Todeswünschen Jugendlicher im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen

Es ist festzustellen, dass 96% der Jugendlichen, die durch Suizid verstarben, von einer psychiatrischen Krankheit betroffen waren (Nock et al. 2013). Wie körperliche Erkrankungen auch, sind psychische Erkrankungen behandelbar. Bei einer evidenzbasierten, fachgerechten Diagnostik und leitliniengerechter Behandlung einer psychiatrischen Erkrankung werden sekundär auch suizidale Absichten reduziert.

Die Phase, in der ein jugendlicher Suizid als (besten) Ausweg aus seiner derzeit für ihn nicht aushaltbaren Situation sieht, ist vergleichsweise kurz. Stationäre Kriseninterventionen zur Behandlung akuter Suizidalität benötigen häufig nur wenige Tage, während die häufig zugrundeliegende psychische Störung noch längerer, meist ambulanter Therapie bedarf. Eine Langzeit Follow-up

Studie konnte zeigen, dass 94% derjenigen, die kurz vor einem Suizidversuch aufgehalten wurden, nach 26 Jahren noch lebten (Seiden, 1978). Betrachtet man aktuelle Modelle zur Suizidalität, wie die interpersonell psychologische Theorie nach Joiner (2005) oder das volitionale Modell nach O'Conner & Kirtley (2018), zeigt sich, dass zunächst ein längerfristiger Prozess der gedanklichen Beschäftigung über einen Suizid stattfindet, der durch diverse Risiko- als auch Resilienzfaktoren beeinflusst wird. Es wird dabei auch deutlich, dass statt einen Suizid geschehen zu lassen, verschiedenste wirkungsvolle Präventions-, Beratungs-, Unterstützungs- und Therapieangebote alternativ möglich sind, um dem jungen Menschen in emotionaler Not zu helfen.

Suffiziente Therapiemaßnahmen können sowohl das Suizidversuchsrisiko, wie auch die Wiederauftrittswahrscheinlichkeit von Suizidversuchen minimieren. Für das Kindes- und Jugendalter wird vor allem auf psychotherapeutische Methoden verwiesen (für einen aktuellen Überblick sh. Iyengar 2018,), im Erwachsenenalter gibt es mittlerweile eine breitere Literatur zur Wirksamkeit auch von psychopharmakologischen Substanzen wie Ketamin, Lithium und Clozapin (De Berardis et al., 2018). Im Kindes- und Jugendalter gibt es in diesen Bereichen nur wenig Literatur, und es besteht ein deutliches Forschungsdesiderat im Bereich psychopharmakologischer Interventionen.

Zuletzt muss darauf hingewiesen werden, dass es möglich ist, Suizidgedanken und Suizidversuche durch präventive Maßnahmen zu beeinflussen. Auch unter Beteiligung einer deutschen Schulpopulation konnte in einer großen randomisierten, kontrollierten europaweiten Studie nachgewiesen werden, dass es möglich ist, mittels eines einfachen Schulprogrammes die Anzahl an Suizidgedanken, Suizidversuchen binnen eines Jahres auf die Hälfte zu reduzieren (SEYLE-Studie; Wassermann et al. 2015).

Im Falle zugrundeliegender psychischer Störungen, die mit einem Todeswunsch oder Suizidalität verbunden sind, ist generell festzuhalten, dass diese in den meisten Fällen gut zu behandeln sind und meist schon vor oder spätestens mit Remission der Grunderkrankung auch die Suizidalität in den Hintergrund tritt.

3. Zum Sonderfall von Todeswünschen bei Anorexia nervosa im Jugendalter

Die Anorexia nervosa und verwandte Essstörungen sind nach wie vor mit einer hohen Mortalität infolge diverser Komplikationen durch Unterernährung versehen. Diese Störungen bedürfen bisweilen in der Behandlung Zwangsmaßnahmen. Dies beruht darauf, dass eine Krankheitseinsicht störungsbedingt nicht gegeben ist und der Tod in Kauf genommen wird, was eine britische Arbeitsgruppe bereits vor fast 20 Jahren ausführlich untersucht hat (Tan et al. 2003 a, b). Insofern kann neben dem Altersaspekt auch nicht von einer „freien Willensentscheidung zum Sterben“ durch Hungern bei Patient*innen

mit Anorexia nervosa ausgegangen werden, sondern es handelt sich um ein manifestes Krankheitssymptom. Wie problematisch in diesem Kontext von Kindern und Jugendlichen ohnehin Paradigmen wie freier Wille, informierte Zustimmung etc. sind, wurde ebenfalls mehrfach dargestellt (Tan & Fegert 2004, Tan & Koelch 2008, Kölch 2016). Auch wurde untersucht, dass z.B. Patient*innen mit Anorexia nervosa retrospektiv, obwohl sie ex ante einer Behandlung nicht zugestimmt hatten, Zwangsmaßnahmen in der Behandlung für angemessen hielten, wenn dies der Rettung ihres Lebens diene (Tan & Hope 2010). Nach Hochrechnungen von Ward et al (2019) können unter Behandlung 75% der Patienten von der Störung völlig genesen. Das schließt nicht aus, dass bei einer gegebenen Rückfallrate im Erwachsenenalter palliative Situationen eintreten können (Westermair et al 2020). Im Kindes- und Jugendalter lässt sich die Todesrate unter Behandlung nach der schwedischen Langzeitstudie von Dobrescu et al (2020) aber auch über 30 Jahre auf 0% senken.

4. Zu Todeswünschen im Rahmen palliativer Situationen bei Kindern und Jugendlichen

Hierzu sei zunächst auf Stellungnahmen der pädiatrischen Fachgesellschaften verwiesen. Aus Sicht unseres Fachgebietes wäre es aber essentiell, sollte der Gesetzgeber eine Freigabe für assistierten Suizid auch bei Minderjährigen erteilen, durch vorgeschaltete Gutachten eine behandelbare, komorbide psychiatrische Störung sicher auszuschließen. Ausdrücklich weisen wir darauf hin, dass die Prävalenz z.B. für Depressionen im Rahmen maligner Erkrankungen auch bei Kindern und Jugendlichen weltweit deutlich erhöht ist (Akimana et al. 2019), im Langzeitverlauf teilweise abhängig vom Erziehungsstil der Eltern (Ernst et al. 2020).

Zusammengefasst muss für das Kindes- und Jugendalter festgehalten werden:

Vor dem Hintergrund unserer Ausführungen sieht die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie die Population der unter 18jährigen auch aufgrund ihrer entwicklungsbiologischen Prädisposition zu impulshaften Handlungen mit einer guten Therapierbarkeit als besonders schützenswert vor einer Gesetzgebung zur Suizidbeihilfe an.

Wir empfehlen daher in einem Gesetzentwurf folgendes vorzusehen: 1. eine genaue Prüfung einer etwa eingeschränkten Selbstbestimmung, die Sicherstellung der Behandlung psychischer Störungen einschließlich einer Behandlung gegen den Willen gemäß Unterbringungsgesetzen der Länder bzw. gemäß § 1631b BGB. 2. Im Rahmen palliativer Situationen sollten behandelbare psychische Störungen durch eine kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung sicher

ausgeschlossen bzw. im positiven Fall einer Behandlung zugeführt werden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Michael Kölch
Präsident der DGKJP

Literatur

- Akimana B, Abbo C, Balagadde-Kambugu J, Nakimuli-Mpungu E. (2019). [Prevalence and factors associated with major depressive disorder in children and adolescents at the Uganda Cancer Institute](#). BMC Cancer. 2019 May 17;19(1):466. doi: 10.1186/s12885-019-5635-z
- Becker K, Plener P (2019). Suizidales Verhalten, Kapitel 40, S. 403-411, in Remschmidt H & Becker K, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 7. Auflage, Hogrefe-Verlag.
- De Berardis D, Fornaro M, Valchera A, Cavuto M, Perna G, Di Nicola M, Serafini G, Carano A, Pompili M, Vellante F, Orsolini L, Fiengo A, Ventriglio A, Yong-Ku K, Martinotti G, Di Giannantonio M, Tomasetti C (2018). Eradicating Suicide at Its Roots: Preclinical Bases and Clinical Evidence of the Efficacy of Ketamine in the Treatment of Suicidal Behaviors. Int J Mol Sci. 2018 Sep 23;19(10). pii: E2888.
- DGKJP et al. (2016). AWMF-Leitlinie Suizidales Verhalten im Kindes- und Jugendalter; https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-031l_S2k_Suizidalitaet_KiJu_2016-07_01.pdf
- Dobrescu SR, Dinkler L, Gillberg C, Råstam M, Gillberg C, Wentz E. (2020). [Anorexia nervosa: 30-year outcome](#). Br J Psychiatry. 2020 Feb;216(2):97-104. doi: 10.1192/bjp.2019.113
- Donath C, Bergmann MC, Kliem S, Hillemacher T, Baier D. (2019). Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: a representative study. BMC Pediatr. 19(1):45.
- Ernst M, Brähler E, Klein EM, Jünger C, Wild PS, Faber J, Schneider A, Beutel ME. (2020). [What's past is prologue: Recalled parenting styles are associated with childhood cancer survivors' mental health outcomes more than 25 years after diagnosis](#). Soc Sci Med. 2020 May;252:112916. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.112916. Epub 2020 Mar 13
- Gerber AJ, Peterson BS, Giedd JN, Lalonde FM, Celano MJ, White SL, Wallace GL, Lee NR, Lenroot RK. (2009). Anatomical brain magnetic

- resonance imaging of typically developing children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 48(5):465-470.
- Iyengar U, Snowden N, Asarnow JR, Moran P, Tranah T, Ougrin D. (2018). A Further Look at Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: An Updated Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Front Psychiatry* 9:583.
- Kölch M (2016). Rechtliche und ethische Fragen im klinischen Alltag, in: Gerlach, Mehler-Wex, Walitza, Warnke, Wewetzer (Hg.): *Neuropsychopharmaka im Kindes- und Jugendalter*, 3. Akt. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, 81-90
- Nock MK, Greif Green J, Hwang I, McLaughlin KA, Samson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC (2013). Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Psychiatry* 70: 300-310.
- O'Connor RC, Kirtley OJ (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Philosophical transactions of the Royal Society of London* 2018; 373:20170268.
- Seiden R (1978). Where Are They Now? A Follow-up Study of Suicide Attempters from the Golden Gate Bridge. *Suicide and Life Threatening Behavior* 8:1-13
- Szumilas M, Kutcher S (2011). Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Canadian Journal of Public Health*, 102, 18-29.
- Tan J, Hope T, Stewart A. (2003a). [Competence to refuse treatment in anorexia nervosa](#). *Int J Law Psychiatry*. 2003a Nov-Dec;26(6):697-707.
- Tan JO, Fegert JM (2004). [Capacity and competence in child and adolescent psychiatry](#). *Health Care Anal*. 2004 Dec;12(4):285-94; discussion 265-72.
- Tan JO, Hope T, Stewart A, Fitzpatrick R (2003b). [Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: the views of patients and parents](#). *Int J Law Psychiatry*. 2003b Nov-Dec;26(6):627-45
- Tan JO, Koelch M (2008). [The ethics of psychopharmacological research in legal minors](#). *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008 Dec 8;2(1):39. doi: 10.1186/1753-2000-2-39
- Tan JOA, Stewart A, Fitzpatrick R, Hope T. (2009). Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *Int J Law Psychiatry*. 2010 Jan-Feb;33(1):13-19. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.10.003. Epub 2009 Nov 18.
- Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, Kelleher I, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Guillemin F, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Musa GJ, Nemes B, Postuvan V, Saiz P, Reiter-Theil S, Varnik A, Varnik P, Carli V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 385(9977):1536-44.

Westermair AL, Perrar KM, Schweiger U. (2020). Ein palliativer Ansatz für schwerste Anorexia nervosa? *Nervenarzt*. 2020 May;91(5):411-416. doi: 10.1007/s00115-020-00875-3.

Ward, ZJ, Rodriguez P, Wright DR, Bryn Austin S, Long MW (2019). Estimation of Eating Disorders Prevalence by Age and Associations With Mortality in a Simulated Nationally Representative US Cohort. [JAMA Netw Open](#). 2019 Oct; 2(10): e1912925. Published online 2019 Oct 9. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2019.12925](#)

Worchel D, Gearing RE (2010). *Suicide Assessment and Treatment, Empirical and Evidence-Based Practices* (pp. 315-338). New York Springer Publishing Company.