

Überlegungen und Empfehlungen zur Neuregelung der Suizidassistenz nach dem BVerfG-Urteil von 26. Februar 2020

Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

Der Aufforderung von Bundesminister Jens Spahn in seinem Schreiben vom 15. April 2020 nachkommend, habe ich für die Stiftung Deutsche Depressionshilfe als deren Vorstandsvorsitzender am 8.6. 2020 zu der Frage der Neuregelung der Suizidassistenz Stellung genommen und diese Stellungnahme am 28.2.2021 aktualisiert. Hierbei fließt mein persönlicher Erfahrungshorizont als klinisch tätiger Psychiater und langjähriger Leiter der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Leipzig mit ein. Die Behandlung von Menschen mit Suizidgefährdung oder nach erfolgten Suizidversuchen hat mich bei meiner ärztlichen, aber auch wissenschaftlichen Tätigkeit als Leiter des BMBF-geförderten Kompetenznetzes Depression/Suizidalität mein bisheriges Berufsleben hindurch begleitet.

Vorbemerkungen zu suizidalen Handlungen:

- Suizide sind in Deutschland keine Freitode, sondern erfolgen in aller Regel vor dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung, mit Abstand am häufigsten einer Depression. Psychologische Autopsie-Studien gehen davon aus, dass bei circa 90 % aller Suizidopfer eine psychische Erkrankung vorlag. Suizidalität ist ein Symptom und Diagnosekriterium der Depression und integraler Bestandteil dieser Erkrankung. Depression und andere psychische Erkrankungen sind demnach unter zwei Aspekten für das Thema Suizidassistenz bedeutsam:
 - I. als häufigste Ursache für Suizid und
 - II. als Erkrankungen, die typischerweise die Freiverantwortlichkeit beeinträchtigen.
- In den letzten Jahrzehnten ist in Deutschland ein deutlicher Rückgang der Suizide von 18.451 im Jahr 1980 auf 9.396 im Jahr 2018 zu verzeichnen. Parallel dazu hat die Häufigkeit, mit der eine psychiatrische Diagnose gestellt wird, drastisch zugenommen. Beispielsweise war eine psychiatrische Diagnose im Jahr 1980 in 9 % der Grund für eine Frühberentung, jetzt liegt der Wert bei circa 43 %. Eine Vervielfachung der Diagnosehäufigkeit findet sich bei den Arbeitsunfähigkeitstagen. Dies ist nicht Folge einer tatsächlichen Häufigkeitszunahme der Depression und anderer psychischer Erkrankungen, wie bevölkerungsbasierte Studien konsistent zeigen, sondern
 - I. Ausdruck eines verbesserten Hilfesuchverhaltens der Betroffenen,
 - II. einer besseren Diagnostik und Behandlung in der ärztlichen Versorgung und
 - III. einer Reduktion der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, die dazu führt, dass Depressionen und andere psychische Erkrankungen weniger oft hinter weniger stigmatisierenden Diagnosen versteckt werden. Es ist naheliegend, die Halbierung der Suizidzahlen seit 1980 mit einer Abnahme diagnostischer und therapeutischer Defizite in Verbindung zu bringen. In Verbindung mit anderen Studien weist dies auf die Bedeutung der Behandlung psychischer Erkrankungen für die Suizidprävention hin.
- Die Suizidraten der Männer sind deutlich höher als die der Frauen (16,6 vs. 5,3 in 2018), obwohl Frauen eine höhere Suizidversuchsrate haben. Dies liegt daran, dass die Letalität

suizidaler Handlungen bei Männern um ein Vielfaches höher als die der Frauen ist. Männer wählen tödlichere Suizidmethoden und führen diese innerhalb der jeweiligen Methode zudem tödlicher durch (Cibis et al 2012, Mergl et al 2015).

- Wie Depressionen so sind auch Suizide viel weniger Folge schwieriger Lebensumstände als Laien, aber auch unerfahrene Ärzte, vielfach meinen. Depressionen sind eigenständige Erkrankungen, die bei entsprechender Veranlagung auch Menschen ohne äußere Belastungen treffen und dann zu einer Suizidgefährdung führen. In einer großen Studie in England (Webb et al 2012) mit systematischer Auswertung von Millionen von Hausarzt-Akten zeigte sich, dass schwere körperliche Erkrankungen nicht zu einer nennenswerten Zunahme des Suizidrisikos führen. Unter den 873 Suizidopfern in dieser Studie lag in 38,7 % eine schwere körperliche Erkrankung (Schlaganfall, Krebserkrankung, Asthma, kardiovaskuläre Erkrankung, Diabetes mellitus, Hypertonus, COPD, Epilepsie, chronischer Rückenschmerz, Osteoporose, Osteoarthritis) vor; bei den 17.460 Kontrollpatienten ohne Suizid war diese Zahl mit 37 % nur geringfügig kleiner. Eine Karzinomerkkrankung lag bei 3,4 % der Suizidopfer und 3,2 % der Kontrollen vor. Auch wenn Patienten im Rahmen einer Depression die körperliche Erkrankung als Grund für ihre suizidalen Absichten nennen, so sind meist nicht diese, sondern die Depression der wirkliche Grund. Die Kenntnis dieser immensen Gefahr falscher und vorschneller Kausalzuordnungen ist für das Verständnis suizidalen Verhaltens und die Ausgestaltung der Suizidassistenz wichtig.

Freiwilligkeit:

Aus den Vorbemerkungen ergibt sich die Aufgabe, mit großer Sorgfalt zu prüfen, ob der Suizidwunsch tatsächlich Ausdruck freier Selbstbestimmung ist oder ob diese durch eine Depression oder eine andere psychische Erkrankung beeinträchtigt ist. Patienten berichten, dass sich ihnen während der depressiven Krankheitsphase Suizidgedanken regelrecht aufdrängen. Derartige Suizidimpulse sind nicht selten der Anlass, sich in professionelle Behandlung zu begeben. Depressionen und andere psychische Erkrankungen beeinflussen regelhaft die Willensbildung und führen zu einer negativ verzerrten Realitätswahrnehmung. Hoffnungslosigkeit ist zudem ein integraler Bestandteil der depressiven Symptomatik.

Das Erkennen einer Depression und auch anderer psychischer Erkrankungen erfordert Erfahrung. Viele Patienten sind in der Lage, eine Fassade aufrecht zu erhalten und unerfahrene Ärzte zu täuschen. Insbesondere bei Menschen mit schweren körperlichen Erkrankungen besteht bei unerfahrenen Ärzten die Gefahr, dass diese als suffizienter Grund für den Suizidwunsch angesehen und die zugrundeliegende Depression übersehen oder nur als sekundär beurteilt wird.

Der Ausschluss einer die Freiverantwortlichkeit beeinträchtigenden psychischen Erkrankung muss deshalb durch einen klinisch erfahrenen Facharzt erfolgen, d.h. durch einen Psychiater, einen Nervenarzt oder einen Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie.

Dieser sollte die Entscheidung nach ausführlicher klinisch-psychiatrischer Diagnostik und in Kenntnis früherer medizinischer Diagnosen und Behandlungen treffen.

Auch für einen erfahrenen Facharzt kann es bei manchen Patienten schwierig sein, zu entscheiden, ob eine die Freiverantwortlichkeit beeinträchtigende Depression oder andere psychische Erkrankung vorliegt. **Bei Verdacht auf Vorliegen einer Depression oder anderen psychischen Erkrankung sollte**

eine konsequente, probatorische, leitlinienorientierte Behandlung unter Nutzung der vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten durchgeführt werden.

Neben psychischen Erkrankungen gibt es zahlreiche weitere, die freie Selbstbestimmung beeinträchtigende Umstände (z.B. neurodegenerative und andere neurologische Hirnerkrankungen, endokrinologische Störungen, Medikamenten- und Drogeneffekte). Diese müssen ausgeschlossen werden.

Auch nicht als krankhaft einzustufende, psychische Reaktionen (akute Belastungsreaktionen z.B. bei Partnerschaftskonflikten) können zu Suizidabsichten führen. Bei Menschen mit diesen psychischen Reaktionen ist der Suizidwunsch in der Regel vorübergehend, so dass durch das Kriterium der Dauerhaftigkeit sich eine Suizidassistenz verbietet.

Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit:

Geprüft werden sollte die Motivation für den Suizidwunsch. Im Rahmen von Depressionen ist das Motiv häufig, anderen nicht zur Last fallen zu wollen; hinzu kommen krankheitsbedingte Schuldgefühle und Leidensdruck. Bei dieser Motivlage ist der Ausschluss einer depressiven Erkrankung besonders wichtig.

Auch unabhängig von einer krankheitsbedingt deformierten Realitätswahrnehmung und Willensbildung kann eine **altruistische Motivation Ausdruck von sozialem und gesellschaftlichem Druck** sein, der die Selbstbestimmung beeinträchtigt. In diesem Fall sollten **psychoziale Interventionen und Hilfen** angeboten werden, mit dem Ziel, diesen Druck abzubauen.

Suizidale Impulse sind bei der großen Mehrheit der Betroffenen vorübergehend. Treten sie im Rahmen depressiver Krankheitsphasen auf, die unbehandelt im Mittel 6 Monate, bisweilen auch über ein Jahr bis zum spontanen Abklingen anhalten, so kann der Suizidwunsch krankheitsbedingt über lange Zeit bestehen. In Anbetracht der auch bei erfahrenen Klinikern bisweilen bestehenden Unsicherheit, ob eine depressive Krankheitsphase bzw. eine andere, die Freiverantwortlichkeit beeinträchtigende Erkrankung vorliegt, **sollte der Suizidwunsch konstant über eine längere Zeit bestehen, wobei der Zeitraum je nach vermuteter zugrundeliegender psychischer Erkrankung unterschiedlich sein sollte.**

3

Gefahr der Normalisierung des Suizids:

Die klinische Erfahrung lehrt, dass viele Menschen mit Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen nur deshalb noch leben, weil sie ihren Suizid und das damit verbundene Stigma ihrer Familie nicht antun wollten. Wird der assistierte Suizid zu einer offiziell geregelten Wahlmöglichkeit und einem Rechtsanspruch im Leben neben anderen, so besteht das Risiko, dass hierdurch die bisher bestehende Schwelle für suizidales Verhalten gesenkt wird, und auch viele psychisch Erkrankte mit beeinträchtigter Freiverantwortlichkeit sich für einen Suizid „entscheiden“ und sich dabei nicht den Regelungen des assistierten Suizids unterwerfen, sondern sich einsam und krankheitsbedingt das Leben nehmen. Die in den Niederlanden im Zuge der Liberalisierung des Umgangs mit Suizid zu beobachtende bedrückende Zunahme nicht nur der Fälle mit aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid, sondern auch der nicht-assistierten Suizide (siehe Abbildung), verstärkt die Sorge vor gravierenden, unerwünschten Folgen einer „Normalisierung“ des Suizids. Auch die zunächst wünschenswert erscheinende Entstigmatisierung suizidalen Verhaltens ist zweischneidig. Es ist schwer abzuschätzen, ob die Vorteile einer Entstigmatisierung (z.B. größere Bereitschaft über suizidale Impulse zu reden und damit die erhöhte Chance, professionelle Hilfe zu erhalten) die

Nachteile durch die Senkung der Schwelle für Suizide aufwiegen. **Bei der Ausgestaltung muss deshalb mit größter Sorgfalt darauf geachtet werden, dass eine „Normalisierung“ des Suizids und in dessen Folge ein Anstieg der Suizide durch Menschen mit beeinträchtigter Freiverantwortlichkeit vermieden wird.** Die überwältigende Mehrheit der Suizide in Deutschland sind keine Freitode, sondern tragische Folge schwerer psychischer Erkrankungen.

Gez. Prof. Dr. Ulrich Hegerl
 Stiftung Deutsche Depressionshilfe

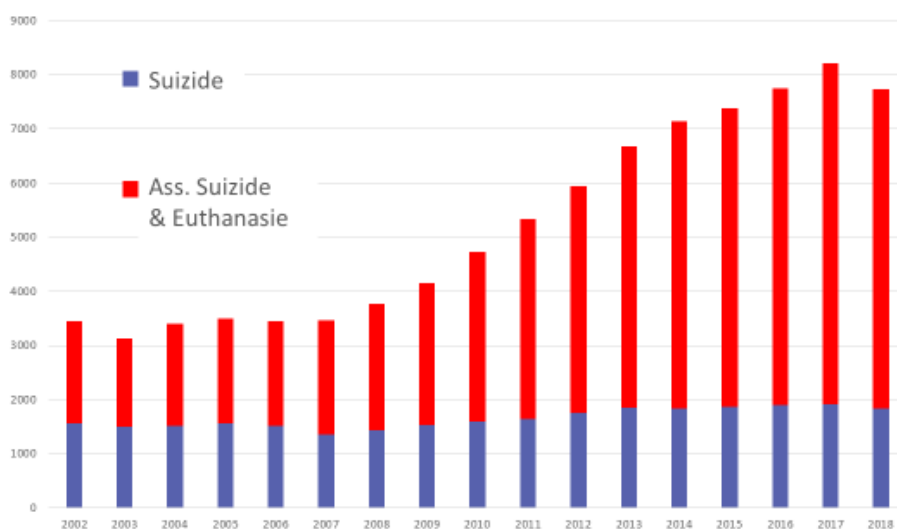
Literatur:

CIBIS A, MERGL R, BRAMESFELD A, ALTHAUS D, NIKLEWSKI G, SCHMIDTKE A, HEGERL U (2012): Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. J Affect Disord 136: 9-16.

MERGL R, KOBURGER N, HEINRICHS K, SZÉKELY A, TOTH MD, COYNE J, QUINTAO S, ARENSMAN E, COFFEY C, MAXWELL M, VÄRNIK A, VAN AUDENHOVE C, MCDAID D, SARCHIAPONE M, SCHMIDTKE A, GENZ A, GUSMAO R, HEGERL U (2015): What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. PLoS One. 10: e0129062.

WEBB R, KONTOPANTELIS E, DORAN T, QIN P, CREED F, KAPUR N (2012): Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. Arch Gen Psychiatry 63: 256-264

Absolutzahlen Suizide, ass. Suizide und Euthanasie, Niederlande 2002 - 2018



Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek