

Das Ende der Pathologisierung des Suizids

Konsequenzen dieser Auffassung für die ärztliche/psychiatrische Praxis

Hans-Jürgen Möller, München

Das Bundesverfassungsgericht (BVG) hat mit seinem Urteil vom 26.02.2020 den 2015 eingefügten § 217 StGB, der eine geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellte, als unvereinbar mit dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) und damit für nichtig erklärt [2].

Hinter der von vielen unerwarteten Erklärung der Verfassungswidrigkeit des erst 2015 vom Parlament verabschiedeten Gesetzes steht die wesentliche Überzeugung, dass die Menschenwürde im Verständnis des Grundgesetzes Freiheitsspielräume eröffnet, die sogar die Selbstbestimmung über den eigenen Tod in der Weise einschließt, dass Hilfe Dritter in Anspruch genommen werden kann. Diese Aussage scheint für viele Ärzte, zu deren Berufsalltag die Fürsorge für suizidale Menschen gehört und die durch ein Arztethos der Suizidprävention geprägt sind, überraschend und schwer nachvollziehbar. Erst wenn man den weiteren Wortlaut des Urteils liest, wird deutlich, wie sehr das BVG gerungen hat, die Balance zwischen Freiheit der persönlichen Entscheidung und der Schutzpflicht des Staates wieder auszutariieren.

Ausdrücklich wird im Urteil dargestellt, dass es dem Gesetzgeber unbenommen und möglicherweise sogar geboten sei, ein Schutzkonzept zu formulieren, das sicherstellt, dass ein Mensch, der einen assistierten Suizid in Anspruch nehmen will, eine freie Entscheidung getroffen hat. Eine ausdrückliche Weisung in diese Richtung gibt das BVG-Urteil nicht. Ein solches Schutzkonzept solle auch einer schleichenden Normalisierung des assistierten Suizids als Sterbepflicht entgegenstehen und der Suizidprävention dienen. Allerdings dürfe das Schutzkonzept die Möglichkeit, eigenverantwortlich aus dem Leben zu scheiden, nicht vereiteln. Auch darf der Gesetzgeber nicht faktisch verhindern, dass Sterbewillige sich dabei der Hilfe Dritter bedienen. Daraus ergibt sich, dass prinzipiell die Freiheit des Individuums höher bewertet wird als die Schutzpflicht des Staates. Die durch das Gesetz von 2015 unter Strafe gestellte Form der geschäftsmäßigen, das heißt auf Wiederholung angelegten Suizidbeihilfe wird dabei ausdrücklich erlaubt.

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts gilt die Ermöglichung der Suizidbeihilfe grundsätzlich in allen Phasen und Konstellationen des Lebens. Der Primat des allgemeinen Persönlichkeitsrechts verbiete es, eine rechtlich unterschiedliche Bewertung individuell wahrgenommener Belastungssze-

narien vorzunehmen. Die Suizidassistenz darf demnach aus Sicht des obersten Gerichts nicht an unheilbare Krankheitsverläufe oder beschränkte Lebensaussichten geknüpft werden. Vielmehr müsse die Entscheidung, aus dem Leben zu scheiden, dem einzelnen Sterbewilligen vorbehalten bleiben.

In dem Dilemma zwischen der Garantie des allgemeinen Persönlichkeitsrechts und der ebenfalls staatlichen Aufgabe des Lebensschutzes müsse, so das Urteil, dem Persönlichkeitsrecht letztlich der Vorzug gegeben werden. Ein wichtiger Bestandteil des Urteils ist auch, dass niemand zur Suizidbeihilfe verpflichtet werden dürfe. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn einschlägige Professionen, in erster Linie die Ärztinnen und Ärzte, eine solche Suizidbeihilfe nicht leisten wollen oder gar standesrechtlich unter Strafe stellen. Es ist fast erstaunlich, wie schnell der Deutsche Ärztetag, den Tenor des BVG-Urteils aufnehmend, bereits im Mai 2021 entschieden hat, das Verbot der ärztlichen Suizidassistenz aus der Musterberufsordnung zu streichen. Allerdings hat er auch betont, dass Suizidassistenz keine ärztliche Aufgabe sei.

Es kann nicht Aufgabe einer der Psychopharmakotherapie gewidmeten Zeitschrift wie der *PPT* sein, das Urteil des BVG unter rechtlichen, philosophischen, ethisch-moralischen und gegebenenfalls religiösen Aspekten zu erörtern. Hier soll es lediglich darum gehen, die theoretischen und praktischen Konsequenzen aus dem Blickwinkel der Psychiatrie und Psychopharmakotherapie zu bedenken.

Das Ende der Suizidprophylaxe?

Mit dem BVG-Urteil wird die (grundsätzliche) Psychopathologisierung des Suizids, wie sie seit langem – basierend auf alten unter anderem hippokratischen Traditionen – das Denken und Handeln in der Medizin/Psychiatrie bestimmte, aufgehoben und dem Suizid grundsätzlich die Möglichkeit einer voll durchdachten, bewussten und freien Entscheidung zugesprochen. Dies steht in Fortführung des Konzepts des Bilanz-

Psychopharmakotherapie 2022;29:27–30.

Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilian-Universität München, Nussbaumstraße 7, 80336 München, E-Mail: Hans-Juergen.Moeller@med.uni-muenchen.de

suizids, der aber aus Sicht der meisten Suizidologen/Psychiater bisher eher als eine seltene Ausnahme galt. In Kontrast dazu steht die große Zahl von Suiziden, die als Ausdruck/Folge einer psychischen Erkrankung oder eines psychischen Ausnahmezustands verstanden werden und aus dieser Sichtweise ärztlicher/psychotherapeutischer Hilfe und psychopharmakologischer Behandlung bedürfen. Diese Auffassung findet sich in gängigen suizidologischen Standardwerken [8] und in den aktuellen Lehrbüchern des Faches Psychiatrie und Psychotherapie [4]. Das von J. Amery propagierte Konzept des Suizids als größter Freiheit des Menschen [1], das von den meisten Psychiatern als inadäquat zurückgewiesen wurde, scheint so wieder aufzuleben, obwohl das kontrastierende Konzept des Suizids als größter Unfreiheit und Hilfebedürftigkeit des Menschen weiterhin für die meisten Suizide/Suizidversuche als angemessener erscheint [6]. Die Aufhebung der Pathologisierung des Suizids ermöglicht nicht nur juristisch den assistierten Suizid, sondern hat viel weitreichendere Auswirkungen auf das gesamte Feld der bisherigen Suizidprophylaxe und der ärztlichen Interventionen im Rahmen akuter Suizidalität.

Jahrzehntelange Erfolge der Suizidverhütung (u. a. der medikamentösen Behandlung der Depression) werden so infrage gestellt! Ist Suizidprophylaxe überflüssig geworden oder bekommt sie nur einen anderen Stellenwert? Was wird das Konzept der ärztlich assistierten Suizidbeihilfe bringen? Welche Signale gehen davon für das bisher so erfolgreiche Feld der Suizidverhütung aus? Welche Konsequenzen hat diese Wende für das Feld der psychopharmakologischen Depressionstherapie? Es galt traditionell immer als eine besonders wichtige Aufgabe der Psychiatrie, den Suizid in der jeweiligen aktuellen Situation so weit wie möglich zu verhindern und eine langfristige Suizidprophylaxe zu betreiben. Mit der Entwicklung der Psychopharmaka seit den 50er-Jahren des letzten Jahrhunderts wurden besondere Voraussetzungen für eine wirksame medikamentöse Depressionsbehandlung geschaffen und damit für eine Reduktion der depressionsbedingten Suizidalität [8]. Depressive Erkrankungen sind, wie die Forschung immer wieder gezeigt hat, eine Hauptursache der Suizidalität. Wie die eindrucksvolle Abnahme der Suizidhäufigkeit über die Jahrzehnte zeigt, haben die komplexen Ansätze der Suizidprophylaxe, bestehend aus psychopharmakologischen und psychosozialen Maßnahmen, langfristige Erfolge erreicht. Erwähnen möchte ich beispielsweise hier die sehr erfolgreichen deutschen und europäischen Aktivitäten, die primär aus dem deutschen Forschungsnetzwerk Depression/Suizidalität hervorgegangen sind, wie das am Anfang dieser Bewegung stehende Nürnberger Modell [5].

Während die Suizidrate in Deutschland vor 40 Jahren noch bei 20 (pro 100 000 pro Jahr) lag, ist sie inzwischen in einer Größenordnung von 12. Wird diese erfolgreiche Reduktion durch die Entscheidung des BVG in ihrer theoretischen/konzeptuellen und praktischen Bedeutung infrage gestellt? Müssen wir,

andersherum gedacht, anerkennen, dass es quantitativ viel mehr Suizide „aus guten Gründen“ (Bilanzsuizide in traditioneller suizidologischer Nomenklatur) gibt, die nicht aus der medizinisch-psychiatrischen Sicht und mit psychiatrischen Methoden zu beurteilen sind, die also gar nicht ärztlich verhindert werden sollten?

Suizidalität – wann behandeln?

Das BVG-Urteil geht davon aus, dass die Freiheit des Einzelnen, das eigene Leben unter Mitwirkung Dritter vorzeitig zu beenden, zu den im Grundgesetz gemeinten unveräußerlichen menschlichen Grundrechten gehört. Zum BVG-Urteil gehört auch die Abkehr von der bisher vorherrschenden Interpretation des Grundgesetzes in dem Sinne, dass jetzt die Autonomie des Menschen vorrangig ist vor dem Lebensschutz. Das hat nicht nur Auswirkungen auf den konkreten Umgang mit dem Problem assistierter Suizid, sondern strahlt auf das gesamte Spektrum von Suizid/Suizidalität aus.

Psychiatrische/psychopharmakotherapeutische Interventionen werden in diesem rechtlichen Umfeld viel schwieriger im Einzelfall zu begründen und durchzuführen. Wenn dem Suizid nunmehr grundsätzlich die Signatur „freie Willensentscheidung“ zuerkannt wird und wenn dem Schutzauftrag des Staates in diesem Kontext nur eine sekundäre Rolle beigemessen wird, muss der Mediziner/Psychiater gute Gründe vorweisen, um intervenieren zu können/zu dürfen. Er kann nicht mehr grundsätzlich – bis zum Beweis des Gegenteils – von einem im Prinzip vorliegenden psychopathologischen Geschehen ausgehen.

Kein Freibrief für assistierten Suizid ...

Das BVG gibt allerdings, wie erwähnt, nicht einen völligen Freibrief für den assistierten Suizid, sondern legt – wenn auch sehr vorsichtig formuliert – nahe, dem Lebensschutz angemessenen Raum beizumessen. Die rechtlichen und ethischen Grenzen des Lebensschutzes bedürfen nach dem Urteil des BVG der konkreten gesetzlichen Ausformulierung, womit sich viele politische und andere Arbeitsgruppen derzeit beschäftigen (z. B. [3]). Der entsprechende Gesetzgebungsprozess läuft.

Die zu erwartenden neuen gesetzlichen Vorgaben machen möglicherweise den Prozess der assistierten Selbsttötung recht kompliziert, was aber aus meiner ärztlichen Sicht kein relevantes Problem ist. Viel wichtiger scheint in dem Kontext, dass – wie die wissenschaftliche Literatur zu der Situation in den Niederlanden zeigt – derartige Regularien in praxi nicht oder nicht ausreichend befolgt werden, Verstöße nicht oder nur selten angemessen verfolgt werden und Fehlverhalten von den Gerichten, wenn überhaupt, sehr milde be-/verurteilt wird [7].

... aber Tendenz zu einem gelockerten Umgang

Derzeit besteht noch eine eher restriktive Haltung in der deutschen Ärzteschaft, dem Arzt die Rolle der Suizidbeihilfe zu-

zumuten und dafür entsprechende Regularien zu erstellen. Ich habe aber die Sorge, dass hier, wie in den Niederlanden, trotzdem ein Dambruch eintreten könnte, und dass ein ursprünglich tradiertes konkretes Verbot (z. B. im Sinne des hippokratischen Eids u. a.) immer mehr aufgelockert werden könnte.

Man denke auch daran, wie die restriktiven Konditionen/Indikationen, die in strenger Eingrenzung ursprünglich sogar von den Befürwortern der Euthanasie in den Niederlanden aufgestellt wurden, immer weiter aufgelockert wurden. Wie schnell wurde daraus in den Niederlanden eine immer weitergehende Indikation, die inzwischen sogar den „Lebensverdruss“, die „Lebensmüdigkeit“ einschließt. Heute gibt es in den Niederlanden jährlich etwa 6000 Tötungen auf Verlangen, umgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands wären das bei uns etwa 25000 Fälle! In den Niederlanden ist die aktive Euthanasie offenbar begehrter als der assistierte Suizid, der zahlenmäßig nur eine geringe Rolle spielt. Nicht vergessen werden darf in der Argumentation der „slippery slope“, wie es häufig warnend im entsprechenden angloamerikanischen suizidologischen Schrifttum heißt, der in wenigen Jahren zu einem rasanten Anstieg der Euthanasiefälle in den Niederlanden wie auch in anderen Ländern mit Euthanasie-Freigabe führte [7]. Heute ist in den Niederlanden nicht mehr das „Anomale“ der Tötung auf Verlangen/des assistierten Suizids Gegenstand der Diskussion, sondern eher, warum noch immer zu wenige davon Gebrauch machen, verbunden mit der Suche nach Hindernissen bei den Ärzten (es gibt u. a. diesbezügliche Untersuchungen und Publikationen). Die Tötung auf Verlangen ist in den Niederlanden zum Alltagsgeschehen geworden, über das die meisten Ärzte nicht mehr weiter nachdenken und für das auch die Alltagssprache banale Ausdrücke gefunden hat.

In Deutschland beginnt schon jetzt, kaum hat das BVG sein Urteil gefällt, das Fragen, ob man in der Palliativmedizin die Frage des assistierten Suizids gezielt mit den Patienten ansprechen soll – so das Thema auf der Basis einer Umfrage bei Palliativmedizinern einer noch nicht publizierten, prinzipiell bejahenden wissenschaftliche Arbeit, die ich kürzlich hinsichtlich ihrer Publikationswürdigkeit zu begutachten hatte. Wegen der prinzipiellen Grundproblematik kam es bei diesem Manuskript zu einem monatelangen und mehrstufigen Revisionsablauf.

Fatale Modellwirkung

Aus suizidologischer Sicht darf nicht die Modellwirkung des ärztlich assistierten Suizids vergessen werden. Die Modellwirkung des Suizids ist in der suizidologischen Forschung ein gut beschriebenes Phänomen und, wie empirisch nachgewiesen, faktisch von großer Relevanz. Die ärztliche Beihilfe zum Suizid macht diesen in der Außenwirkung zu einem anerkannten Akt der Lebensbeendigung, der damit besonders normativ wirkt und nachahmenswerten Beispielcharakter mit unkalkulierba-

ren Folgen im Sinne einer Sogwirkung bekommt. Das Beispiel der Niederlande zeigt das Ausmaß des Anstiegs der Euthanasiefälle und der Fälle von assistiertem Suizid. Gleichzeitig lässt die Suizidstatistik der Niederlande erkennen, dass die in den meisten anderen europäischen Ländern erfolgte Reduktion der Suizidhäufigkeit hier ausblieb.

Ärzte im Dilemma

Aus meiner Sicht reicht für die meisten Fälle ärztlicher Sterbehilfe das „Instrumentarium“ der passiven und der indirekten Sterbehilfe, die im Kontext der Betreuung eines schwer Erkrankten angewandt werden können und sich „natürlicherweise“ aus dem Rahmen und dem Geist der Arzt-Patient-Beziehung in einer solchen Situation ergeben. Eine gezielte Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe nur mit dem Ziel der ärztlichen Assistenz bei einer geplanten Selbsttötung erscheint mir eher problematisch und ist für mich persönlich als Arzt abzulehnen. Ich denke, dass eine solche Rollenvermischung – Arzt als Hüter des Lebens und Arzt als Beendiger/Zerstörer des Lebens – dem Selbstverständnis und dem Ansehen des Arztes schadet.

Der „neue Denkansatz“ führt zu einer erheblichen Verunsicherung, in welchen Fällen man überhaupt noch einen aus pathologischen Gründen durchgeführten Suizid/Suizidversuch unterstellen darf, insbesondere wenn es sich um reaktive Entwicklungen handelt: Kann nicht der Verlust der geliebten Frau genauso schlimm sein wie eine schwere leidvolle Erkrankung und somit den nachvollziehbaren Suizidwunsch zur Folge haben? Darf ich als Arzt einen solchen Menschen, wenn er bereits den Suizidversuch begangen hat, überhaupt noch von der Endstrecke dieses Weges durch medizinische Interventionen abbringen oder muss ich, unter der Annahme des berechtigten Suizidwunsches, ihn seinen Todesweg gehen lassen? Könnte ich in Zukunft gegebenenfalls verklagt werden, wenn ich ihn daran gehindert habe, seinen Todeswunsch zu realisieren? Muss ich, wenn ich einen durch Intoxikation Bewusstlosen „gerettet“ habe, ihm dann den ärztlich assistierten Suizid anbieten, wenn er weiterhin gut begründet auf seinem Todeswunsch beharrt? Darf ich ihn wenigstens weiterverweisen an einen anderen, mit assistiertem Suizid besser erfahrenen Arzt? Was, wenn er sich bereits auf dem Weg dahin selber umbringt, bin ich dann vielleicht doch eines ärztlichen Kunstfehlers schuldig, da ich den Suizid nicht verhindert habe? Diese zugegebenermaßen sehr konstruierte, vielleicht etwas skurril anmutende Darstellung soll nur die derzeitige „Umwertung aller Werte“ verdeutlichen und die daraus entstehenden Dilemmata für den ärztlichen Alltag.

Literatur

1. Amery J. Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Stuttgart 1976.
2. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1–343. http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html

3. Dorneck C, Gassner UM, Kersten J, Lindner JF, et al. Sterbehilfegesetz. Tübingen: Mohr Siebeck, 2021.
4. Falkai P, Laux G, Deister A, Möller H-J (Hrsg.). Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 7. Auflage. Stuttgart: Thieme, 2021.
5. Hegerl U, et al. Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention: Ergebnisse des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“. Dtsch Arztebl 2003;100:A2732-7.
6. Möller H-J. „Suizidalität“. In Falkai P, et al. (Hrsg.). Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 7. Auflage. Stuttgart: Thieme, 2021.
7. Möller H-J. The ongoing discussion on termination of life on request. A review from a German/European perspective. Int J Psychiatry Clin Pract 2020;30:1-17.
8. Wassermann D. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. 2. edition. Oxford – New York: Oxford University Press, 2021.

Termine Kongresse | Symposien | Workshops

16. bis 18. März 2022

Berlin

3. Gemeinsamer Kongress AGNP/DGPP

Information: <https://agnp.de>

24. bis 26. März 2022

Hannover

Deutscher Kongress für Parkinson und Bewegungsstörungen

Information:

<https://www.dpg-akbont-kongress-2021.de>

27. bis 30. April 2022

Leipzig

60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie (DGfE) e. V.

Information:

<https://www.epilepsie-tagung.de/>

18. bis 21. Mai 2022

Magdeburg

XXXVII. DGKJP Kongress

Information:

<https://www.dgkjp-kongress.de>

21. bis 25. Mai 2022

New Orleans (USA) + online

American Psychiatric Association Annual Meeting

Information:

<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/meetings/annual-meeting>

31. Mai bis 2. Juni 2022

Berlin

Berlin Brain Summit

Information:

<https://www.berlin-brain-summit.de>

9. bis 12. Juni 2022

Taipei (Taiwan)

33rd CINP World Congress of Neuropsychopharmacology

Information:

<https://www.cinp2022.org>

24. bis 25. Juni 2022

Berlin

AGNP-Psychopharmakologie-Tage

Information: <https://agnp.de>

25. bis 28. Juni 2022

Wien (Österreich)

8th Congress of the European Academy of Neurology

Information:

<https://www.ean.org/congress2022>

29. September bis 1. Oktober 2022

Mühlheim a. d. Ruhr

11. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

Information:

<https://www.alzheimer-kongress.de/home.html>

15. bis 18. Oktober 2022

Wien (Österreich)

ECNP-Kongress

Information:

<https://www.ecnp.eu/Congress2022/ECNPcongress>

Diese und weitere Veranstaltungstermine auch unter www.ppt-online.de