

Öffentliche Anhörung am 17. Dezember 2020

Phänomenologie der Sterbe- und Selbsttötungswünsche

Online-Veranstaltung

17. Dezember 2020, 09:30 Uhr

Programm

Begrüßung	2
Prof. Dr. Alena Buyx · Vorsitzende des Deutschen Ethikrates	2
Sterbewünsche und Suizidbegehren.....	4
Prof. Dr. Raymond Voltz · Uniklinik Köln.....	4
Prof. Dr. Barbara Schneider · LVR-Klinik Köln.....	9
Diskussion unter Einbeziehung des Publikums.....	17
Suizidalität in verschiedenen Lebenslagen.....	21
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen Prof. Dr. Paul Plener · Medizinische Universität Wien	22
Suizidalität im Kontext von psychischen Erkrankungen Prof. Dr. Ulrich Hegerl · Stiftung Deutsche Depressionshilfe	27
Diskussion unter Einbeziehung des Publikums.....	36
Suizidalität im Kontext palliativer Versorgung Prof. Dr. Claudia Bausewein · Klinikum der Universität München.....	39
Bilanzsuizidalität Prof. Dr. Reinhard Lindner · Universität Kassel	45
Diskussion unter Einbeziehung des Publikums.....	53
Schlusswort.....	57
Prof. Dr. Alena Buyx · Vorsitzende des Deutschen Ethikrates.....	57

Moderator der Veranstaltung:

Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl · Mitglied des Deutschen Ethikrates

Publikumsanwalt:

Prof. Dr. Steffen Augsburg · Mitglied des Deutschen Ethikrates

Begrüßung

Prof. Dr. Alena Buyx · Vorsitzende des Deutschen Ethikrates

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren, ich freue mich, dass ich Sie heute begrüßen darf zu unserer öffentlichen Anhörung und öffentlichen Plenumsitzung mit dem Thema Phänomenologie der Sterbe- und Selbsttötungswünsche.

Dies ist bereits die zweite Veranstaltung der Arbeitsgruppe Recht auf Selbsttötung. Wir hatten uns im Oktober mit grundlegenden Fragen zu Ethik und zu gesetzlichen Voraussetzungen der Selbsttötung beschäftigt, und dabei hat eine wesentliche Rolle gespielt die Frage danach, wann Suizide freiverantwortlich sind.

Dieses Thema wollen wir heute etwas konkreter einkreisen und diejenigen in den Blick nehmen, die tatsächlich solche Wünsche äußern. Da gibt es eine große Bandbreite vom liebeskranken Teenager bis hin zu stabilen und wohlüberlegten Sterbewünschen beim sogenannten Bilanzselbstmord.

Wir als Ethikrat gehen natürlich in die Bereiche, die besonders herausfordernd sind. Wir haben ein breites Spektrum und heute eine Reihe ausgezeichnete Expertinnen und Experten eingeladen, die uns berichten werden, wie es sich um die Äußerung von Sterbewünschen, um die Bedingungen von Sterbewünschen, die Situationen, in denen diese geäußert werden, handelt bei Kindern und Jugendlichen, psychisch erkrankten Menschen, in der palliativmedizinischen Situation und beim sogenannten Bilanzsuizid.

Mir kommt wie immer die Aufgabe zu, Sie in das Organisatorische einzuführen. Ich danke zuallererst der Arbeitsgruppe Recht auf Selbsttötung, die dieses Veranstaltungskonzept erdacht hat. Ich danke jetzt bereits allen Moderatoren und Vortra-

genden, der Geschäftsstelle des Deutschen Ethikrates und den Technikern, die es uns erlauben, die Veranstaltung in dieser digitalen Form heute durchzuführen. Ich danke insbesondere Ihnen, dass Sie heute dabei sind.

Wir haben zwei Livestreams und ein Online-Fragetool. Es gibt einen zweiten Livestream mit Untertitelung für hörgeschädigte und gehörlose Menschen. Das können Sie auf unserer Veranstaltungsseite frei wählen.

Wie immer werden wir die Veranstaltung dokumentieren und im Nachgang auf der Webseite des Ethikrates zur Verfügung stellen. Die Präsentationen, Audio-, Videomitschnitt sowie die Mitschrift finden Sie auf der Webseite des Deutschen Ethikrates. Wenn Sie mögen, können Sie auf Twitter unter dem Hashtag Suizidbeihilfe live mitdiskutieren.

Bevor ich an Andreas Lob-Hüdepohl übergebe, der Sie durch diese Veranstaltung leiten wird, muss ich noch eine formale Hürde nehmen. Ich möchte die Mitglieder des Deutschen Ethikrates fragen, da ich jetzt die Sitzung eröffne, ob sie unsere Tagesordnung annehmen. – Da es da keinen Widerspruch gibt, ist hiermit die Tagesordnung genehmigt.

Ich darf die Sitzung eröffnen und freue mich, an Andreas Lob-Hüdepohl zu übergeben. Er ist der Stellvertretende Sprecher der Arbeitsgruppe Recht auf Selbsttötung und wird den Ablauf und die Handhabung des Fragetools noch einmal erläutern. Lieber Andreas, vielen Dank, dass du uns durch diese Veranstaltung führst, du hast das Wort.

Andreas Lob-Hüdepohl

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich darf Sie herzlich begrüßen aus dem Raum der Berlin-Brandenburgischen Akademie zu Berlin. Wir sind die wenigen, die hier präsent sind. Alle anderen sind online zugeschaltet.

Ich darf Sie zu der zweiten öffentlichen Anhörung begrüßen. Wir haben hochkompetente Referentinnen und Referenten eingeladen, und sie werden durch ihre Beiträge sachgerecht und erhellend in die Themen einführen.

Wir haben den heutigen Vormittag thematisch zweigeteilt. Der erste Teil ist eine Annäherung an die Phänomenologie zwischen Sterbewünschen möglicherweise sehr allgemeiner Art und dann unmittelbarem Suizidbegehren. Dazwischen liegen viele Facetten und viele unterschiedliche Äußerungsformen. Worin sie bestehen und wie man angemessen auf die unterschiedlichen Äußerungsformen zwischen Sterbewünschen und Suizidbegehren eingeht, darauf werden wir im ersten inhaltlichen Teil eingehen. Hierfür haben wir zwei hochkompetente Referentinnen und Referenten gewinnen können.

In einem zweiten Teil, der sich nochmals in vier Beiträge untergliedert, wollen wir die allgemeine Phänomenologie auf unterschiedliche Lebenssituationen oder, wie man das im fachlichen Deutsch nennen könnte, auf unterschiedliche Lebenslagen konzentrieren: Das ist die Frage der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen, die Suizidalität im Kontext psychischer Erkrankungen, die Suizidalität in der palliativen Versorgung und die Suizidalität in dem Kontext, den man gemeinhin Bilanzsuizidalität nennt.

Bevor ich die erste Session eröffne, möchte ich noch etwas zum technischen Prozedere sagen. Wir haben eine öffentliche Anhörung des Deutschen Ethikrates im Rahmen einer öffentlichen Plenumsveranstaltung. Die Geschäftsordnung gebietet es deshalb, dass wir zunächst den Mitgliedern des Deutschen Ethikrates das Recht einräumen müssen und auch einräumen wollen, die Expertinnen und Experten zu befragen. Weil es aber auch eine öffentliche Anhörung ist und wir als Deutscher Ethikrat immer gern auch die Teilnah-

me der Zuhörenden ermöglichen wollen, wird es nach einer 15-minütigen Fragemöglichkeit der Ethikratsmitglieder die Möglichkeit geben, dass Sie sich an der Anhörung beteiligen, also Fragen stellen.

Diese Fragen können Sie über die Chatfunktion vortragen, und ein Mitglied des Deutschen Ethikrates, nämlich Steffen Augsberg aus Hamburg, wird Ihre Fragen sichten und sie – gewissermaßen als Anwalt des Publikums – in die Beratung des Deutschen Ethikrates einspeisen. Er wird vermutlich Fragen bündeln, einige herausgreifen und an die Referentinnen und Referenten adressieren.

Direkt unter dem Livestream ist ein Button mit einer Fragefunktion. Diesen müssen Sie bedienen, und dann können Sie anonym Ihre Fragen stellen. Diese sind nur für Sie und für uns bzw. für den Anwalt des Publikums sichtbar. Sie werden nicht öffentlich, weder als Frage noch als Person. Deshalb können Sie in diesem geschützten Raum freiwillig Ihre Fragen und Kommentare vortragen.

Soweit die Einführung von meiner Seite. Ich möchte nun die erste Session des heutigen Vormittags eröffnen und das so vornehmen wie üblich: Ich werde die Referentinnen und Referenten begrüßen, sie aber nicht ausführlich vorstellen. Es ist üblich, dass wir die Referentinnen und Referenten über die Tagungsmappe vorstellen. Dort finden Sie die wichtigsten biografischen Notizen und wichtige Veröffentlichungen.

So möchte ich beginnen mit der ersten Session, die wir „Sterbewünsche und Suizidbegehren“ genannt haben. Wir haben eine Referentin und einen Referenten aus Köln gewinnen können. Der erste ist Professor Dr. Raymond Voltz von der Universitätsklinik Köln. Unmittelbar im Anschluss an seinen Vortrag wird Frau Professor Barbara Schneider von der Landschaftsverband-Rheinland-Klinik Köln [LVR-Klinik] vortragen. Herr Voltz, ich übergebe Ihnen das Wort.

Sterbewünsche und Suizidbegehren

**Prof. Dr. Raymond Voltz · Uniklinik
Köln**

(Folie 1)

Herzlichen Dank, Herr Lob-Hüdepohl, für die Einleitung und danke für die Einladung. Es freut mich, dass ich den heutigen Tag, der auch Bericht aus der Praxis darstellen soll, beginnen darf.

(Folie 2)

Damit Sie meine Anmerkungen einordnen können: Ich komme aus der praktischen Erfahrung, aus der Neurologie, aber in den letzten Jahren auch aus der Palliativmedizin, also von Menschen mit schwerer somatischer körperlicher Erkrankung, auch in dem letzten Lebensjahr. Weil der Umgang mit Todeswünschen ein klinisch wichtiger Bereich ist, haben wir dies in unserer S3-Leitlinie für Palliativmedizin zu einem Thema gemacht. Da finden Sie auch Empfehlungen von 50 Fachgesellschaften zu diesem Thema. Es ist zwar im onkologischen Leitlinienprogramm, aber wir haben das auch für Menschen mit anderen Erkrankungen formuliert.

Das Thema ist seit mehr als zehn Jahren auch ein Schwerpunkt der Forschung in unserem Zentrum. Insofern möchte ich Sie, um Sie auch in die Diskussion des heutigen Tages einzuführen, mitnehmen in die Gesprächssituation mit Betroffenen zum Thema Umgang mit Todeswünschen. Ich beziehe mich auf Ergebnisse eines großen vom BMBF [Bundesministerium für Bildung und Forschung] geförderten Forschungsprojekts bei uns, DeDiPOM [The desire to die in palliative care: Optimization of management, Optimierung des Umgangs mit Todeswünschen in der Palliativversorgung]. Dort haben wir einen Gesprächsleitfaden entwickelt. Darin eingeflossen sind Bemerkungen von Betroffenen, Patienten im Kranken-

haus, Bewohnern in Altenheimen, Gästen im Hospiz oder auch zu Hause versorgt, und natürlich nationale und internationale Experten und Expertinnen (Sie sehen, wir haben 377 gewonnen), um das zu konsentieren.

Dieser Gesprächsleitfaden mit einer entwickelten Dokumentation dient uns auch im Rahmen des Projekts zur Entwicklung eines Kompetenztrainings im Umgang mit Todeswünschen für alle begleitenden Berufsgruppen, einschließlich ehrenamtlicher Hospizhelfer. Wir haben das evaluiert und zeigen können, dass durch ein solches Training die Kompetenz steigt. Interessanterweise steigt sie auch weiter nach Abschluss des Trainings, weil, wie wir glauben, sehr positive Erfahrungen in der Praxis gemacht werden, wenn man offen mit Menschen, mit Betroffenen über diese Themen redet.

Das haben wir auch in unserer Studie untersucht: Was ist die Wirkung auf Betroffene? Da haben wir gesehen: primum nil nocere, wir schaden auf keinen Fall mit solchen offenen Gesprächen, sondern wir nützen. Sogar in unserer nicht randomisierten, also nicht kontrollierten Studie haben wir einen signifikanten Effekt auf einige Items von Depression finden können.

Das werde ich heute natürlich nicht alles erzählen, aber Sie können es nachlesen oder sogar das Abschluss-symposium auf unserem YouTube-Kanal Uniklinik Köln, Palliativmedizin nachhören.

(Folie 3)

Stellen Sie sich vor, Sie bereiten sich auf ein Gespräch mit Betroffenen zum Thema Todeswünsche vor. Wozu wir in diesen Kompetenztrainings ermutigen, ist, sich vor dem Gespräch erst mal klarzumachen: Wo stehen Sie persönlich, in Ihrer eigenen Position auf dieser Wippe zwischen sogenannter Fürsorge und sogenannter Autonomie? Können Sie da ein Gleichgewicht halten? Oder,

um in Schulz von Thuns Wertequadrat zu sprechen, überbetonen Sie einen Aspekt auf dieser Wippe? Überbetonen Sie die Fürsorge und lassen dann die Autonomie des anderen nicht gelten? Oder überbetonen Sie die Autonomie und nehmen dann jede Frage, die da kommt, als Suizidverhinderung wahr?

Es ist wichtig, sich selbst einzuschätzen, weil Ihre Position das Gespräch beeinflusst, nicht [...] am Patienten, sondern auch ethische Diskussionen.

Aber im Patientengespräch geht es darum nicht. Es geht nicht um Sie, es geht nicht um uns, sondern es geht um unser Gegenüber, damit wir wissen, wo er oder sie steht.

(Folie 4)

Eine zweite Frage sollten Sie sich vor einem solchen Gespräch stellen: Was ist das Ziel des Gesprächs? Was wollen Sie erreichen? Wollen Sie sozusagen diese Kurzschlussreaktion bedienen: „Ah, Patient will sterben, ich kenne mich mit Suizidassistenten aus, deswegen biete ich das an“? Diese Verengung auf ein Thema? Das ist die Kommunikationsfalle, in die wir hier tappen können, weil das Gegenüber oft auch verengt ist, und wir kennen aus funktionellen Kernspinuntersuchungen das Spiegelsystem von unseren Gehirnen. Das ist die Falle: dass wir auch verengen. Unsere professionelle Aufgabe ist es aber, zu erweitern, zu öffnen, zu entspannen, in der Hoffnung, dass dann auch bei unserem Gegenüber diese Weitung, diese Entspannung eintritt, um sich selbst auch öffnen zu können, damit aus diesem Gefühl der Ausweglosigkeit vielleicht doch ein Ausweg gefunden wird.

Was machen wir in einem solchen Gespräch? Das ist der Gesprächsleitfaden: Wir fragen erst mal und versuchen diesen Todeswunsch einzuordnen (ich gehe nachher kurz in die einzelnen Bereiche), aber auch die Frage: Wie verhält sich das zum

Lebenswillen? Und erst dann kommen die Handlungsoptionen. Es gibt viele Handlungsoptionen, die müssen wir alle gleichzeitig in das Gespräch einbringen.

(Folie 5)

Wenn wir mit den Betroffenen in das Gespräch gehen, haben wir, das Gegenüber mit verschiedensten Ausgangssituationen zu tun, die wir heute auch alle besprechen werden. Da gibt es Palliativmedizin, letzte Lebensjahre, somatische Erkrankungen. Dazu müssen wir wissen, dass die Suizidraten am Anfang, bei Diagnosestellung solcher Erkrankungen (Krebs, Multiple Sklerose), höher sind als im weiteren Verlauf. Aber auch im weiteren Verlauf ist es ein Unterschied, ob das relativ rasche Versterben zu erwarten ist oder ob die Betroffenen Jahre oder Jahrzehnte eventuell mit schweren kognitiven oder funktionellen Defiziten zu tun haben (MS, Parkinson). Nicht umsonst stammen die Menschen, die sich bei Dignitas in der Schweiz melden, aus dieser Gruppe.

Wir müssen auch die psychische Komorbidität testen: Liegt da eine Depression vor?

Dann gehen wir – es gibt ja keine Reichweitenbegrenzung – auch in die Welt der psychiatrischen Erkrankung (das werden wir nachher hören) bis hin zum Bilanzsuizid.

(Folie 6)

Dann müssen wir in unserem Kopf haben die Frage: Um welche Form von Todeswünschen handelt es sich eigentlich? Wir als Gesunde würden nicht akzeptieren, dass wir in den nächsten Monaten versterben. Es ist ein weiter Weg, diese Akzeptanz des Sterbens zu erleben und durchzumachen.

Aber dann wollen wir, müssen wir loslassen vom Leben. Manche empfinden dann Lebenssattheit, Lebensmüdigkeit, manche einfach auch den

Wunsch, zu sterben und aufs Ende zu hoffen. „Ich wünschte, es wäre alles vorbei.“ Das darf man sagen dürfen. Punkt. Pause. Keine Aktion. Überhaupt keine Aktion. Einfach der Wunsch, es wäre alles vorbei. Und da dürfen wir natürlich nicht mit Handlungsvorschlägen kommen.

Die nächste Stufe der Intensität ist der Wunsch, den kommenden Todeszeitpunkt vorzuziehen, zu *hasten death*, oft erst hypothetisch, also ein hypothetischer Fluchtplan: Wenn etwas schlechter wird, *dann*. Wenn, dann. Was passiert, wenn das dann eingetreten ist, ist die nächste Frage. Dann steigt der Handlungsdruck natürlich. Es kann auch sein, dass Pläne gemacht worden sind, dass der Handlungsdruck steigt auch für den Moment. Dann sind wir im Bereich der latenten und dann der akuten Suizidalität.

Sie werden auch manchmal Unterschiede in der Nomenklatur finden. Wir werden hören, dass die in diesem Spektrum ganz linken Phänomene durchaus auch als Teil der Kontinuität hin zur Suizidalität benannt werden. Wir haben aber für den Bereich Palliativmedizin aus praktischer Überlegung heraus gesagt: Um Gottes willen, nennt das nicht Suizidalität, denn dann würden wir Menschen in ganz normalen Phänomenen pathologisieren und auch die Behandelnden den Reflex haben: „Huch, da brauch ich ja den Psychiater.“

(Folie 7)

Die nächsten Schleifen – und wir reden ja in solchen Gesprächen (die sind ausführlich, lang und aufwendig) auch in Schleifen – berühren bestimmte Themen. Das sind keine Checklisten, um Gottes willen. Aber wir müssen die Schleifen natürlich auch zu den Hintergründen lenken.

Was sind die Hintergründe? Und hier hilft mir im Gespräch oft dieses Schema von Gary Rodin (da sind natürlich nicht alle Phänomene dabei), der sagt: Es gibt diese gemeinsame Endstrecke, den

Wunsch, den Todeszeitpunkt vorzuziehen, und da vorgelagert gibt es Depression oder Hoffnungslosigkeit. Nicht zwangsläufig, aber assoziativ.

Wir müssen die Depression erkennen und gegebenenfalls behandeln. Im Bereich somatische Erkrankungen sind das etwa 10 Prozent. Wir werden nachher hören von psychiatrischen Erkrankungen, da ist das eher bei 90 Prozent, also ein großer Unterschied zwischen diesen Welten.

Dahinter steht eine Vielzahl von Hintergründen, die hier nicht alle aufgezeichnet sind. Es gibt viele Dinge, die wir beeinflussen können, nämlich somatische, körperliche Beschwerden, aber auch Dinge, die nicht so leicht zu verändern sind, wie zum Beispiel Selbstbewusstsein oder auch psychologischer Bindungstyp an das Leben. Das, was wir als Kleinkind entwickeln, wird in existenziellen Situationen wieder relevant, und das werden wir nicht ablegen können.

(Folie 8)

Die nächste Schleife, das nächste Thema ist die Frage „Funktion?“. Warum jetzt, wenn der Betreffende jetzt ein solches Gespräch startet, warum jetzt, warum gerade ich? Das ist oft etwas, wovor wir auch zurückschrecken und sagen: Um Gottes willen, warum gerade ich? Wie komme ich jetzt dazu, zu diesem Thema angesprochen zu werden? Ich ignoriere das lieber. Und das dürfen wir nicht. Wir müssen auch in der Praxis eine positive Haltung entwickeln und sagen: Das ist doch ein toller Vertrauensbeweis mir gegenüber, das ist etwas Positives. Da muss ich mir in der Praxis aber auch Worst-Case-Szenarien zurechtlegen (was mache ich, wenn ich gerade keine Zeit habe usw.), das trotzdem wertschätzend aufnehmen und auf einen späteren Zeitpunkt verlegen.

Aber auch hören: Was steckt hinter dem Wunsch der Betroffenen an Funktionen? Ist es wirklich, dass der vorzeitige Tod bevorzugt ist, eine

unerträgliche akute Situation vorliegt? Oder ist es vielleicht auch eine Möglichkeit, überhaupt Aufmerksamkeit zu bekommen? Denn sobald sie das sagen, bekommen sie die Aufmerksamkeit des ganzen Teams, was sie vorher vielleicht nicht so hatten. Sie müssen also aus diesen neun Kategorien in der Arbeit hier aus New York vor Jahren (da gibt es sicher noch mehr Funktionen) die Funktion herausfinden.

Dann wird eine neue Funktion kommen, und das ist die einzige Empfehlung, die ich Ihnen hier aus unserer S3-Leitlinie zeige. Für mich ist das die Schlüsselempfehlung, nämlich der Aufruf an uns, das Vorhandensein von Todeswünschen *aktiv* zu erfragen, was wir bisher an alle nicht unbedingt tun [...] – das haben wir entlehnt und stützen uns auf die Erfahrung aus dem Feld der Psychiatrie, die gesagt haben: Ja, die routinemäßige Abfrage von Suizidwünschen (das ist ja Routine dort) schadet nicht, löst keine Suizidgedanken aus, sondern es nützt eher.

Das gilt auch für Palliativsituationen, und das haben wir in unserer Studie auch gezeigt: Tatsächlich, es schadet nicht, es nützt eher. Und wenn irgendwelche Regularien in Deutschland kommen Richtung Assistenz zum Suizid, darf es nicht so sein wie in manch anderen Ländern, wo abgeraten wird, offene Gespräche zu führen. Nein, im Gegenteil, es muss zugeraten werden, offene Gespräche zu führen. Denn das ist entlastend, es schadet nicht.

(Folie 9)

Und wir sind noch lange nicht bei der Aktion, wie Sie merken. Jetzt geht es erst mal um die Frage: Wie hängt denn das mit dem Lebenswillen zusammen?

Das ist aus den früheren Studien ein Schlüsselzitat eines Patienten: „... wenn mir jemand etwas

gäbe und mir sagte – es ist in zwei Sekunden alles vorbei – ich würde es nehmen“.

Der nächste Satz war: „Ich möchte leben, oh mein Gott.“ „Ja, was will er denn nun?“, könnte man fragen. Soll er sich doch endlich entscheiden. Für uns war das damals neu. Ich habe das mit dem damaligen Klinikseelsorger besprochen, der sagte: Für uns ist das Alltag. Wir als Menschen können scheinbar paradoxe Dinge gleichzeitig denken. Das ist völlig normal. Und das ist auch beim Thema Todeswunsch und Lebenswille so. Und wir können das beeinflussen.

Zitat auch hier aus der frühen Studie: „... bis gestern habe ich nur an meinen Tod gedacht ... seit unserem Gespräch denke ich wieder über mein Leben nach“. Das ist etwas, wo wir in dem Gespräch, wo es um Todeswünsche ging, nicht gesagt haben: „Du musst jetzt darüber nachdenken“, nein, das ist ganz automatisch und über Nacht gekommen (unser Gehirn arbeitet auch viel über Nacht), als wir im Nachgang gefragt hatten. Wir können also diese Gedanken durch das, was wir tun, von außen tun, beeinflussen.

(Folie 10)

Den Zusammenhang zwischen Todeswunsch und Lebenswille haben wir auch in unserer Studie gesehen. Wir sehen tatsächlich eine negative statistische Korrelation zwischen Todeswunsch und Lebenswille: Je höher der Todeswunsch, desto niedriger der Lebenswille.

Aber für den einzelnen Patienten sagt das noch nicht viel aus. Sie sehen hier Patienten mit einem hohen Todeswunsch und null Lebenswille, gar kein Lebenswille. Hier sind Patienten mit einem Todeswunsch und einem mittleren Lebenswillen, und hier ist jemand mit einem hohen Todeswunsch und gleichzeitig hohem Lebenswillen.

(Folie 11)

Das verändert sich auch, wie bei dieser Patientin: über Wochen hinweg Abnahme des Lebenswillens, gleichzeitig Zunahme des Todeswunsches. Es kann auch andersrum gehen, und wir können es auch beeinflussen.

(Folie 12)

Irgendwann sind wir bei der Schleife: Was machen wir denn? Was ist die Konsequenz daraus? Und gibt es auch noch was anderes als zum Beispiel Suizidassistentz?

(Folie 13)

Das Einfache und ethisch nicht mehr Interessante, weil das selbstverständlich ist, aber in der Praxis (wir hatten gerade einen Patienten in der Richtung) überhaupt nicht selbstverständlich, ist die optimale Symptomkontrolle bei schwerer Krankheit. Das ist überhaupt nicht selbstverständlich. Da gibt es eine massive Unterversorgung, trotz aller Möglichkeiten dazu in Deutschland.

Es gibt auch die systematische Unterstützung, zum Beispiel Würdetherapie oder CALM[Managing Cancer and Living Meaningfully]-Intervention auch in Deutschland, das ist entwickelt worden, auch ethisch überhaupt nicht mehr interessant, weil – selbstverständlich das Sterben zulassen, aber in der Praxis wissen viele Patienten nicht, dass sie auch mal Nein sagen dürfen, wenn ihnen vom Gesundheitssystem etwas vorgeschlagen wird. Da wird im letzten Lebensjahr manches an Übertherapie vorgeschlagen, manchmal auch aus Verzweiflung in gewisser Weise, „wir müssen doch was tun“. Die Palliativmedizin hat entwickelt, wie man das Nichtstun besser gestalten kann. Aber das wissen manche Patienten nicht, dass man auch Nein sagen darf.

Palliative Sedierung ist etwas, was wir öfters ansprechen, etwa in einem Prozent bei uns durchführen, intermittierend, kontinuierlich. Da gibt es

europäische Richtlinien. Ein Cochrane Review sagt kürzlich: Das verkürzt das Leben nicht.

Eine Möglichkeit, wenn jemand es mehr autonom haben möchte: Den freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken können wir ansprechen. Das hängt gerade in der Palliativphase oder in der ethischen Einschätzung sehr davon ab, wie nah der Tod ist. Das zu tun ist nicht automatisch Suizid, sondern manchmal sogar nur ein Symptom des nahenden Sterbens.

Suizid und Suizidassistentz sind scheinbar nah beieinander, aber psychisch eigentlich ein ganz anderes Phänomen: das eine Suizid eher im Stillen, für sich ausgeführt; das andere, da bitte ich jemanden Dritten, da öffne ich mich, da bitte ich jemanden, Verantwortung für mich mit zu übernehmen. Das muss der Dritte natürlich auch machen oder eben nicht.

Tötung auf Verlangen: Auch wenn die Durchführung verboten ist, ist es durchaus legal, darüber zu sprechen.

Das heißt, wir haben eine Vielzahl von Handlungsoptionen, die wir besprechen müssen.

(Folie 14)

Also ist die Konsequenz aus dem Ganzen:

[1] Wir denken, dass ein solches differenziertes Herangehen auf jeden Fall routinemäßig das Begleitungsgespräch sein sollte, mit dem Ziel, dass das Gegenüber gut reflektiert eine selbstbestimmte Entscheidung vorbereiten kann. Das schadet nicht, das nützt oft, darf nicht entmutigt werden in irgendwelchen Regularien. Das Problem ist, dass wir auch im Bereich spezialisierter Palliativversorgung in unseren Curricula das Thema bisher überhaupt nicht wahrgenommen haben. Das ändert sich jetzt.

[2] Ein solches differenziertes Gespräch könnte mit der entsprechenden Dokumentation auch mit

einem ganz anderen Ziel eingesetzt werden, nämlich dem Ziel, den Wunsch nach Assistenz beim Suizid nachzuvollziehen, zu dokumentieren, dann aber eher als Checkliste. Weil das eine ganz andere Haltung ist, eine ganz andere Zielrichtung, muss das aus unserer Sicht zeitlich und personell von Punkt 1 getrennt sein und trotzdem alle Aspekte beinhalten.

[3] Ich habe bisher noch nicht von den Angehörigen gesprochen. Vielfach benutzen die Menschen, mit denen wir über diese Themen sprechen, das auch als eine Möglichkeit, mit ihren Angehörigen über diese schwierigen Themen ins Gespräch zu kommen. Das ist oft entlastend, oft aber auch schwierig, und so ist auch die Durchführung oder Assistenz beim Suizid: Oft wird es nur als positiv wahrgenommen, oft aber auch als schwierig. Es ist auf jeden Fall zumindest ein Risikofaktor für komplizierte Trauer.

Wenn wir also in Deutschland Regularien haben werden, müssen wir uns auch um die Angehörigen kümmern. Das System muss also gleichzeitig Trauerangebote für die Angehörigen anbieten.

[4] Solch ein differenziertes Gespräch könnte durchaus auch in das lernende System mit integriert werden, mit einer entsprechenden Standarddokumentation.

(Folie 15)

Um in den Begriff der Autonomie die Beziehung wieder mehr hineinzubringen, damit wir uns nicht in einem Wertequadrat verhaken, sondern in einer ausgewogenen Wippe zwischen diesen beiden Polen – und nur wenn die gut ausgewogen sind (das wissen wir ja von unseren Kindern), kann man auch gut wippen. Vielleicht ist das die Möglichkeit, das zu tun und diesen Auftrag aufzunehmen, was uns ja auch das Bundesverfassungsgericht gesagt hat: zwar Regularien schaffen, aber

diese dürfen in Deutschland keine Normalität werden.

Herzlichen Dank fürs Zuhören.

Andreas Lob-Hüdepohl

Herr Voltz, herzlichen Dank für die instruktiven Ausführungen.

Ich übergebe direkt an die zweite Vortragende der ersten Session, an Frau Professor Dr. Barbara Scheider. Sie ist tätig in der LVR-Klinik in Köln, Abteilung für Abhängigkeitserkrankten, Psychiatrie und Psychotherapie. Wer Näheres über Frau Kollegin Schneider wissen möchte, schlage bitte in den Tagungsunterlagen nach. Ich übergebe Ihnen gern das Wort, Frau Schneider.

Prof. Dr. Barbara Schneider · LVR-Klinik Köln

Vielen Dank, auch an den Ethikrat für die Einladung, dass ich heute hier sprechen darf.

(Folie 1)

Ich werde über Sterbewünsche und Suizidbegehren referieren, wobei ich insbesondere auf quantitative Aspekte eingehen werde.

In meinem Vortrag werde ich mich auf Erwachsene beziehen, nicht auf die Gruppe der sterbenden Palliativbegleiteten und auch nicht auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen. Suizidalität ist ein sehr komplexes Phänomen und einzelne Bereiche benötigen deswegen auch unterschiedliche Betrachtungsweisen.

(Folie 2)

Zunächst zu meinem eigenen Hintergrund. Ich bin Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Epidemiologin. Ich beschäftige mich mit dem Thema Suizidalität schon sehr lange, seit mehr als über 30 Jahren. Ich habe zu dem Thema habilitiert, zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten dazu verfasst und Studien durchgeführt. Außerdem

engagiere ich mich ehrenamtlich seit Mitte der 90er Jahre in der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, deren Vorsitzende ich 2014 bis 2018 war. Seit 2016 bin ich die geschäftsführende Leitung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland zusammen mit Herrn Professor Lindner, und ich bin stellvertretende Sprecherin des Referats Suizidologie der DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde].

(Folie 3)

Am Anfang möchte ich einige Begriffe klären.

Suizidalität ist eine spezifisch menschliche Möglichkeit des Denkens und des Handelns. Sie begegnet uns meist im Rahmen von psychischen Erkrankungen und psychosozialen Krisen, insbesondere bei Verlusterleben. Der Verlust kann beispielsweise der Verlust wichtiger Bezugspersonen durch Tod oder durch Trennung sein, aber auch eine Beeinträchtigung und Abhängigkeit durch Krankheit oder Alterserscheinungen.

(Folie 4)

Es gibt eine Vielzahl von Definitionen für Suizidalität. Die Definitionen der Suizidalität werden von Fachleuten immer wieder diskutiert. Es gibt keine Definition von Suizidalität, die alle Aspekte dieses Phänomens umfasst. In Deutschland wird Suizidalität häufig beschrieben als alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, seien sie bewusst oder unbewusst, die auf Selbstzerstörung durch eine selbst herbeigeführte Beendigung des Lebens ausgerichtet sind.

Hier auf der Folie finden Sie die eher pragmatische Definition der WHO [Weltgesundheitsorganisation]. Die WHO definiert Suizidalität als eine Reihe von Denk- und Verhaltensweisen, die Suizidgedanken oder -absichten, Suizidpläne, Suizidversuche und Suizide einschließen.

In diesem Zusammenhang möchte ich erwähnen, dass wir im wissenschaftlichen Sprachgebrauch immer von Suizid sprechen und nicht von Selbstmord oder Freitod. Das sind Begriffe, die eine gewisse Wertung enthalten. Deshalb verwenden wir diesen neutralen Begriff.

Außerdem möchte ich noch etwas zur Suizidprävention sagen. Was ist Suizidprävention heute? Das Verständnis von Suizidprävention hat sich im Laufe der Zeit verändert. Es hat sich entwickelt von einer eher patriarchalen, den Suizid verdammen, strafenden, den Menschen unbedingt retten wollenden, auch religiös motivierten, didaktisierten Haltung hin zu einer den Suizid annehmenden, verständnisvollen, auch die Selbstbestimmung des Individuum achtenden modernen wissenschaftlichen Grundhaltung.

Im Vordergrund der Suizidprävention steht das Verständnis der individuellen Umstände der Betroffenen und das Angebot, nicht der Zwang zur Hilfe. Über die Annahme oder Ablehnung der Hilfe entscheidet der Betroffene selbst. Die Straflosigkeit suizidaler Handlungen steht vonseiten der Suizidprävention überhaupt nicht zur Disposition, sondern ist eine unabdingbare Voraussetzung suizidpräventiver Arbeit. Dies gilt auch für die Akzeptanz des Suizidwunsches des Betroffenen. Diesen Wunsch nicht wertend ernst zu nehmen ist die Voraussetzung für stützende Kontakte.

(Folie 5)

Nun zur Phänomenologie. Phänomenologisch kann sich Suizidalität äußern in dem Wunsch nach Ruhe, Pause, Unterbrechung im Leben, als Todeswunsch, als Suizidgedanke, der impulsartig, spontan auftreten kann, der mit und ohne Plan auftreten kann, der sich zwanghaft aufdrängend bemerkbar macht, machen kann oder auch nicht, in Suizidabsichten und in Suizidhandlungen.

Natürlich ist jemand, der zwanghaft wahrgenommene, sich aufdrängende Suizidgedanken und bereits einen Plan hat, suizidgefährdeter als jemand, der den Wunsch nach Ruhe, Pause, Unterbrechung im Leben verspürt.

(Folie 6)

Ein wichtiger Punkt ist Ambivalenz. Ambivalenz hinsichtlich des Wunsches zu leben oder zu sterben ist ein grundlegendes Merkmal von Suizidalität. Ambivalenz ist geprägt vom Hin-und-her-Schwanken zwischen eigentlich nicht sterben wollen und nicht leben wollen. Wir erleben das in der Praxis häufig als Gleichzeitigkeit von Sterbewunsch und Lebenswille. Es gibt keine determinierende Entwicklungslogik von Suizidgedanken hin zur Suizidhandlung. Letztlich ist die Reaktion der Umgebung und auch die suizidale Kommunikation des Betroffenen entscheidend, ob sich eben aus Suizidgedanken ein Suizid oder ein assistierter Suizid ergibt oder nicht.

(Folie 7)

Hinzu kommt, dass Suizidalität in der Regel nicht beständig ist und dass akute lebensgefährdende Phasen nur kurze Zeit bestehen. Selbst für hocherfahrene Professionelle ist es oft schwierig, die Beständigkeit eines Suizidwunsches richtig einzuschätzen.

Die Unbeständigkeit des Suizidwunsches spiegelt sich auch in den Forschungsergebnissen zu Wiederholungsraten von Suizidraten. Nach einem Suizidversuch besteht eine Wiederholungsrate von 28 Prozent innerhalb der nächsten zehn Jahre. Knapp 5 Prozent versterben innerhalb dieser zehn Jahre an Suizid, nach zehn Jahren sind es noch mal knapp 7 Prozent.

Die Dauerhaftigkeit eines Suizidwunsches ist von vielen Faktoren abhängig, besonders von aktuellen Beziehungserfahrungen und auch vom Erleben von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. Aber

die Auseinandersetzung mit Lebensüberdruß, mit Lebenssattheit, mit Suizidideen als Möglichkeit ist nicht gleichzusetzen mit dem Entschluss zur Selbsttötung und der Umsetzung in eine Handlung.

(Folie 8)

Wie häufig kommt das nun alles vor? In Deutschland versterben jedes Jahr zwischen 9.000 und 10.000 Menschen durch Suizid. Im Jahr 2018 waren es 7.111 Männer und 2.285 Frauen, das heißt, es sind mehr als dreimal so viele Männer wie Frauen, die sich das Leben nehmen.

Die Suizidraten steigen bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Lebensalter an. Bei Männern betrug im Alter von 20 bis 24 Jahren die Suizidrate 11,4 pro 100.000, bei den über 90 Jahre alten Männern betrug sie 90,3 pro 100.000.

Man muss davon ausgehen, dass Suizidversuche etwa 10 bis 30 Mal häufiger vorkommen als vollendete Suizide.

Die Lebenszeitprävalenz der Suizidvorstellungen wird bei Erwachsenen mit 9 bis 16 Prozent angegeben. Interessanterweise findet man in der Gruppe der Jugendlichen höhere Prävalenzen.

Während in Deutschland und in vielen anderen westlichen Ländern die Suizidzahlen von Männern die von Frauen weit übertreffen, verhält sich dies beim assistierten Suizid nicht so. Die meisten Länder zeigen, dass die Zahlen für assistierten Suizid bei Männern und Frauen nahezu gleich sind bzw. dass die Frauen überwiegen.

Die Daten aus anderen Ländern zeigen, dass nach Legalisierung des assistierten Suizids die Zahlen des Suizids tendenziell steigen. In der Schweiz war nach Legalisierung des assistierten Suizids ein Rückgang der Suizidzahlen zu verzeichnen. Das ist aber wahrscheinlich auf eine Verschärfung der Waffengesetze zurückzuführen.

Die Entwicklungen in anderen Ländern weisen darauf hin, dass der assistierte Suizid von einer Gruppe von Menschen in Anspruch genommen wird, die bislang keine Suizide unternommen haben. Es fehlt uns aber definitiv an Forschung hierzu.

(Folie 9)

Grundsätzlich ist Suizid und Suizidalität das Ergebnis vielfältiger Einflüsse. Hier sehen Sie die Grafik, die wir in dem Buch der WHO *Preventing Suicide. A global imperative* entnommen haben. Die Grafik ist sehr kompliziert, daher gehe ich gleich zu den einzelnen Einflussfaktoren über.

(Folie 10)

Einflussfaktoren für Suizidalität sind Gesundheitssysteme, Gesellschaft, Kommune, Beziehungen und Individuum. Ein Gesundheitssystem ist suizidpräventiver, wenn dort viele niedrighschwellige Angebote angeboten werden und wenn suizidpräventive Kompetenz bei den Professionellen besteht, aber auch bei den Mitgliedern der Gesellschaft insgesamt.

Im Bereich der Gesellschaft ist der Zugang zu Suizidmitteln und -methoden zu erwähnen. Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln ist der am besten nachgewiesene suizidpräventive Effekt. Dazu gehören unter anderem die Verfügbarkeit von Schusswaffen, die Absicherung von Hotspots, die Absicherung von Bahngleisen und die Verblisterung und Beschränkung der Abgabemenge von Medikamenten, die in Überdosierung tödlich wirken. Die Einschränkung bestimmter Suizidmittel führt nicht zu einer Zunahme anderer Suizidmethoden.

Im Bereich der Gesellschaft ist noch zu erwähnen, dass sich abhängig von der Berichterstattung in den Medien die Zahl der Suizide erhöhen kann. Ich möchte hier nur den Suizid von Robert Enke

erwähnen. Die anderen Punkte möchte ich nicht einzeln ausführen.

(Folie 11)

Ich möchte noch zu den individuellen Einflussfaktoren für Suizidalität kommen. Die individuellen Einflussfaktoren für Suizidalität werden in vielen Ländern seit Jahrzehnten ausführlich beforscht, und für diese Faktoren existiert Evidenz.

Der wichtigste Risikofaktor für Suizid ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung einschließlich Suchterkrankung, wobei es in den Untersuchungen enorme Spannweiten gibt. Bei ungefähr 30 Prozent aller durch Suizid Verstorbenen liegt eine affektive Störung vor, das heißt eine Depression oder bipolare Störung, bei etwa 20 Prozent eine Suchterkrankung. Des Weiteren zu nennen sind psychosoziale Krisen und Konflikte, drohender Existenzverlust, frühere Suizidversuche und der Suizid eines Angehörigen.

Bei den soziodemografischen Faktoren ist beispielsweise erwähnenswert, dass mit einem gegengeschlechtlichen Partner Verheiratete das niedrigste Suizidrisiko haben. Männer haben ein erhöhtes Suizidrisiko, wenn sie einen niedrigen beruflichen Status haben, und Frauen mit einem niedrigen und einem hohen beruflichen Status haben erhöhte Suizidraten.

Biografische Faktoren spielen eine Rolle, zum Beispiel erlebte Traumata. Somatische Erkrankungen wie Krebserkrankungen, neurologische Erkrankungen und chronische Schmerzzustände sind Risikofaktoren für Suizid. Zu erwähnen ist auch Hoffnungslosigkeit, das Gefühl, anderen zur Last zu fallen, und das Gefühl, nicht dazuzugehören; das sind nachgewiesene Risikofaktoren für Suizidalität.

Wichtig ist immer die spezifische Lebenslage, das heißt die Ausstattung an objektiv wie subjektiv vorhandenen materiellen und immateriellen

Ressourcen zur Lebensführung. Das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Erwähnen möchte ich auch, dass in Bezug auf Suizidalität erhebliche Unterschiede in den Geschlechtsmustern und in der Bedeutung von suizidalem Verhalten existieren. In den westlichen Kulturen werden Suizidalität und insbesondere Suizid typischerweise als männliches Verhalten angesehen, und eine Frau, die Suizid begeht, verhält sich atypisch.

(Folie 12)

Lassen sich Sterbewünsche und Suizidwünsche ausreichend verlässlich bestimmen und voneinander unterscheiden? Bei Suizid- und Sterbewünschen gibt es all die Schwierigkeiten, die ich bereits benannt habe, die wir heute bereits gehört haben. Die Abgrenzung voneinander ist oft schwierig. Suizidalität ist ein menschliches Phänomen, das sich in Beziehungen entwickelt und in Beziehungen ereignet, und auch die Erfahrung in Beziehungen kann Suizidalität verändern. Es ist immer bedeutsam, wie das Gegenüber in der suizidalen Kommunikation reagiert. Damit sind wir alle gemeint – hier möchte ich den Begriff Awareness erwähnen – und nicht nur therapeutische Beziehungen.

Suizidalität ist natürlich leichter zu erkennen, wenn jemand den Suizidwunsch direkt verbal äußert als indirekt oder sogar nonverbal, also sich völlig zurückzieht. Oft wird die Suizidgefährdung nicht erkannt, wenn jemand nicht direkt seine Suizidalität äußert. Die Witwe eines durch Suizid Verstorbenen berichtete mir, dass ihr Ehemann (ein Geschäftsmann, der mehrere Geschäfte hatte) drei Tage lang in seinem Aktenkoffer, für alle sichtbar, eine Drahtschlinge mit sich herumführte. Er kam weder seiner Ehefrau noch den erwachsenen Kindern noch seinen Mitarbeitenden verändert vor. Jeder fragte sich, was er mit der

Drahtschlinge wohl möchte. Das passte nicht zu seinem Berufsfeld. Keiner sprach ihn darauf an. Und nach drei Tagen hat er sich an der Drahtschlinge erhängt.

Die hier gestellten Fragen lassen sich nicht einfach beantworten. Gerade der geäußerte Suizidwunsch bzw. der Wunsch nach Hilfe zum Suizid kann als ein mehr oder weniger bewusstes Angebot zum Gespräch verstanden werden. Ein Mythos ist: Wer darüber spricht, nimmt sich nicht das Leben.

Ein weiteres Vorurteil ist, dass man denjenigen, den man auf Suizidalität anspricht, erst auf Suizidgedanken oder sogar zur Suizidhandlung bringt. Genau das Gegenteil ist der Fall. Reden über Suizidalität entlastet, reduziert den suizidalen Handlungsdruck. Dies ist deshalb wichtig, da es betroffenen Menschen oft sehr schwerfällt, über ihre Suizidalität zu sprechen. Wir wissen aus Studien, dass die meisten Menschen, also 80 Prozent, in den letzten vier Wochen vor ihrem Suizid einen Arzt aufgesucht haben, aber Suizidalität kam nicht zur Sprache. Die Suizidgefahr wurde nicht erkannt. Und heute besteht auch bei den Betroffenen Angst, nicht ernst genommen zu werden, als psychisch krank abgestempelt zu werden oder auch zwangsweise behandelt zu werden.

In Gesprächen ist immer eine Akzeptanz des suizidalen Erlebens der Betroffenen notwendig. Suizidpräventiv hat sich die Entwicklung einer auf Vertrauen basierenden Beziehung erwiesen. Interventionen dürfen nie wertend sein und müssen immer die Selbstbestimmung des Suizidalen achten.

(Folie 14)

Am Ende meines Vortrags möchte ich Ihnen ein Gedicht vorlesen. Das Gedicht erinnert mich vom Inhalt an das, was mir ein Patient, den ich viele Jahre ambulant betreut habe, einmal berichtete.

Der Patient hatte immer wieder suizidale Krisen, hat auch Suizidversuche durchgeführt und sagte, er erlebt sich in den suizidalen Krisen komplett anders als außerhalb der suizidalen Krise. Außerhalb der suizidalen Krisen ist ihm immer ganz wichtig, dass er sich nicht das Leben nimmt. Das sei ihm ganz wichtig, weil er das seiner Lebensgefährtin nicht antun möchte, auch nicht seinen Kindern. Er hatte nämlich als Siebenjähriger seinen Vater erhängt aufgefunden.

„Immer enger wird mein Denken
immer blinder wird mein Blick,
mehr und mehr erfüllt sich täglich
mein entsetzliches Geschick.

Kraftlos schlepp ich mich durchs Leben
jeder Lebenslust beraubt,
habe keinen, der die Größe
meines Elends kennt und glaubt.

Doch mein Tod wird Euch beweisen,
daß ich jahre-, jahrelang
an des Grabes Rand gewandelt,
bis es jählings mich verschlang.“

(Folie 15)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Hier sehen Sie meine Kontaktdaten. Sie können mich zum Beispiel über meine E-Mail-Adresse kontaktieren. Vielen Dank.

Andreas Lob-Hüdepohl

Liebe Frau Schneider, herzlichen Dank für diesen ebenfalls instruktiven Vortrag. Wir stellen nach der Veranstaltung die Folien von allen Referentinnen und Referenten ins Netz, sodass Sie die Kontaktdaten und weitere Ergänzungen auf der Internetseite abrufen können. Ich bedanke mich bei den Referentinnen und Referenten für diese Bereitschaft.

Jetzt lade ich die Ratsmitglieder ein, Fragen zu stellen.

Kerstin Schlögl-Flierl

Ich habe zwei Fragen. Herr Voltz, mich würde der freiwillige Verzicht auf Ernährung und Flüssigkeit interessieren. Sie haben gesagt, in der

ethischen Einordnung gebe es verschiedene Ausgangssituationen. Hier hätte ich gern eine Erläuterung von Ihrer Seite, wo die Kriterien für Sie liegen und wann es zu einer Suizidhandlung in Ihrem Sinne zählt oder wann nicht.

Eine zweite Frage geht an Frau Schneider. Ich fand es spannend zu sehen, wie Geschlechter die Suizidalität bestimmen. Mich würde interessieren, wie die Genderseite hier Forschungsergebnisse beeinflusst und wie der State of the Art ist, von Ihrer Seite.

Andreas Lob-Hüdepohl

Vielleicht nehmen wir noch eine zweite Wortmeldung dazu.

Helmut Frister

Ich habe zwei Fragen. Herr Voltz, Sie haben von der ausgewogenen Wippe zwischen Fürsorge und Autonomie gesprochen. Dann bin ich über den Satz gestolpert, der sinngemäß lautet, dass die Verwendung des Begriffs Suizidalität pathologisieren und den Ruf nach einem Psychiater provozieren würde. Da war mir nicht ganz klar, wie das zu dem Bild der ausgewogenen Wippe passt. Können Sie das noch mal erläutern?

Die zweite Frage ist vielleicht ein bisschen naiv. Sie hatten diese Statistik über das Verhältnis von Lebenswillen und Todeswunsch, die Grafik. Da wollte ich fragen: Wie messen Sie das eigentlich, die Höhe des Lebenswillens bzw. eines Todeswunsches?

Raymond Voltz

Frau Schlögl-Flierl, Ihre Frage war der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken und die Einordnung. Das Phänomen, dass man nicht mehr freiwillig isst und trinkt, ist natürlich abhängig davon, in welcher klinischen Situation man sich befindet. In der Sterbephase wäre eine Flüssigkeits- oder Nahrungszufuhr künstlicherseits völlig

kontraindiziert. Es gehört zum normalen Versterben, dass man weniger Hunger hat, je näher das Versterben heranrückt. Das ist klar. Das kann man auch ein bisschen unterstützen. Wie der gerontopsychiatrische Oberarzt Dr. Ferrer sagt, hängt das immer ein bisschen davon ab, wie nah der Tod schon ums Haus schleicht. Steht er schon in der Tür? Also je näher man sich im Bereich des Versterbens befindet, auch die Wochen und Monate davor – das würde ich eine natürliche Unterstützung des natürlichen Prozesses sehen. Wir würden ja auch nicht jemanden als suizidal bezeichnen, der zum Beispiel eine angebotene Behandlung ablehnt. Aber jemand, der gesund ist und die klare Absicht hat, sich das Leben zu nehmen, das würde ich als klare Suizidalität einordnen. Wo die Grenze dazwischen ist, darüber können wir uns lange unterhalten. Dazu reicht jetzt die Zeit nicht.

Zur Frage der Wippe, Herr Frister. Das ist die Realität. Wenn wir von Suizidalität in der klinischen Begleitung sprechen, dann denkt jeder, der begleitet, automatisch an den Psychiater. Ich nicht [lacht], weil ich lange selbst in der Psychiatrie gearbeitet habe und mich mit den Kolleginnen und Kollegen sehr nett auch zu diesen Themen austausche. Aber viele Begleiter in der Realität denken so. Das ist einfach der Praxis geschuldet, und das wollen wir nicht. Wir wollen nicht pathologisieren und nicht den Psychiater sofort dazurufen.

Dann zur Frage: Wie messen wir Lebenswille und Todeswunsch? Das ist eine wichtige Frage, die uns auch forschungsmäßig sehr beschäftigt. Da gibt es aus meiner Sicht noch nicht das optimale oder die optimalen Instrumente. Was verfügbar ist, ist beim Lebenswillen eine Visuelle Analogskala: Wie viel Lebenswille haben Sie heute, wenn Sie gefragt werden und Sie dürfen sich irgendwo zwischen 0 und 10 einordnen?

Und beim Todeswunsch wird am meisten der SAHD verwendet, der Schedule of Attitudes

towards Hastened Death. Den haben wir auch im Deutschen validiert, das war eine unserer frühen Arbeiten. Der zeigt den Todeswunsch als ein einseitiges, also monokausales Geschehen in einem Wert an. Das ist auch noch nicht die Realität; da braucht es noch bessere Instrumente. Aber so haben wir es da gemessen.

Barbara Schneider

Zur Frage bezüglich Gender und Suizidalität muss ich ein bisschen ausholen. Suizidalität und insbesondere der vollendete Suizid wurde ursprünglich als etwas angesehen, was nur weise Männer durchführen können, nicht Frauen, weil Frauen zu sehr dem Leben zugeneigt sind, zu wenig rational sind etc. Herr Lindner wird das in seinem Vortrag sicherlich noch ausführen.

Wir wissen, dass Frauen in der Regel viel besser Hilfe in Anspruch nehmen und dass Frauen in der Regel bessere soziale Netze haben. Wenn irgendwelche Hotlines angeboten werden, werden sie in der Regel von Frauen in Anspruch genommen. Die Problematik ist, dass man Männer kaum erreicht, insbesondere junge Männer, aber auch alte Männer, aber die jungen Männer nehmen alle Angebote nicht in Anspruch. Da ist die Frage, eine praktische Frage: Wie erreichen wir die jungen Männer? Die jungen Männer finden einfach alles, was damit zusammenhängt, wohl unmännlich. Ich würde mal den Begriff gebrauchen, über Gefühle [...] und Schwierigkeiten zu reden ist nicht sexy.

Das ist ein Problem, das uns herausfordert. Das ist ein praktisches Problem, und damit beschäftigt sich gerade die Forschung, wie man junge Männer oder eben auch Männer erreichen könnte. Wir wissen, dass zum Beispiel Hotlines in Ostdeutschland von älteren Männern, also Männern zwischen 50 und 60, nicht so häufig in Anspruch genommen werden. Wie man Männer insgesamt besser erreichen kann, ist eine herausfordernde Frage.

Andreas Lob-Hüdepohl

Herzlichen Dank. Ich habe jetzt Herrn Bormann, Frau Schreiber und dann Herrn Kruse auf der Liste der Redenden.

Franz-Josef Bormann

Meine Frage geht an Frau Schneider. Sie erwähnten die Schwierigkeit, die Beständigkeit eines Suizidwunsches einzuschätzen. Gilt das nach Ihrer Erfahrung quer durch alle Suizidentengruppen? Oder würde das zu Spezifikationen benötigen?

Die zweite, damit zusammenhängende Teilfrage ist: Welche Kompetenzen benötigt Ihrer Meinung nach eine Person, um die Beständigkeit eines Suizidwunsches adäquat einschätzen zu können? Wer könnte das? Welche Kompetenz braucht man dafür?

Susanne Schreiber

Ich habe eine Frage an Herrn Voltz, und zwar zum Hintergrund der Suizidwünsche. Die sind ja sehr unterschiedlich, das haben Sie dargestellt. Gibt es bei einer vergleichbaren Ausgangssituation besondere Gründe, die schwerer wiegen, die häufiger auftreten? Sie hatten erwähnt mangelnde Symptomversorgung, psychologische Bindungsmuster aus der Kindheit oder die soziale Einbindung. Gibt es Faktoren, die besonders häufig auftreten in einer vergleichbaren Situation?

Andreas Kruse

Frau Schneider, wie gehen Sie mit dem Faktum um, dass es Menschen gibt, die so etwas wie eine soziale Umwelt, eine soziale Nahumwelt gar nicht mehr haben, also völlig vereinsamt sind? Wie müssen wir uns dann den Einfluss der Umwelt auf Suizidwünsche vorstellen?

Das führt mich zum zweiten Punkt der Umwelt. Wie sieht das aus mit dem Faktum der pflegenden Angehörigen, die einen chronisch kranken Menschen zu betreuen haben, bei denen wir ja auch

zum Teil eine immer stärkere soziale Einengung und einen sozialen Rückzug beobachten können? Welchen Einfluss hat diese Einengung bzw. dieser Rückzug auf dieses Suizidgeschehen?

Vielleicht kann man das noch zuspitzen mit Blick auf die Demenz. Denn wir wissen, dass demenzkranke Menschen in hohem Maße sensibel sind für die Reaktionen ihrer Umwelt.

Barbara Schneider

Zur Beständigkeit von Suizidalität muss gesagt werden, dass die Unbeständigkeit eigentlich immer vorhanden ist. Es gibt zwar eine Gruppe von Menschen, die sich lange mit Suizidgedanken trägt. Aber sich mit Suizidalität, mit Lebensüberdruß zu beschäftigen heißt noch lange nicht, dass man tatsächlich sterben will. Und diese Unbeständigkeit trifft alle Gruppen, Herr Voltz hat es schön ausgeführt: Manchmal ist der Wunsch zu sterben höher ausgeprägt und manchmal der Lebenswille. Aber häufig ist diese Ambivalenz zwischen dem Sterbenwollen und Lebenwollen sehr hoch und kann schnell hin und her schwanken. Das wurde auch schon erwähnt.

Wichtig ist, dass sich jemand tatsächlich mit dem Feld auskennt und sich damit beschäftigt hat. Wichtig ist aber nicht nur die Kompetenz, sondern dass man auch mit der Person einfühlsam und lange spricht, dass man sich Zeit nimmt und das genau sondiert.

Zur Frage von Herrn Kruse: Vereinsamung ist natürlich eine Schwierigkeit. Als Gesellschaft sind wir gefordert, alles gegen die Vereinsamung der Personen zu tun. Das ist sehr wichtig, und gerade pflegende Angehörige von Demenzkranken beispielsweise, die dann auch selbst abgeschnitten sind, benötigen es, dass sie sich in Gruppen austauschen können, dass sie wieder selber Unterstützung bekommen.

Da sind auch wir als Gesellschaft gefragt, dass wir denjenigen Unterstützung geben, die zu vereinsamen drohen oder die bereits vereinsamt sind, dass wir auch mal den Telefonhörer in die Hand nehmen und sagen, Mensch, ich hab von meinem Freund XY so lange nichts mehr gehört, jetzt melde ich mich aktiv.

Raymond Voltz

Frau Schreiber, das ist eine schwierige Frage, die mich in der klinischen Tätigkeit oft umtreibt: Welche vergleichbaren Situationen wollen wir denn vergleichen? Wir können natürlich klinische Situationen vergleichen, Diagnosen, Stadien, Multimorbidität in Pflegeeinrichtungen, zu Hause, was auch immer. Und da fängt es schon an: Das kann aus einer von außen objektiv identischen Sicht zu einem komplett anderen Coping mit der Gesamtsituation führen und auch zu anderen Reaktionen von Assistenz beim Suizidwunsch bis hin zu: Ich ergebe ich meinem Schicksal.

Dann gibt es natürlich die äußeren Faktoren, also die Symptome, wenn die Kontrolle nicht da ist, und wenn die Bürokratie in unserem Gesundheitssystem manchmal schrecklich langsam mahlt und man immer wieder in Widerspruch gehen muss. Damit zermürbt man doch die Familien. Mit einem solchen System können Sie im Prinzip alle [lacht] in Richtung Assistenzwunsch treiben.

Dann die inneren Faktoren; da gibt es interessante Studien aus Oregon, das fand ich interessant, dass dieser unsicher-vermeidende Bindungstyp mit 56 Prozent bei Patienten sehr hoch ist, während der in der normalen Bevölkerung etwa 10 bis 15 Prozent hat. Diese innere Haltung können wir nicht verändern, aber alles drumherum können wir durchaus verändern.

Andreas Lob-Hüdepohl

Herzlichen Dank. Ich übergebe nun an Steffen Augsberg. Was fragt das Publikum?

Diskussion unter Einbeziehung des Publikums

Steffen Augsberg

Vielen Dank und herzlichen Dank für die tollen Vorträge. Ich glaube, das ist dem Publikum auch so gegangen, dass viele beeindruckt sind, aber auch Fragen aufgekommen sind.

Wir können nicht alle der zahlreichen Fragen hier stellen, sondern versuchen, das so einzugrenzen, dass wir Fragen aufnehmen, die sich sinnvollerweise an die Expertin und an die Experten richten und sich insoweit vor allen Dingen mit den medizinisch-naturwissenschaftlichen Aspekten beschäftigen. Es gab eine Reihe von Fragen auch zu rechtlichen und ethischen Aspekten. Die sollten wir vielleicht in einem anderen Kontext erörtern.

Die Fragen aus dem Publikum, die mir hier sinnvoll erscheinen, lassen sich in drei Gruppen gliedern: Das eine betrifft die Differenziertheit der Suizidwünsche und der Personen, die sie an sie herantragen, das Zweite würde ich umschreiben mit dem Begriff der Beziehungen, der ja in beiden Vorträgen eine zentrale Rolle gespielt hat, und das Dritte bezieht sich auf kommunikative Effekte, die damit erzielt werden können.

Erster Komplex ist die Differenzierung. Herr Voltz, vielleicht zunächst an Sie: Sie schreiben Ihren Gesprächsleitfaden aus einer konkreten Situation der Palliativmedizin heraus und haben interessanterweise gesagt: Das muss eine aktive, also an den Patienten herangetragene Gesprächssituation sein. Können Sie etwas dazu sagen (so wird gefragt), welche Unterschiede sich hier ergeben würden, wenn man *nicht* in einer solchen Situation ist, sondern wenn man es mit Personen zu tun hat, die sich aus anderen Gründen einen assistierten Suizid oder Suizid überlegen (weil das im verfassungsgerichtlichen Kontext eine große Rolle gespielt hat), die möglicherweise keine

vorhandene somatische Problematik tragen, sondern vielleicht im alltagssprachlichen Sinne gesund sind?

Raymond Voltz

Ich kann natürlich nur aus der Erfahrung berichten, die ich mitbringe, und das ist die Palliativsituation, aber nicht nur die spezialisierte, sondern egal, wo Menschen in ihrem letzten Lebensjahr die Zeit verbringen. Da ist es so (und das ist auch die Erweiterung schon aus den Erfahrungen der psychiatrischen Welt, die Frau Schneider vorgestellt hatte), dass wir sagen: Auch für die somatischen Erkrankungen gilt es aktiv das Gespräch zu suchen.

Es schadet nie, über Dinge zu sprechen, egal welche Themen wir haben, ob es auch Ängste sind. Wenn wir nicht darüber sprechen können, sind die Ängste größer, als wenn wir darüber sprechen können. Suizidgedanken verselbstständigen sich immer mehr, je weniger wir darüber sprechen.

Diese Grundhaltung sollte jeder haben, auch Lehrer, auch Schüler. Wir haben ein Schulprojekt laufen, wo das Thema Suizidalität im Zusammenhang mit Sterben, Tod und Trauer ein großes ist, und auch da zeigt es sich: darüber reden, egal in welcher Lebenslage.

Steffen Augsberg

Frau Schneider, vielleicht können Sie das ergänzen. Wenn man das zuspitzt, sprechen wir im Moment auch darüber, ob es ein legislatives Schutzkonzept geben soll, das bestimmte prozedurale Elemente enthält, die sicherlich dem ähneln, was auch Sie, Herr Voltz, beschreiben in dem Gespräch, oder jedenfalls könnte das ein Element dessen sein.

Macht es aus Ihrer jeweiligen professionellen Sicht einen grundlegenden Unterschied, ob man ein solches Gespräch führt im Sinne eines offenen Ausganges oder vielleicht sogar einer Suizidprä-

vention, oder wenn man in ein Gefüge eingebettet ist, das als eine Suizidermöglichung oder Rechtfertigung eines Suizids, einer Suizidhilfe dienen soll?

Barbara Schneider

Ganz klar: Das Gespräch muss offen geführt sein. Es muss immer die Selbstbestimmung des Betroffenen achten, aber es ist ganz wichtig, dass in einem Gespräch offen gesprochen werden kann, dass eine vertrauensvolle Beziehung da ist, dass nicht wertend gesprochen wird und dass man wirklich ganz differenziert nachfragt und darüber spricht, was eigentlich denjenigen beschäftigt.

Also auch als Psychiaterin – ich hatte zwar die einzelnen Phänomene vorgestellt, aber ich werde nicht nur die Phänomene abfragen, sondern muss natürlich auch mehr über den Betroffenen wissen. Es muss über die speziellen Probleme und Schwierigkeiten, unter denen er nicht weiterleben kann, gesprochen werden, und das muss letzten Endes eine Einordnung erfahren können. Das ist ganz wichtig, denn es geht darum: Kann man jemandem Hilfe anbieten? Und was kann man ihm für eine Hilfe anbieten? Was braucht derjenige?

Denn ob jemand suizidal ist oder nicht und wohin das letzten Endes führen wird, hängt stark von den persönlichen, materiellen und immateriellen Ressourcen ab. Was für den einen kein Problem, kein Thema sein kann, kann für den anderen Menschen etwas sein, wo er sagt: „Das ist etwas, was – so kann ich nicht mehr leben.“

Raymond Voltz

Die Frage ist klar mit Ja zu beantworten, nämlich die Frage, das sind zwei völlig verschiedene Zielgruppen oder Haltungen, Gesprächssituationen. Wie Frau Schneider gesagt hat: Das Begleitungsgespräch muss ausführlich sein. Das andere ist ein technisches, technokratisches Abhaken von Punkten. Das machen andere Menschen, das ist

eine andere Situation. Das hat zum Ziel, diese Nachvollziehbarkeit auch festzuhalten. Das andere ist viel wichtiger. Das sind zwei völlig verschiedene Situationen mit völlig verschiedenen Menschen und Haltungen dahinter.

Steffen Augsberg

Ich verstehe die Fragen jetzt so, dass man für das, was Sie als technokratisch bezeichnen – für dieses Gespräch als Teil des prozeduralen Schutzmechanismus würde man sinnvollerweise lernen aus den Gesprächen, die Sie bereits führen, und das vielleicht als Blaupause nehmen.

[Raymond Voltz und Barbara Schneider nicken]

Da wäre interessant (das kam jedenfalls explizit als Frage), wie man der Unbeständigkeit begegnen kann. Diesem Ambivalenten, dem sich Verändernden, dem Krisenhaften, was Sie, Frau Schneider, so schön beschrieben haben, müsste man gegebenenfalls mit einem Gesprächsangebot oder einer entsprechenden kommunikativen Strategie begegnen, dass man sagt, das wird in Intervallen erneut nachgefragt. Oder was wäre da Ihre Vorstellung? Das ist so ungefähr die Frage.

Barbara Schneider

Ambivalenz ist etwas, was man nicht – man möchte ja nicht die Ambivalenz behandeln, sondern die Ambivalenz zeigt sich in dem Hin-und-her-Schwanken zwischen leben wollen und sterben wollen, und dann kann sich die Situation immer wieder verändern, und mit einem einzigen Gespräch, seien es fünf Minuten oder fünf Stunden, ist das nicht letzten Endes herauszubekommen.

Man muss immer wieder mit den Betroffenen sprechen. Die Situationen können sich verändern, es verändern sich auch Beziehungen, es verändern sich Erfahrungen in Beziehungen. Es gibt so viele Einflussfaktoren. Es sollte nie das Ziel sein, dass die Ambivalenz behandelt wird. Das geht nicht.

Eingangs hatte Herr Voltz berichtet, dass ihm der Seelsorger sagte: Es gehört zu uns Menschen, dass wir zwischen Dingen hin und her schwanken, dass wir zwei Dinge, die sich nahezu ausschließen, gleichzeitig denken können. Das ist etwas, was, glaube ich, jeder von uns kennt, und das ist in Bezug auf Suizidalität oder Todeswunsch genauso.

Raymond Voltz

Aber wir müssen anerkennen (und das ist auch die kritische Erfahrung), dass es durchaus einen ganz kleinen Prozentsatz von Menschen gerade mit schwerer somatischer Erkrankung gibt, die diesen Wunsch wirklich nachhaltig und immer wieder äußern, den man auch von außen nachvollziehen kann. Ich denke an wirklich schwerstbetroffene, auch neurologische Patienten, und das müssen wir anerkennen.

Aber alles, was Frau Schneider gesagt hat, ist so wichtig, dass wir das *vorher* klären und auch Gelegenheit geben und nicht so einen Schnellschuss, so eine Abkürzung wählen, sondern dass es auf der anderen Seite (und das wäre für mich die Wippe) diese wenigen Prozentzahlen, 0,5 Prozent oder was auch immer dann herauskommt, dass es diese Menschen natürlich auch gibt. Und da müssen wir irgendwas schaffen. Aber dass das eben nicht Normalität ist, und da müssen wir auch sagen, mit einem lernenden System: Was ist für uns normal? Ab welchem Prozentsatz ist es normal? Fängt das bei 1 Prozent an? Ist es bei 10 Prozent oder 90 Prozent? Wo nimmt die Gesellschaft die Normalität auch an? Unterhalb oder oberhalb welcher Prozentzahl?

Aber es gibt diese Menschen, und ich glaube, das müssen wir einfach anerkennen.

Steffen Augsberg

Ja, ich glaube, diese Normalisierungsmacht ist ein erhebliches Problem. Aber weil wir jetzt die

Autonomie schon mit angesprochen haben mit Blick auf die suizidalen Personen, das kam auch – zweiter Punkt – in den Beziehungen zur Sprache, inwieweit man die Autonomie auch eines möglichen Assistenten oder auch die Autonomie des- oder derjenigen, die die entsprechenden Gespräche führt, mit einbeziehen kann. Herr Voltz, Sie hatten davon gesprochen, dass man diese Zielvorstellungen, mit denen man selbst in ein Gespräch geht, auch hinterfragen muss. Gibt es da Möglichkeiten, wie man das einbezieht, wie da eine Selbstkontrolle auch der jeweiligen Gesprächsführenden stattfindet?

Raymond Voltz

Wenn ich es richtig verstanden habe, wer welches Gespräch führt? Ich glaube, wir müssen unterscheiden (das haben wir ja gerade auch besprochen) zwischen diesem ursprünglichen Gespräch und diesem, ich sag mal, technokratischen Gespräch, um das ein bisschen zu persiflieren. Das sind unterschiedliche Zielgruppen und auch unterschiedliche Menschen. Ich glaube, aus dem Bereich Psychiatrie, Palliativmedizin würden Sie fast alle dazu bewegen können, zum Typ-1-Gespräch mit beizusteuern. Aus beiden Bereichen würden Sie aber sehr wenige aktivieren können, zum Typ-2-Gespräch beizusteuern. Das sind also unterschiedliche Haltungen und unterschiedliche Menschen, und das ist ja auch die Autonomie, die wir alle – auch wir – haben werden, da zu wählen.

In Toronto, in Kanada hat (man mag das sehen, wie man möchte) Gary Rodin, den ich erwähnt habe, in seinem MAiD-System [Medical Assistance in Dying] ein sehr schönes System gemacht, dass er diese Menschen, die diese unterschiedlichen Gespräche führen, regelmäßig zusammenbringt, ausbildet, fortbildet, supervidiert, damit diese Selbstreflexion: Was erreiche ich in dem Gespräch? Was will ich persönlich erreichen

in welchem Gespräch? Was hat mich auch belastet?, damit man das austauschen kann.

Ich glaube, wir müssten Regularien schaffen, dass wir da auch dieses lernende System etablieren und dass Menschen sich auch austauschen können, dass man sich auch nach wissenschaftlichen Erkenntnissen fortbildet. Das Schlimmste wäre, dass es einem einzelnen Behandelnden überlassen wird, sowohl die Typ-1-Gespräche als auch Typ-2-Gespräche zu führen, und das ganz alleine für sich entscheiden muss. Das wäre das, wo wir mit dem Graubereich warnen, der unkontrolliert ist. Ich fürchte, jetzt kommen wir – oder vielleicht ist es auch was Gutes – in einen Bereich, wo wir das ans Licht zerren und gut dokumentieren und wirklich schauen müssen, dass wir das nachhaltig und sauber hinkriegen und nicht Abkürzungen schaffen.

Steffen Augsberg

Frau Schneider, eine letzte Frage, weil das auch an Sie ging. Wir haben die Frage mit Blick auf die Gespräche. Sie haben beide die Entlastungsfunktion hervorgehoben, insbesondere Herr Voltz, dass das aktiv geführt werden muss.

Jetzt kam die Nachfrage, ob damit nicht auch ein Entsolidarisierungseffekt verbunden sein kann, wenn so eine Frage an Menschen überhaupt herangetragen wird. Ich vermute, Sie sehen das nicht so.

[Barbara Schneider schüttelt den Kopf]

Vielleicht können Sie noch mal erklären, warum das Gesprächsangebot, die Rede über den möglichen Suizid Ihrer Sicht nach keine Entsolidarisierung impliziert.

Barbara Schneider

Das ist sicher keine Entsolidarisierung, sondern wenn ich offen mit jemand anderem über ein Thema sprechen kann, dann entlastet mich das in

der Regel. Natürlich hat ein Tabu immer auch die Rolle, dass es uns vor irgendwas schützt. Wenn wir aber nicht über Suizidalität, über unsere Gefühle, über unser Befinden, unsere Wünsche, Hoffnungen, Ängste usw. sprechen können, dann bleiben wir letzten Endes damit alleine und die Gedankenspirale kann sich immer mehr in Richtung Suizid entwickeln. Das ist keinerlei Entsolidarisierung, sondern wenn ich mit jemand anderem darüber spreche, ist das ein menschliches Miteinander, ist das etwas tun für den Mitmenschen, und das heißt nicht, dass wir unsolidarisch werden. Ich persönlich habe große Schwierigkeiten mit dem Begriff Solidarität in diesem Zusammenhang.

Raymond Voltz

Wie wir das proaktiv ansprechen in unserer klinischen Situation, ist ein großes Thema, auch in unseren Studien. Der Begriff Solidarität kam nicht vor, da stimme ich Frau Schneider zu, aber natürlich die Sorge, etwas auszulösen. Dann hatten wir einen Delphi-Prozess und gefragt: Welche Frage stellt man eigentlich, um aktiv einzusteigen? Und es ist natürlich nicht die Holzhammerfrage: „Hast du Todeswünsche?“ Das würden ja auch die wenigsten verstehen, was das eigentlich ist. Aber die Frage: „In Ihrer Situation ist es normal, sich Gedanken zu machen um Leben und um Sterben. Wie steht es denn bei Ihnen?“ Das war die Frage, die bisher den größten Konsens bekommen hat, also sich sehr vorsichtig vorzutasten. Eine Frage zu stellen ist das eine, aber auch zuzuhören und die Signale aufzunehmen ist das andere, und dann sind wir im Gespräch.

Barbara Schneider

Das ist auch etwas, was nicht nur uns Fachleute betrifft, sondern was ich auch als Person meinen Mitmenschen, meinen Nachbarn, Freunden und Familienangehörigen gegenüber tun kann. Man sollte keine Angst davor haben, und es ist wirklich

ein Mythos, dass man durch das Ansprechen jemanden erst auf diese Gedanken bringt.

Natürlich muss ich als Mensch meine Grenzen kennen. Wenn ich außerhalb bin und mich als völliger Laie empfinde und völlig überfordert fühle mit der Situation, dann muss ich natürlich Hilfe holen, Profis fragen, denjenigen zum Hausarzt bringen, in eine psychiatrische Ambulanz, irgendwohin, wo ein niedrigschwelliges Angebot, wo mehr Hilfe möglich ist. Aber es ist wirklich ganz wichtig, dass man das anspricht.

Steffen Augsberg

Wunderbar, das ist noch mal ein eindrücklicher Appell zum Schluss. Herzlichen Dank Ihnen beiden. Wir machen jetzt eine Kaffeepause und dann geht es weiter.

Suizidalität in verschiedenen Lebenslagen

Andreas Lob-Hüdepohl

Wir treten in die zweite Phase der öffentlichen Anhörung ein. Diese Phase ist nochmals untergliedert in kleinere Blöcke. Wir wollen uns nun den Sterbewünschen und dem Suizidbegehren widmen mit Blick auf spezifische Lebenslagen. Wir greifen exemplarisch vier Lebenslagen heraus: Das ist zunächst die Lebenslage von Kindern und Jugendlichen, wo wir mit dem Phänomen der Suizidalität konfrontiert sind, und dann die Lebenslage psychischer Erkrankungen, mit der wir mit Suizidalität zu tun haben.

Ich begrüße für diesen ersten Baustein des zweiten Teils unserer Anhörung Herrn Professor Dr. Paul Plener von der Medizinischen Universität in Wien. Auch hier gilt: Wenn Sie sich einen genaueren Überblick über die Vita und über bestimmte Publikationen des Kollegen informieren wollen, verweise ich Sie auf das Merkblatt, das Sie herunter-

terladen können. Herr Kollege Plener, ich übergebe Ihnen gern das Wort.

Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Prof. Dr. Paul Plener · Medizinische Universität Wien

(Folie 1)

Vielen Dank. Ich habe das Thema der Kinder und Jugendlichen übertragen bekommen, weil es natürlich mein Kernfeld ist, als Kinder- und Jugendpsychiater früher an der Uni Ulm, jetzt in Wien. Ich habe auch gemeinsam mit Frau Professor Becker die Leitlinien der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] zur Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen koordiniert.

(Folie 2)

In den nächsten Minuten soll es darum gehen, zunächst den Blick auf das Thema Kindheit und Jugend vor allem in einem Entwicklungsaspekt zu richten, der auch einige neurobiologische Aspekte beinhaltet, die aber in der Bewertung der hier aufgeworfenen Fragen eine hohe Relevanz besitzen.

Ich werde dann kurz etwas zur Epidemiologie der Suizidalität im Kindes- und Jugendalter für Deutschland ausführen, um dann auf jugendspezifische Risikofaktoren einzugehen. Nicht zuletzt möchte ich darauf hinweisen, dass wir mittlerweile eine relativ gute Evidenz hinsichtlich der Interventionsmöglichkeiten gerade in dieser Altersgruppe haben.

(Folie 3)

Zur Entwicklungsphase des Kindes- und Jugendalters: Hier ist das Spannende, dass wir einem Organismus zusehen können, der sich rapide verändert, auch was die neuronale Entwicklung angeht. Wir wissen heute, dass die Hirnreifung länger dauert, als es noch vor wenigen Jahren angenom-

men wurde. Wir wissen, dass die Reifung des weiblichen Gehirns etwa um das 22., 23. Lebensjahr abgeschlossen scheint, wiewohl das natürlich nicht heißt, dass wir nicht unser ganzes Leben lang lernfähig, veränderungsfähig und plastisch bleiben. Bei Männern dauert es etwas länger, etwa bis zum 25. Lebensjahr. Das ist ein dynamischer Prozess, den wir sehen, gerade in der Entwicklungsphase der Kindheit und Jugend, wo sich bestimmte neuronale Verbindungen im Sinne des *synaptic prunings* verändern, nicht genutzte Verbindungen eher zugrunde gehen und dafür verstärkt jene Verbindungen funktionieren und auch schneller funktionieren, die viel verwendet oder viel beansprucht werden.

Sie sehen hier an dieser berühmten Studie von Jay Giedd, der viele Kinder und Jugendliche über Jahre im Scanner verfolgt hat, dass das kein homogener Reifungsprozess ist, sondern dass manche Areale schneller reifen als andere. Wenn ich von Reifung spreche, meine ich, dass das Volumen der grauen Substanz in der Reifung eher einer umgedrehten U-Kurve gleicht, während wir eine stetige Zunahme der weißen Substanz haben, *white matter is wisdom* ist ein Schlagwort aus der Neurobiologie, die nimmt also zu.

Diese Grafik ist leicht verständlich. Sie sehen: Je violetter das Gehirn wird, umso weniger Volumen der grauen Substanz ist vorhanden. Wir sehen hier eine Reifungsform. Hier gibt es eine massive Zunahme der weißen Substanz. Was Sie aber auch sehen, wenn wir uns vor allem mit dem Jugendalter beschäftigen, ist, dass es Strukturen gibt – den dorsolateralen präfrontalen Cortex und vor allem frontale Strukturen –, die in diesem Reifungsvorgang eher spät sind. Und so haben wir in der Jugend eine Voraussetzung, wo die motivationalen Systeme, wo es um Dopamin geht, um Drive, um Antrieb, schon voll ausgereift haben, während jene Systeme der kognitiven Kontrolle,

der Zukunftsplanung, der Impulskontrolle, die sehr stark in diesen präfrontalen Strukturen verortet sind, noch nicht ausgereift sind.

Ein berühmter Hirnforscher, Herr Dahl, hat den schönen Spruch geprägt, dass man sich das jugendliche Gehirn wie einen Sportwagen vorstellen kann, aber ohne Bremse. Das hat auch zu dieser mehrfach geäußerten Hypothese der dualen Systeme geführt, wenn man sagt: Die verschiedenen Reifungszeitpunkte von Amygdala, limbisches System, Nucleus accumbens, das ist sehr viel Belohnungssystem, und dem präfrontalen Cortex, der kontrollierend-strukturierend mit der Zukunftsperspektive eingreift, um sehr simpel zu sprechen, führen dazu, dass man in dieser Lebensspanne der Jugend eine verminderte Impulskontrolle sieht.

(Folie 4)

Wenn man die aktuell publizierte systematische Übersichtsarbeit über 20 Jahre Neuroimaging-Studien im Bereich der Suizidalität unter Einschluss von über 130 Studien betrachtet, dann sieht man, dass gerade suizidales Verhalten – wir reden hier meistens über fMRT[funktionelle Magnetresonanztomografie]-Studien, das heißt Leute, die leben und Suizidversuche oder Suizidgedanken zeigen, die sind eingeflossen in diese Studien, und was man bei diesen Menschen gesehen hat, das sind Abweichungen in der Emotions- und Impulskontrolle, interessanterweise in den dorsalen oder ventralen präfrontalen Bereichen, hier in Grün dargestellt. Man sieht gleichzeitig Abweichungen in der Insula, in der Aktivierung der Insula und vor allem in der Verknüpfung zwischen Arealen.

Daher sind die Autoren dieser hochrangig publizierten Studie (höher geht in unserem Fachgebiet fast nicht mehr) zu dem Schluss gekommen: Wenn man das zusammenfasst, was man bislang

in der bildgebenden Forschung zur Suizidalität hat (wohlgemerkt nur wenige Studien davon zu Adoleszenten; das sind meistens Erwachsenenbefunde), sieht man, dass es bei denjenigen, die Suizidgedanken berichten, vor allem im ventralen präfrontalen Cortex zu Abweichungen kommt, dass sie das mit stark erlebten, negativ-emotionalen Zuständen in Zusammenhang bringen und dass man im Vergleich dazu auch bei denjenigen, die eine Geschichte eines Suizidversuchs berichten, vor allem im dorsalen präfrontalen Cortex, im Gyrus frontalis inferior, also in Arealen, die stark mit Impulskontrolle zu tun haben, hier Abweichungen findet.

Warum erzähle ich Ihnen das? Ich erzähle Ihnen das deswegen, weil wir hier, wie ich Ihnen vorhin gezeigt habe, exakt über die Areale sprechen, die im Jugendalter noch nicht voll ausgereift sind. Die Autoren dieses sehr lesenswerten Reviews haben quasi gesagt: Ja, alles, was in Grün ist – wir haben eine kognitive Inflexibilität durch eine veränderte Aktivierung in diesen Arealen, eine verminderte Emotions- und Verhaltenskontrolle, und wir haben in diesen blau markierten Arealen, die unterschiedlich aktiviert sind, auch eine verringerte Wahrnehmung von positivem Affekt und eine verstärkte Wahrnehmung von negativem Effekt. Das ist eine gefährliche Gemengelage für das Thema Suizidalität, wo sich Jugendliche rein physiologisch betrachtet in diesem Zustand befinden.

(Folie 5)

Was wir auch festhalten können (wir werden später noch etwas über den Zusammenhang zwischen Suizidalität und psychischen Erkrankungen hören): 50 Prozent aller psychischen Erkrankungen der gesamten Lebensspanne haben sich zum ersten Mal bis zum 14. Lebensjahr gezeigt und 75 Prozent aller psychischen Erkrankungen zum ersten Mal bis zum 25. Lebensjahr. Das heißt, wir

haben in dieser Altersspanne eine Hochphase der Erstmanifestation von psychischen Krankheiten. Es gibt welche, die beginnen früher, welche, die beginnen später. Vor allem Impulskontrollstörungen und Angststörungen sind, wie Sie dieser Grafik entnehmen können, wo die Interquartilsabstände aufgetragen sind, Erkrankungen, die häufig schon im Kindergarten-, Volksschulalter beginnen, und die Störungen mit Substanzkonsum, affektive Störungen und Schizophrenie sind Dinge, die in aller Regel im späteren Jugendalter und Erwachsenenalter auftreten. Sie sehen hier auch die Mediane der ersten Manifestationszeiträume aufgetragen.

(Folie 6)

Jetzt zur Epidemiologie. Prinzipiell folgt sie weltweit, mit Ausnahme von Südasien, einem relativ eindeutigen Muster. Das sind die Daten der Global Burden of Disease Study unter Einschluss von 195 Ländern. Das Muster sagt auch, dass die Suizidzahlen mit dem Alter zunehmen und vor allem Männer betreffen, die über 50 sind. Man sieht auch mehr männliche als weibliche Suizide, und was man auch aus der Global Burden of Disease Study schließen kann, ist, dass die altersadjustierte Mortalitätsrate für Suizid gesunken ist in den Jahren 1990 bis 2016, und zwar ganz ordentlich, vor allem getrieben von den Daten aus China und Indien. Da leben natürlich auch viele Menschen.

(Folie 7)

Wenn wir uns aus der OECD Family Data Base den Vergleich 1990 bis 2015 ansehen, so kann man für die Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen ein ähnliches Fazit ziehen. Sie sehen hier die Rate auf 100.000, die in den OECD-Ländern von 8,5 auf 7,4 gesunken ist. Weltweit kann man generell festhalten, dass Suizid in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen verantwortlich ist für 8,5 Prozent

aller Todesfälle. Es gilt in den meisten westlichen Ländern als zweit- oder dritthäufigste Todesursache im Jugendalter. Das hat natürlich auch damit zu tun, dass Jugendliche für gewöhnlich nicht versterben, sondern wir haben es hier mit einer der gesündesten Lebensphasen zu tun. Daher führen, glaube ich, Unfälle diese Todesursachenstatistik an und dann kommt schon oft der Suizid.

(Folie 8)

Hier deutsche Daten zur Altersverteilung und Methoden. Sie sehen hier von Hellblau über Dunkelblau zu Grau, zuletzt 2018 eine Verringerung oder eine Abnahme in der Gruppe der 10- bis 14-Jährigen, aber genauso in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen. Das ist eine Abnahme, die sich relativ gut durch die Altersgruppen zieht, wenn man mal absieht von den älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern. Auch in dieser Altersgruppe gab es eine Abnahme im Bereich der Suizide zu verzeichnen.

Wenn wir über das Jahr 2019 sprechen, dann lassen die Daten des Statistischen Bundesamtes ein klares Bild erkennen; das ist das einer Abnahme, auch im Vergleich, seit den 80er Jahren relativ durchgehend, Gott sei Dank. Wir haben innerhalb der letzten 15 Jahre in der Altersgruppe der 5- bis unter 10-Jährigen keinen einzigen Suizid in Deutschland zu vermelden. In der Gruppe der 10- bis unter 15-Jährigen sind es in absoluten Zahlen gesprochen 22.

Interessant ist, dass sich hier – und das ist ein Muster, das man weltweit findet – etwa bis zum Eintritt der Pubertät die Geschlechterwendigkeit nicht zeigt, sondern erst in der Altersgruppe der 15- bis unter 20-Jährigen. Hier gibt es im Jahr 2019 in Deutschland 163 Suizide in Absolutzahlen zu vermelden, und hier zeigt sich wieder das typische Muster eines Überwiegens der männlichen Suizide gegenüber den weiblichen Suiziden.

Die häufigsten Suizidarten in dieser Altersgruppe sind das Erhängen, gefolgt von Überrollenlassen und dem Sturz aus großer Höhe. Das hat natürlich viel mit Verfügbarkeit zu tun, welche Suizidmittel Jugendlichen zur Verfügung stehen, und so makaber das klingt, das hat auch was mit der Verkehrsinfrastruktur zu tun. Das ist etwas, was man weltweit sehen kann, dass die Länder, die ein sehr gut ausgebautes Schienennetz haben, bedauerlicherweise auch mehr Suizide im Überrollenlassen aufweisen.

(Folie 9)

Wenn wir uns das noch mal in puncto Geschlechtsverteilung vor einem generellen globalen Bild ansehen, dann wird deutlich, dass auch in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen deutlich mehr Suizide weltweit stattfinden bei Männern oder männlichen Jugendlichen im Vergleich zu weiblichen Jugendlichen. Ich habe Ihnen hier aus diesem internationalen Vergleich die Zahlen für Deutschland rausgezeichnet. Wir sprechen hier etwa von einem Drei-zu-eins- oder Vier-zu-eins-Verhältnis. Das variiert natürlich bei solchen Gott sei Dank relativ niedrigen Absolutzahlen von Jahr zu Jahr.

(Folie 10)

Wenn wir jetzt sagen, dass in der Allgemeinbevölkerung der Suizid im Jugendalter, verglichen zum Beispiel mit der Bevölkerungsgruppe der über 50-Jährigen, eine eher untergeordnete Rolle in Absolutzahlen hat, so muss doch darauf hingewiesen werden, dass sowohl Suizidgedanken wie auch Suizidversuche sehr häufig sind in Deutschland. Wir haben hier mittlerweile teilweise sehr große repräsentative Stichproben, die ziemlich eindeutig zeigen, dass man, wenn man 15-Jährige in Schulen fragt, ob sie sich schon einmal Gedanken darüber gemacht haben, sich das Leben zu nehmen, von etwas über einem Drittel eine

positive Antwort erhält. Das ist etwas, wo man sagen muss, Suizidgedanken sind zu diesem Entwicklungszeitraum offensichtlich zu einem gewissen Stück auch immanent. Innerhalb des letzten Jahres wurde das von etwa 14 Prozent beschrieben, also eine 12-Monats-Prävalenz.

Suizidversuche in dieser Altersgruppe: Wenn man 15-Jährige befragt, werden je nach Studie 6 bis 9 Prozent angegeben. Das ist auch relativ konstant innerhalb der letzten Jahre in verschiedenen Studien, dass sich das etwa in diesem Raum abspielt. Das ist etwas, was im Vergleich zu den Suiziden wirklich ein häufiges Phänomen darstellt, sowohl die Suizidgedanken als auch die Suizidversuche.

(Folie 11)

Das sind keine deutschen Daten, sondern ein sehr großer amerikanischer Datensatz. Wir haben aber – und deswegen bringe ich es hier auch – aus den kleineren deutschen Populationen einen Hinweis darauf, dass sich die zeitliche Dynamik nicht anders verhält. Es stellt sich in Deutschland ebenso dar, dass die Gedanken meistens etwa um das 13., 14. Lebensjahr häufiger werden. Sie sehen: Hier hebt die Kurve ab, und dann, etwa mit einer Verzögerung von ein bis eineinhalb Jahren, kommen Pläne und Versuche dazu.

Diese Grafik [rechts] zeigt, dass es bei 60 Prozent derjenigen, die einen konkreten Suizidplan benennen, binnen eines Jahres zu einem Umschlagen in einen Suizidversuch kommt.

(Folie 12)

Suizidversuche hängen auch mit späteren Suiziden zusammen. Das sei hier nur aus dieser Meta-Analyse von 29 longitudinalen Arbeiten in der Altersgruppe der 12- bis 26-Jährigen unterstrichen, ohne auf die Details einzugehen. Es gibt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Suizidgedanken und Suizidversuchen und auch zwischen

Suizidgedanken und späteren Suiziden. Ich möchte Sie nur kurz an diese Zahlen hier unten verweisen. Das sind die Odd Ratios für einen späteren Suizid, und Sie sehen: Wenn jemand einen Suizidversuch gemacht hat, ist das Risiko, später an einem Suizid zu versterben, quasi 22,6-fach erhöht. Das ist eine ganze Menge.

(Folie 13)

Ein Suizidversuch und Suizidgedanken im Jugendalter sind auch, wie Sie aus dieser Longitudinalstudie der Great Smoky Mountain Study sehen können, ein Indikator für spätere psychische Erkrankungen, aber auch ein genereller Indikator für eine Schlechterstellung in den Bereichen somatische Gesundheit und Risikoverhaltensweisen; den Leuten geht es finanziell und auch sozial schlechter. Wir sprechen hier wirklich über eine Risikopopulation: die Jugendlichen, die einen Suizidversuch unternommen haben. Das ist ein Prädiktor für weitere Suizidversuche und für Angststörungen.

(Folie 14)

Wenn wir uns die psychischen Krankheiten aus Longitudinalstudien anschauen in Bezug auf das Jugendalter (das ist jetzt eine europäische Stichprobe), dann kann festgehalten werden, dass vor allem die Posttraumatische Belastungsstörung, die Dysthymie und die Panikstörung mit einem deutlich erhöhten Risiko für einen Suizidversuch einhergehen, und aus einer großen amerikanischen Studie, die auch longitudinal angelegt ist, dass sich eine psychiatrische Diagnose finden lässt bei 90 Prozent der Jugendlichen mit Suizidgedanken und bei 96 Prozent der Jugendlichen, die über einen Suizidversuch berichten. Wir haben hier eine deutliche Überlappung.

(Folie 15)

Die Risikofaktoren aus einer großen britischen Longitudinalstudie sind das Wahrnehmen von

Selbstschädigung bei Familie oder Freunden, das Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose (Sie sehen hier die adjustierten Odds Ratios), das weibliche Geschlecht, höhere Impulsivität, Hoffnungslosigkeit, Rauchen und Konsum illegaler Drogen.

(Folie 16)

Eine Frage war: Gibt es adoleszenten-spezifische Stressoren? Ja, die werden in der Literatur immer wieder berichtet. Das ist vor allem die Angst vor sozialer Ausgrenzung; das kann man vor dem Hintergrund dieser Entwicklungsperiode verstehen, wo das Heraustreten aus dem familiären Kontext in einen Peerkontext sehr wichtig ist. Also das Erleben von Scham oder Erniedrigung, das Erleben von Mobbing, sozialem Ausschluss oder Zurückweisung, aber auch das Erleben von Versagen oder Angst, eine geliebte Person zu verlieren, dürfte ungleich schwerer wiegen in dieser Entwicklungsperiode.

(Folie 17)

Auch das Mobbing ist ein deutlicher Prädiktor für Suizidgedanken und Suizidversuche. Hier gibt es deutsche Daten sowie Daten aus großen internationalen Längsschnittstudien.

(Folie 18)

Die Frage ist: Kann man Menschen, vor allem Jugendlichen mit Suizidgedanken, Suizidversuchen helfen? Da gibt es mittlerweile eine relativ gute Evidenz. Hier die letzte Überblicksarbeit, 21 RCTs [randomisierte kontrollierte Studien], wo man gezeigt hat, dass die kognitive Verhaltenstherapie [CBT], die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente [DBT-A] zu einer Reduktion von Suizidversuchen und selbstschädigendem Verhalten führen kann; bei Suizidgedanken auch die Dialektisch-Behaviorale Therapie, die mentalisierungs-basierte Therapie für Adoleszente

[MBT-A] und das Resourceful Adolescent Parent Program, das eher systemisch angelegt ist.

(Folie 19)

Auch wir haben dieses Jahr eine aktuelle Meta-Analyse veröffentlicht unter Einschluss von 26 Studien und zeigen können, dass es unter psychotherapeutischer Behandlung zu einer Reduktion von Suizidgedanken in dieser Altersgruppe kommen kann.

(Folie 20)

Somit möchte ich gern zum Schluss kommen mit dem Hinweis darauf, dass Suizide im Vergleich zu anderen Altersgruppen ein eher seltenes Ereignis sind im Kindes- und Jugendalter. Suizidgedanken und Suizidversuche sind allerdings relativ häufig.

Suizidalität ist einer der häufigsten Akut-Vorstellungsgründe in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. Wir haben eine relativ gute Therapierbarkeit, wobei – auch wenn wir uns die wirksamen Studien ansehen – vor allem der Einbezug der Familie bei den Minderjährigen essenziell zu sein scheint.

Ich werde nicht müde, darauf hinzuweisen, dass es evaluierte und evidenzbasierte, schulbasierte Präventionsmaßnahmen gibt, die auch in Deutschland im Rahmen von EU-Studien bereits ausprobiert wurden. Es ist also klar, was man tun könnte, um, wie sich in der Studie gezeigt hat, Suizidversuche zu halbieren. Diese müssen aber auch in der Fläche implementiert werden. Es braucht sicher auch den politischen Willen, diese evaluierten evidenzbasierten Maßnahmen umzusetzen.

(Folie 21)

Damit bin ich am Ende und bedanke mich ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

Andreas Lob-Hüdepohl

Herr Plener, ich danke Ihnen für Ihre Ausführungen und möchte direkt überleiten zu Professor Dr. Ulrich Hegerl von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Herr Hegerl ist Professor an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie an der Goethe-Universität in Frankfurt. Herr Kollege Hegerl, Sie haben das Wort.

Suizidalität im Kontext von psychischen Erkrankungen Prof. Dr. Ulrich Hegerl · Stiftung Deutsche Depressionshilfe

(Folie 1)

Vielen Dank für die Einladung und für die Einführung. Ich möchte zunächst ein paar Worte zu meinem Erfahrungshintergrund sagen. Ich bin Psychiater und das Thema Suizidalität hat mich eigentlich das ganze Berufsleben über begleitet. In der Klinik ist es selbstverständlich, dass jeder Patient, der kommt, exploriert wird auch hinsichtlich seiner Suizidgedanken und Suizidversuche in der Vorgeschichte. Ein Großteil der Patienten kommt nach Suizidversuch in die Klinik. Viele kommen auch in die Klinik, weil sie suizidgefährdet sind. Bei jeder Visite ist das ein Thema. Wir erfahren es täglich, dass Menschen nach sechs, acht oder zehn Wochen wieder nach Hause gehen und das Leben als lebenswert empfinden. Die Hoffnung ist zurück, die Genussfähigkeit ist zurück und sie freuen sich über ihre Familie. Das ist Alltag.

Selbstverständlich ist die Frage, ob und inwieweit die Sichtweise eines Psychiaters eingengt ist. Da ist es gut zu wissen, dass man doch einen relativ breiten Blick auf das Phänomen Suizidalität hat, denn alle Menschen nach einem Suizidversuch, die in die Klinik kommen, in die Notaufnahme und in die internistische Abteilung zur Entgiftung, werden psychiatrisch untersucht, und auch

wenn irgendwo im Klinikum jemand den Eindruck hat, ein Patient könne suizidgefährdet sein, wird ein Psychiater hinzugezogen. Das heißt, man hat schon einen ziemlich breiten Blick auf das Phänomen Suizidalität.

(Folie 2)

Sie sehen hier eine schöne Kurve, nämlich den Rückgang der Suizidraten in den letzten 40 Jahren in Deutschland. Die hat sich nahezu halbiert. Vor drei Tagen kamen die neuesten Zahlen vom Statistischen Bundesamt. Sie gehen erneut um etwa 400 Suizide zurück, also eine schöne Entwicklung.

Wie ist das zu erklären? Meine Erklärung ist, dass sich heute viel mehr Menschen als früher wegen psychischer Beschwerden Hilfe holen, dass die Ärzte psychische Erkrankungen, Depressionen vor allen Dingen besser erkennen und dass Depressionen auch nicht mehr so häufig hinter Ausweichdiagnosen versteckt werden. Das zeigt sich zum Beispiel in der Zahl der Diagnosen, die hinter Frühberentungen stehen. Vor etwa 35 Jahren waren 9 Prozent aller Frühberentungen wegen psychischen Erkrankungen, heute sind es 73 Prozent. Nicht, weil wir mehr psychische Erkrankungen haben (das weiß man von bevölkerungsbasierten Untersuchungen), sondern weil mehr Menschen aus Isolation rauskommen, sich Hilfe holen und Hilfe bekommen. Das ist für mich die Hauptklärung für diesen tollen Rückgang.

(Folie 4)

Es wurde schon von meinem Vorredner, Herrn Plener, schön dargelegt: Suizidgedanken, Todeswunsch ist etwas, was relativ viele Menschen kennen. Das ist eine neue Studie von 2020, die kommt auf eine Lebenszeitprävalenz von etwa 20 Prozent; Herr Plener hat noch höhere Zahlen angegeben. Ich gehe auch davon aus, dass ein Drittel

der Menschen oder mehr Phasen in ihrem Leben haben, wo sie solche Gedanken intensiv haben.

Das muss man trennen von suizidalen Handlungen. Das darf man nicht vermengen. Denn Suizidversuche und Suizide erfolgen fast immer im Rahmen von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen. Das hatte mein Vorredner ja auch erwähnt und hier die Zahl 90 Prozent und höher genannt. Darüber könnte man jetzt diskutieren.

Wie kommt man zu diesen Zahlen? Das sind psychologische Autopsiestudien, die nach dem Tod des Suizidopfers Untersuchungen anstellen und schauen, ob eine psychiatrische Erkrankung vorgelegen hat. Die sind meistens eher konservativ und neigen nicht zur Überschätzung des Anteils psychischer Erkrankungen.

Diese hohe Zahl an psychischen Erkrankungen als Kontext für suizidale Handlungen stimmt auch komplett mit meiner Erfahrung überein. Meine eigene unmittelbare Anschauung, was die Palliativmedizin angeht, ist etwas geringer. Aber die allermeisten Menschen, die sich das Leben nehmen, tun das nicht in Verbindung mit terminalen Erkrankungen.

(Folie 5)

Wie das genau aussieht, woher die suizidalen Impulse kommen und wie sie ausgestaltet sind, hängt sehr von der zugrundeliegenden psychiatrischen Erkrankung ab. Bei Depressionen ist das Leiden sehr ausgeprägt: Hoffnungslosigkeit, innere Daueranspannung, manchmal spielen altruistische Motive eine Rolle: Die Menschen haben das Gefühl, sie sind eine Belastung für andere; es wäre besser, nicht mehr da zu sein. Bei sehr schweren Depressionen gibt es wahnhaftige Ausgestaltungen; Schuldwahn ist hier häufig: Die Menschen haben das Gefühl, schwerste Schuld auf sich geladen zu haben, in völlig übertriebener Weise.

Auch den hypochondrischen Wahn muss man hier nennen: Da ist das Gefühl, eine vielleicht nicht ganz so schwierige medizinische Problematik, eine Entzündung am Fuß oder Rückenschmerzen werden katastrophierend ausgestaltet, dass man im Rollstuhl enden wird, also hypochondrischer Wahn. Oder auch Verarmungswahn, wenn die Menschen das Gefühl haben, die Familie in komplette Armut und Elend geschickt zu haben. Hier ist auch für den Laien gut zu verstehen, dass man es hier mit einer richtigen Erkrankung zu tun hat und nicht mit einer Reaktion auf schwierige Lebensumstände.

Bei schizophrenen Erkrankungen können suizidale Impulse völlig unvorhersehbar plötzlich einschlagen und zu einer schrecklichen suizidalen Tat führen. Manche haben Halluzinationen, hören Stimmen, die von außen kommen und ihnen den Befehl geben, sich das Leben zu nehmen. Es gibt hier auch andere Phänomene.

Auch Alkoholmissbrauch ist mit einer erhöhten Suizidrate verbunden. Hier spielt vor allem eine Rolle, dass Alkohol schwellensenkend wirkt und Menschen mit suizidalen Impulsen unter dem Alkoholeinfluss dann etwas umsetzen, was sie nicht tun würden, wenn sie nüchtern gewesen wären. Ich kenne Patienten, die sagen: „Ich darf auf keinen Fall Alkohol trinken, wenn ich in einer Depression bin. Denn das ist mir schon zweimal passiert und hat in einem schlimmen Suizidversuch geendet.“

Natürlich führen auch Drogen und Alkohol zu Stimmungsschwankungen.

Es gibt Persönlichkeitsstörungen, die mit einer erhöhten Suizidrate verbunden sind. Es sind Menschen, die bei Kränkung tief erschüttert werden und dann mit Suizidalität reagieren können. Es gibt Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die starken Stimmungsschwankungen unterworfen sind, und weitere Erkrankungen wie

Essstörungen oder manisch-depressive Erkrankungen, die mit einer deutlich erhöhten Suizidrate einhergehen.

Suizidversuche können häufig auch in Verbindung mit vorübergehenden Lebenskrisen auftreten. Bei all diesen Dingen ist die Freiverantwortlichkeit eingeschränkt, und auch die Dauerhaftigkeit ist hier in aller Regel nicht gegeben.

(Folie 6)

Man sieht hier, dass die suizidalen Taten von Menschen durchgeführt werden, die mitten im Leben stehen. Die meisten Suizide erfolgen im mittleren Lebensalter. Hier sind die absoluten Suizidzahlen aufgetragen und hier unten das Alter.

(Folie 7)

Wenn man sich die Suizidraten anschaut, sieht man diese unschöne Kurve mit der Zunahme der Suizidraten vor allem bei den Männern. Die roten Säulen sind die Frauen, die blauen die Männer, also ein vielfach höheres Suizidrisiko. Darüber könnte man jetzt länger sprechen, was hier die Gründe sind. Dazu haben wir jetzt nicht die Zeit. Es gibt vielfältige Gründe, zum Beispiel dass Vergiftungen – eine der mit Abstand häufigsten Methoden – bei alten Menschen oft nicht mehr überlebt werden, während ein junger Mensch sie überlebt. Man kann hier viele andere Gründe anführen.

Was man hier auch sieht, ist der deutliche Unterschied zwischen Männern und Frauen in der Suizidrate. Da könnte man fragen: Frauen haben häufiger Depressionen, fast doppelt so häufig wie Männer, warum haben dann Frauen nicht auch häufiger Suizide? Die Erklärung ist, dass Frauen häufiger Suizidversuche begehen, aber die Letalität der Handlungen deutlich geringer ist. Das liegt an der Wahl der Methode. Frauen wählen vor allem Vergiftungen, und die werden bei uns Gott sei Dank häufig überlebt. Es gibt ein Land, wo die die

Frauen höhere Suizidraten haben als die Männer: Das ist China. Hier greifen die Frauen auch zu der Methode Vergiftung, und dort gibt es in vielen Haushalten im ländlichen Bereich Pestizide, die bei uns längst verboten sind, weil sie so tödlich sind. Die Frauen versterben dann, und dann haben sie natürlich auch höhere Suizidraten als die Männer.

Es ist also die Wahl der Methode, aber auch die Durchführung ist bei Männern in der Regel letaler als bei den Frauen.

(Folie 8)

Die meisten Menschen, wenn sie gefragt werden, wie psychosoziale Faktoren, körperliche Erkrankungen, suizidales Verhalten und psychische Erkrankungen zusammenhängen, werden so ein Modell im Kopf haben. Die meisten Menschen glauben, dass psychosoziale Faktoren (Stress, Arbeitslosigkeit usw.) zu Suiziden führen und auch zu Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen.

Ich habe auch so gestartet. Aber im Laufe der Jahre, in denen ich viele hundert Menschen über viele, viele Jahre begleitet habe, habe ich gelernt,

(Folie 9)

dass mir dieses Modell als das richtigere erscheint: Depressionen führen zu Arbeitslosigkeit, Depressionen führen zu sozialem Abstieg, schizophrene Erkrankungen führen zu Scheidungen, auch zu körperlichen Erkrankungen, und Depression und andere psychische Erkrankungen sind die Hauptursache für suizidales Verhalten bei uns, aber auch in anderen Ländern der Welt.

Ich könnte dazu jetzt eine Reihe von Argumenten bringen, möchte Ihnen aber nur zwei Studien zeigen, die sich speziell auf den Aspekt körperliche Erkrankungen beziehen.

(Folie 10)

Dies ist eine große Studie, in England durchgeführt, in Kooperation mit über 600 Hausarztpraxen. Da wurden die Patientenakten gesammelt über Jahre hinweg, und es gab im Laufe der Jahre etwa knapp 900 Suizidopfer. Das ergibt sich rein statistisch. Nun konnte man in die Akten gehen und schauen: Wie viele Suizidopfer hatten eine schwere körperliche Erkrankung? Hier sind viele schwere Erkrankungen aufgeführt: Schlaganfall, Krebserkrankung, Asthma, Herzinfarkt oder COPD, eine schwere Lungenerkrankung, dass die Menschen nicht mehr die Treppen hochsteigen können. Und dann hat man geguckt, wie viele der Suizidopfer eine dieser schweren Erkrankungen hatten. Das waren etwa 39 Prozent. Dann hat man 17.000 Kontrollen gebildet, die sich natürlich *nicht* suizidiert haben. Hier war die Zahl etwas geringer, aber nur ganz wenig: 37 Prozent hatten mindestens eine dieser schweren Erkrankungen.

Darüber muss man nachdenken. Es bedeutet: Diese Erkrankungen hatten *keinen* wesentlichen Einfluss auf die Suizidgefährdung. Wenn man sich Krebs anschaut: 3,4 Prozent der Suizidopfer hatten die Diagnose Krebs, bei den Kontrollen waren es 3,2. Das sollte einen sehr zum Nachdenken bringen, denn natürlich wird jemand, der eine Depression hat und die Diagnose Krebs, sagen, dass er sich wegen dieser schrecklichen Diagnose das Leben nehmen will. Aber das stimmt nicht. Das ist in der Regel nicht die Ursache.

Man muss wissen, wenn man jetzt die Depression im Auge hat – wenn ich mir jetzt eine Depression vorstellen würde, die würde in meinem Leben rumgucken, was gibt es Negatives? Und dieses Negative wird sich vergrößern und ins Zentrum rücken, und dann ist es für Laien, aber auch unerfahrene Ärzte verführerisch, das als Ursache anzunehmen. Das kann aber irreführend sein, wie Ihnen diese Zahlen hier zeigen.

Hier in Rot ist noch mal die Kernaussage: Schwere körperliche Erkrankungen sind meist keine suffizienten Erklärungen für Suizide und wahrscheinlich auch nicht für stärkere und sehr anhaltende Suizidwünsche.

(Folie 11)

Das ist eine andere Studie, die von einer anderen Seite kommt. In Dänemark gibt es Patientenregister, die man verknüpfen kann mit anderen Registern, wo man von der Gesamtbevölkerung schauen kann, wie die damit zusammenhängen. Hier wurde die Gesamtgruppe der Dänen untersucht, männliche Gruppe im Alter von 65 Jahre und älter. Und hier unten sehen Sie die Suizidraten aufgetragen für diese Gruppe. In der Gesamtpopulation der Dänen liegt diese etwa bei 40 Suiziden pro 100.000. Das ist bei älteren Männern durchaus etwas, was bei uns so ähnlich sein wird, vielleicht sogar noch etwas höher etwas. Sie sehen hier verschiedene Aspekte, wo diese Rate erhöht ist.

Was raussticht, ist die Depression. Wenn sie in irgendeiner Untersuchung die Diagnose Depression bekommen haben und das im Register auftaucht, haben diese Menschen ein drastisch erhöhtes Suizidrisiko. An zweiter Stelle andere psychische Erkrankungen, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit usw. Das sticht heraus.

Wenn man sich körperliche Erkrankungen anschaut, gibt es hier auch eine gewisse Erhöhung, wenn man mehr als vier körperliche Erkrankungen hat. Auch hier muss man sich fragen: Woran liegt das? Denn wenn Sie alkoholabhängig sind, haben Sie auch mehr körperliche Erkrankungen. Auch Depression geht mit einer erhöhten Herzinfarkttrate einher. Das heißt, das müssten Sie noch abziehen, und dann bleibt nicht mehr viel übrig.

Einkommen spielt keine Rolle.

Wenn man verwitwet ist, ist das Suizidrisiko deutlich erhöht. Da ist die Frage: warum? Ich kenne viele Menschen, die nur noch leben, weil sie einen Angehörigen haben, der gemerkt hat: Dieser Partner ist in Lebensgefahr, der hat Suizidgedanken, die den Menschen in den Arm genommen haben und mit ihm in die Klinik oder zum Arzt gegangen sind. Wenn man verwitwet ist, hat man so jemanden nicht mehr. Und der Mensch hat ein erhöhtes Suizidrisiko. Ich glaube gar nicht, dass es die Einsamkeit ist, sondern solche Faktoren. Bei Scheidung oder nie verheiratet muss man bedenken, dass Menschen mit schizophrenen Erkrankungen, mit Depressionen, mit Suchterkrankungen, oft auch häufiger in Scheidung geraten oder sich nie verheiraten.

Was raussticht, ist halt einfach Depression und andere psychische Erkrankungen. Das muss man verstehen.

(Folie 12)

Dieses Urteil des Bundesverfassungsgerichts [Folie: „Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt auch die Freiheit zum Suizid ein und das Recht, hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen“] stellt für mich eine Normalisierung des Suizids dar. Das bereitet mir große Sorgen, aus folgendem Grund:

Eine vor allem bei depressiv Erkrankten häufige emotionale Denkfigur ist, dass sie sagen: „Ich bin eine Belastung für andere. Ich bin eine Belastung für meine Kinder, für meine Frau, ich bin eine Belastung für die gesamte Gesellschaft, für meine Kollegen, und es wäre besser, wenn ich nicht da wäre.“ Und ich kenne viele Patienten, wo das genau so ist, die sagen: „Ich hab es aber nicht gemacht, weil ich es meiner Familie nicht antun wollte.“ Das heißt, das Tabu hat hier diese Menschen geschützt, diese Tat zu tun, und die Depression ist abgeklungen und die haben sich wieder

ihrer Familie und ihrer Kinder und ihres Lebens erfreut, so wie es ja in der Regel der Fall ist. Das ist nicht selten, sondern häufig, diese Denkfigur.

Wenn man sich die Entwicklung in Holland anschaut, macht es eigentlich noch mehr Grund zur Sorge. Auch in dem Bundesverfassungsgerichtsurteil wurde darauf hingewiesen, dass dieser Tendenz der Normalisierung entgegengewirkt werden sollte, wobei das Urteil selbst, wo man eben das Recht auf Suizid hat, unabhängig von der Motivationslage oder den Gründen, für mich einen Schritt in Richtung Normalisierung darstellt.

(Folie 13)

In Holland hat es eine deutliche Zunahme der assistierten Suizide und der aktiven Sterbehilfe gegeben; das sind die roten Säulen. Ein deutlicher Anstieg mit jetzt etwa 6.000 Menschen, die in Holland jedes Jahr überwiegend durch aktive Sterbehilfe zu Tode kommen.

Hier unten in Blau sind aufgetragen die Suizide, die unabhängig von Sterbehilfe erfolgen. Hier gab es keinen Rückgang, sondern sogar eine Zunahme.

(Folie 14)

Wenn man sich das im europäischen Vergleich anschaut: Das ist eine Auswertung der Suizidraten zwischen 2000 und 2012. In fast allen Ländern gab es hier einen Rückgang. Nach links aufgetragen ist der Rückgang der Suizidraten. In Griechenland gab es, vermute ich, Veränderungen in der Erfassung der Suizide; das kann ich Ihnen nicht genau sagen. Aber was hier raussticht, ist Holland. Für mich ist das möglicherweise ein Ausdruck dieses Effektes der Normalisierung des Suizids, der sich hier niederschlägt.

(Folie 15)

Ich komme zum Ende. Ich habe Verständnis für die Ängste der Menschen, dass sie beim Sterben

dem Urteil von irgendwelchen Fachleuten oder der Apparatedizin ausgeliefert sind und dass sie ärgerlich reagieren, wenn man versucht, suizidale Gedanken, die man vielleicht hat, zu psychiatrisieren, zu pathologisieren. Ich habe dafür volles Verständnis. Aber meine Erfahrung als Arzt, der ich sehr viele Menschen mit Suizidalität gesehen habe, ist, dass in der Realität fast alle Suizide im Rahmen psychischer Erkrankungen oder akuter Krisenreaktionen erfolgen. Das heißt, dass der Entschluss in der Regel weder freiverantwortlich noch dauerhaft ist.

Der Einfluss schwieriger Lebensumstände wird überschätzt. Da gibt es verschiedene Mechanismen, warum das so ist. Die spielen schon eine Rolle, aber der Einfluss wird deutlich überschätzt.

Hier spielt auch eine Rolle, dass sich die Außen- und Innenperspektive sehr unterscheiden. Als Mensch, der keine Demenz hat, wird man vielleicht sagen: „Wenn ich mal an eine Demenz bekomme, möchte ich nicht mehr leben.“ Aber die Erfahrung zeigt, dass Menschen, die in einer Demenz sind, die demenziell erkrankt sind, häufig gar keine so schlechte Lebensqualität haben müssen. Das Leiden liegt oft mehr bei den Angehörigen, die zusehen müssen, wie sie mehr und mehr den Kontakt mit ihrem Elternteil oder Partner verlieren. Außen- und Innenperspektive unterscheiden sich oft sehr deutlich.

Depression kann leicht übersehen werden. Deswegen ist es nötig, dass das ein erfahrener Psychiater beurteilt. Ich bin auch nicht der Meinung, dass man bei einem Menschen, der einen Suizidwunsch hat und vielleicht eine Krebserkrankung oder eine andere schwere Erkrankung hat, *nicht* Fachexpertise dazuholt und schaut, ob es nicht vielleicht doch eine behandelbare Depression ist, die man ja gut behandeln kann, und dass, wenn man die behandelt, dieser Mensch die verbleibende Lebenszeit vielleicht noch als wertvoll

erleben will. Da darf meiner Meinung nach nichts übersehen. Das ist nicht trivial, dieses Problem.

Die Normalisierung birgt das Risiko, dass es zu einer Schwellensenkung, zu einer Zunahme von nicht freiverantwortlich erfolgten Suiziden kommen wird.

Das war mein Fazit. Vielen Dank fürs Zuhören.

Andreas Lob-Hüdepohl

Herzlichen Dank. Ich leite direkt über in die Befragung durch Mitglieder des Deutschen Ethikrates. Wolfram Henn, bitte schön.

Wolfram Henn

Ich habe eine Frage an Herrn Plener. Bei dem Ländervergleich der Suizidraten bei Jugendlichen habe ich auf die Schnelle den Eindruck gefunden, dass die Suizidraten in christlich-katholisch geprägten Ländern eher niedrig sind. Ich weiß nicht, ob das stimmt. Frage: Was gibt es an Daten zu dem Einfluss des soziokulturellen, weltanschaulichen Umfeldes auf die Suizidgefahr bei Jugendlichen? Auf den Punkt gebracht: Wirken religiöse Bindungen protektiv gegen Suizid?

Paul Plener

Es gibt sehr wohl Studien, die religiöse Bindung oder Religion als protektiven Faktor beschreiben. Wir dürfen nicht vergessen, dass alle oder viele dieser Daten aus unterschiedlichen Datenquellen mit unterschiedlicher Datensicherheit kommen, und es gibt durchaus Kulturen und auch Religionen, wo der Suizid als geächtet dargestellt wird. Das ist noch nicht so lange her, im Katholizismus hätte ich jetzt auch vor diesem Hintergrund angemerkt.

Prinzipiell muss man auch sagen – wir hatten gerade 2015, 2016 klinisch viel mit unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten zu tun, die aus islamisch geprägten Kulturkreisen zu uns gekommen sind und die sehr verzweifelt waren, sehr starke

Posttraumatische Belastungsstörungen hatten und auch von Traumen geschildert haben, die man in dieser Vehemenz oder Prägnanz selten von Jugendlichen erlebt, die in Deutschland aufgewachsen sind. Sie haben uns erstaunlicherweise dennoch immer gesagt: Der Gedanke an den Suizid ist bei ihnen sehr präsent und sie würden es am liebsten tun, aber sie können es auf keinen Fall, da Allah das Leben nimmt und das Leben gibt. Und obwohl wir viele dieser Jugendlichen gesehen hatten und auch viele Projekte gemacht haben, haben wir tatsächlich keinen einzigen Suizid in dieser Gruppe der sehr verzweifelten Jugendlichen gesehen, die durchaus auch Suizidgedanken hatten. Hier muss ich dann schon aus der klinischen Praxis sagen, dass wir bei diesen Jugendlichen einen starken protektiven Effekt der Religion erlebt haben, der sich bei Jugendlichen, die eher säkularisiert sind, so nicht abbildet.

Andreas Lob-Hüdepohl

Vielen Dank. Ich habe jetzt weitere Wortmeldungen und darf noch mal das Publikum herzlich einladen, Fragen zu stellen. Herr Augsberg wird in der zweiten Runde Ihre Fragen an die Referenten adressieren. Zunächst Franz-Josef Bormann.

Franz-Josef Bormann

Ich habe eine Frage an beide Referenten, und zwar betrifft sie das Phänomen der besonders gewalthaltigen Form von Selbsttötung, etwa das Überrollen oder Springen vor Züge. Man hört in der Diskussion von Verfechtern einer liberalen rechtlichen Ausgestaltung und einer Öffnung von neuen Formen von Suizidassistenz oft das Argument, hier würden freiverantwortliche Personen mangels Alternativen zu einer extrem gewalthaltigen Form der Selbstzerstörung gezwungen, weil es keine andere Möglichkeit gibt, diesen Suizidwunsch sicher in die Tat umzusetzen.

Gibt es im Blick auf die empirischen Daten irgendwelche Hinweise darauf, dass eine solche Einschätzung richtig sein könnte? Oder gibt es im Gegenteil Hinweise im Blick auf die Daten, dass gerade Personen, die vor Züge springen etc., eher mit einer auffälligen Häufigkeit von psychischen oder anderen Störungen oder Belastungen verbunden sind? Wie würden Sie das einschätzen?

Andreas Lob-Hüdepohl

Darf ich noch Herrn Augsberg dazubitten? Denn wir müssen ein bisschen mit der Zeit haushalten.

Steffen Augsberg

Ich habe eine Verständnisfrage an Herrn Plener. Sie haben dargelegt, dass die Impuls- und Emotionskontrolle bei Jugendlichen und Kindern noch anders ausgeprägt ist, dass es dafür auch neurologische Ursachen gibt und dass es Anzeichen dafür gibt, dass bei suizidalen Personen diese Impuls- und Emotionskontrolle weniger stark ausgeprägt ist als in der Durchschnittsbevölkerung. Wäre es dann nicht zu erwarten, dass unter den Kindern und Jugendlichen die Suizidalität höher ist als in der adulten Bevölkerung? Könnte man da nicht eine mögliche Kausalität ziehen? Die sehen wir aber wohl nicht, wenn ich es richtig verstehe.

Paul Plener

Deswegen habe ich das präzisiert in der Darstellung dieser Überblicksarbeit aus *Molecular Psychiatry*, dass es sich hier um Personen handelt, die nicht am Suizid verstorben sind, weil man für die natürlich kein funktionelles MRT machen kann. Es ging in dieser Überblicksarbeit um Suizidversuche und Suizidgedanken, und das ist ein Phänomen, das wir tatsächlich sehr häufig im Jugendalter sehen.

Ich denke auch, dass – Herr Professor Hegerl hat das schön dargestellt in dieser aktuellen Studie – das in der Allgemeinbevölkerung fast seltener als im Jugendalter berichtet wird. Das kennen wir

auch von Suizidversuchen, dass wir es hier möglicherweise auch mit Reattribuierungsphänomenen zu tun haben (zumindest könnte das ein Grund sein) und dass Jugendliche näher dran sind an diesem Leid, das sie momentan haben, und dann auch berichten: „Ja, das war ein Suizidversuch, das war ein Suizidgedanke“, während man das vielleicht 20 Jahre später nicht mehr angibt.

Ich denke, es ist nicht widersprüchlich, weil es sehr gut zum Befund der Suizidversuche und Suizidgedanken passt, die anscheinend wirklich gehäuft sind im Vergleich zu einer späteren Altersgruppe. Nichts anderes sagt diese Studie aus.

Tatsächlich hat man hier Schwierigkeiten. Diese Befunde aus der funktionellen Magnetresonanztomografie kann man natürlich nicht generieren an Menschen, die verstorben sind. Deswegen gibt es die auch nicht. Da gibt es wiederum andere Befunde aus Post-mortem-Studien, die sich zum Beispiel eher mit Neurotransmittern auseinandersetzen oder Gehirnregionen. Aber ich halte das nicht für einen widersprüchlichen Befund, um diese Frage zu beantworten.

Um auf die Frage von Herrn Bormann einzugehen: Es ist immer die Frage, um es provokant zu formulieren, wie viel Suizide will man denn haben? Wir wissen: Wenn es leicht verfügbare Suizidmittel in der Bevölkerung gibt, dann gibt es auch mehr Suizide, weil wir das umgekehrt immer wieder beforscht haben. Also wenn ich Waffen verfügbar mache, wenn ich Erdgas nicht detoxifiziere etc., habe ich mehr Suizide. Wenn ich die rausnehme und diese Wege zumache, habe ich interessanterweise genauso wie bei den Barrieremethoden, wenn ich die Brücken, den Münster, was auch immer, absichere, habe ich weniger Suizide dort. Das ist zigfach gezeigt worden.

Trotzdem ist es der freiwillige Entschluss der Menschen, sich an dieser Stelle eben *nicht* zu suizidieren und vielleicht Hilfe in Anspruch zu

nehmen und eben keinen Suizid zu begehen. Deswegen würde ich diese Fragen gern von hintenrum beantworten und sagen: Nein, ich würde nicht quasi weitere Suizidmittel bewusst in die Bevölkerung hineinragen, da es dann offensichtlich dem Wunsch der Menschen auch entspricht. Wenn das Mittel nicht vorhanden ist, eben nicht den Suizid zu begehen, wenn eine gewisse zeitliche Latenz wieder auftritt.

Wie Herr Professor Hegerl vorher aus der Klinik geschildert hat, ist das eine Erfahrung, die wir häufig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie machen, dass schwer eingeeengte Jugendliche kommen, die sagen: „Es geht nicht mehr, ich will nicht mehr leben“, mitunter freiwillig bleiben, mitunter mit Zwang, und wir können wenige Tage danach eine Besserung sehen, die sogar eine Entlassung erlaubt. Das ist eine ganz normale Dynamik in unserem Bereich.

Ulrich Hegerl

Ich muss nicht viel ergänzen, sondern nur noch mal betonen: Fast immer erfolgen diese Suizide im Kontext von psychiatrischen Erkrankungen. Das geht mit einer Einengung einher. Häufig rutschen die Menschen in Methoden, die jemand gewählt hatte, den sie vielleicht kennen oder worüber sie gelesen haben, oder vielleicht auch Methoden, die gerade verfügbar sind. Das sind nicht immer lang geplante Dinge, sondern die können auch plötzlich einschließen, diese suizidalen Impulse, sodass man die Wahl der Methode im Kontext dieses krankhaften Geschehens sehen muss.

Andreas Lob-Hüdepohl

Herzlichen Dank. Ich würde gern zwei Wortmeldungen aufrufen: zunächst Frau Klingmüller und dann Herr Schuster.

Ursula Klingmüller

Meine Frage geht an Herrn Hegerl, und zwar diese Statistik, die Sie gezeigt haben, von den

Anstiegen in Holland. Jetzt könnte man ja provokant vermuten, dass es ein Tourismus ist, dass eben, weil die umliegenden Länder diese Möglichkeit nicht bieten, ein Anstieg dadurch zu verzeichnen ist, dass Personen aus anderen Ländern diese Möglichkeit aufsuchen, weil sie in einer verzweifelteren Situation sind. Können Sie dazu etwas sagen?

Josef Schuster

Herr Plener, Sie haben die Aussage getroffen, die bekannt ist und auch richtig ist, dass es bei Jugendlichen viel mehr um Suizidversuche geht als um erfolgreiche Suizidfälle. Sind diese Suizidversuche tatsächlich im Sinne einer Suizidalität zu interpretieren? Oder handelt es sich nicht gerade bei Jugendlichen häufig um ein provokantes Handeln, um Aufmerksamkeit egal aus welchem Grund auf sich zu ziehen? Es ist ja häufig so, dass man Tabletten nimmt und gleich noch den Rettungsdienst anruft oder irgendeinen Bekannten oder Verwandten.

Ulrich Hegerl

Frau Klingmüller, die Suizidraten, die hier angegeben waren, bezogen sich pro 100.000 Holländer. Das ist bezogen auf die Bevölkerung in Holland, sodass es nicht durch Tourismus erklärt werden kann.

In der Schweiz gibt es einen deutlichen Tourismus, gerade auch aus Deutschland, sehr viele Menschen mit terminalen neurologischen Erkrankungen, schweren neurologischen Erkrankungen. In Holland ist das meines Wissens nicht der Fall.

Paul Plener

Worüber Sie sprechen, wäre in der Fachterminologie – zumindest wenn man der Harvard-Arbeitsgruppe folgt – eine Suizidgeste: Ich habe keine suizidale Intention und will durch mein Tun, das aussehen soll wie ein Suizidversuch,

etwas anderes erreichen, zum Beispiel zeigen, wie schlecht es mir geht.

Im Endeffekt wird das in vielen Studien auseinandergeklaut, auch mit differenzierten Fragestellungen. Das bekannteste im Deutschen evaluierte Instrument ist das SITBI [Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview], das mittlerweile viel zur Anwendung kommt, unterscheidet das ganz klar.

Trotzdem ist in diesen großen Datensätzen aus den USA, die ich Ihnen gezeigt habe, der Zusammenhang zwischen Suizidversuchen und psychischer Erkrankung phänomenal hoch, und auch wenn man das differenziert betrachtet und viel haben das getan, also tatsächlich nach der Intention hinter dem Verhalten zu fragen, so wurde es auch im DSM-5 [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage] verstanden, die Suicidal Behaviour Disorder, dass da ein Intent to die dahintersteht, bleiben diese Zahlen so hoch.

Das ist tatsächlich etwas, und das ist ziemlich stabil, wo mit mehreren Methoden über viele Studien immer wieder rausgekommen ist, dass wir zwischen 6 und 9 Prozent in Deutschland pendeln. Ich würde hier auch davor warnen, von außen (das hat man früher gern gemacht) anzulegen: Wie letal war das denn? War das ein richtiger Suizidversuch oder nicht? Denn auch wenn man das in vielen Studien rechnet und viele Studien zusammenfasst, ist das, was Jugendliche als Suizidversuch bezeichnen, etwas, was in ihrer späteren Lebensphase sehr häufig quasi ein Risiko begründet für Suizide. Das heißt, ich würde das, was die Jugendlichen darüber berichten, sehr ernst nehmen.

Andreas Lob-Hüdepohl

Vielen Dank. Weitere Wortmeldungen aus dem Plenum des Ethikrates kann ich leider nicht mehr zulassen. Steffen Augsberg, was fragt das Publikum?

Diskussion unter Einbeziehung des Publikums

Steffen Augsberg

Die Fragen aus dem Publikum würde ich gern wieder aufteilen in zwei Blöcke: Das eine betrifft eher die neurologischen bzw. psychiatrischen Faktoren und das andere könnte man als Kontext- oder vielleicht als psychosoziale Faktoren fassen.

Zu den neurologischen Faktoren ist – ich glaube, primär an Sie, Herr Plener – die Frage gestellt worden, ob es mit Blick auf die bildgebenden Verfahren und die Entwicklungen bei den Kindern und Jugendlichen Unterschiede gibt. Ich vermute, im Vergleich zu [...] zu früheren Jahren und Jahrzehnten gibt es Schwierigkeiten mit Blick auf die fortgeschrittene Technik, die heute natürlich eine andere ist, aber dahinter steht vielleicht die Idee, dass Reifungsprozesse heute anders ablaufen und wir zum Beispiel eine verfrühte Pubertät erleben. Kann man das hier in dem Kontext vielleicht thematisieren?

Eine zweite Frage, die daran anschließt oder damit in Verbindung steht, bezieht sich darauf, ob die suizidalen Gesten, Suizidversuche oder suizidalen Gedanken nicht Teil einer jugendlichen Erfahrungsbildung sein können, ob nicht eine spezifische Risikogeneigntheit, wenn man so möchte, dazugehört, dass sich ein jugendlicher, kindlicher Geist ausprägt und insoweit Teil eines normalen Entwicklungs- und Reifungsprozesses ist.

Paul Plener

Das Erste ist schnell beantwortet. Die Meta-Analyse der Entwicklungsdaten zu Suizidgedanken und Suizidversuchen fasst die letzten 20 Jahre zusammen. Das ist das, wo man wirklich Daten hat. Das heißt, wenn man über größere Zeiträume denkt, kann man diese Frage nicht plausibel beantworten. Es gibt viele Default-Mode-Connectivity-Studien aus den letzten Jahren. Das sind

Techniken, die sind sieben Jahre alt, dass man begonnen hat, sich wirklich die Studien anzusehen. Nein, da kann man wirklich nicht sagen, dass man vor 50 Jahren andere Befunde hätte als jetzt. Die Giedd-Studie zur Entwicklung datiert aus dem Jahr 2009. Wir reden hier über rezente Prozesse.

Ich kann nur in das gleiche Horn stoßen wie Herr Professor Hegerl: Wir haben zumindest in den letzten 50 Jahren, soweit es gute epidemiologische Studien gibt, keine Zunahme an psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu vermelden. Auch das wird häufig in diesem Kontext gefragt. Dem ist nicht so. Solange wir Studien haben, können wir sagen, es sind etwa 20 Prozent. Das zeigt sich auch in den jetzt durchgeführten Wellen der KiGGS-Studie [Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland]. Das ist konstant.

Zu der Frage der Reifungsphänomene. Ich gebe Ihnen recht: Das Jugendalter ist – und das ist sicher neurobiologisch begründbar, aber auch entwicklungspsychologisch – die Phase des Ausprobierens, des Probierkonsums, auch von Substanzen des Experimentierens mit Sexualität, mit Drogen, was Sie so wollen. Das muss auch so sein für ein Stück weit, um eine eigene Persönlichkeit herauszuarbeiten. Also man muss jetzt nicht Drogen nehmen, verstehen Sie mich bitte nicht falsch, aber es ist zumindest innerhalb der Norm, sobald es beim Probierkonsum bleibt.

Ich denke, auch vor dem Hintergrund, dass das Auftreten von Suizidgedanken, das wir bei mehr als einem Drittel der Jugendlichen beobachten, natürlich auch in der Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit, der Sterblichkeit, mit den eigenen Präferenzen und mit diesen vielen Entwicklungsaufgaben – bedenklich wird es beim Auftreten von Suizidversuchen, weil hier schon die Grenze überschritten wurde, wo dem eigenen Körper willentlich und wissentlich Leid zugefügt

wird, und natürlich ist es auch ein Risikoverhalten, das in der Abwägung zum Beispiel mit mal über die Stränge schlagen bei Alkohol oder Cannabis ungleich gefährlicher ist.

Ich denke, wir tun das als zu geringgradig ab, wenn wir sagen: Na ja, die versuchen sich mal aus im Suizidversuch, vor allem wenn man bedenkt, welche hohen Raten an psychischen Erkrankungen bei den Jugendlichen geschildert werden, die einen Suizidversuch unternehmen. Wir reden hier über Jugendliche, die in aller Regel (ich habe Ihnen die Daten gezeigt) an einer psychischen Erkrankung leiden, wenn sie einen Suizidversuch verüben.

Steffen Augsberg

Herr Hegerl, an Sie ging die Frage, warum es überhaupt gerechtfertigt ist, eine solche Differenzierung zwischen psychiatrischen Erkrankungen und anderen somatischen Erkrankungen vorzunehmen und das entsprechend auf die Suizidsituation zu beziehen, ob damit nicht eine Ungleichbehandlung verbunden ist und ob nicht vielleicht auch damit die Grundidee einer Nichtpathologisierung des Suizids gefährdet ist, wenn man den Suizid in die Nähe dieser psychiatrischen Behandlungsbedürftigkeit rückt.

Ulrich Hegerl

Zunächst ist für mich die Depression oder die schizophrene Erkrankung oder andere psychische Erkrankung eine Erkrankung wie jede andere auch. Sie hat natürlich was mit dem Gehirn zu tun, und wenn es eine rein seelische Erkrankung wäre, könnte man plakativ sagen, dann müsste man sich an den Pfarrer wenden.

Natürlich sind im Rahmen der naturwissenschaftlichen Medizin psychische Erkrankungen Erkrankungen wie andere auch. Aber es sind eben Erkrankungen, die Auswirkungen haben, Krankheitszeichen, zu denen eben die Neigung zu

Suizid gehört. Manche Menschen berichten in der Depression, dass sich ihnen diese Gedanken aufdrängen. Manche kommen erschrocken durch diesen Gedanken in die Klinik, sie haben gesagt: „Jetzt habe ich gemerkt, dass ich in Lebensgefahr bin, und ich brauche Hilfe.“

Das ist etwas, was man wissen muss, dass durch die Krankheitszeichen bei einer Reihe von psychischen Erkrankungen, das hohe Leid, das sie mit sich bringen, die Verzerrung der Realitätswahrnehmung, eben die Suizidalität induziert wird durch die Erkrankung, und mit Behandlung der Depression verschwindet auch wieder die Suizidgefährdung. Das ist Routine und Alltag in der Psychiatrie.

Steffen Augsberg

Zu dem Kontext, zu den psychosozialen Faktoren nur noch ein zentraler Punkt, den insbesondere Sie, Herr Hegerl, hervorgehoben haben, nämlich die Normalisierung infolge der veränderten gesetzlichen Lage in Deutschland. Können Sie kurz erklären, warum sich diese gesellschaftliche Reaktion, jetzt vom Bundesverfassungsgericht ja angeregt, auch auf das individuelle Selbstbild auswirken kann und warum man das tatsächlich so kritisch sehen sollte, wie Sie das gemacht haben?

Es kam die Frage, warum man nicht auch sagen kann: Eine Normalisierung bedeutet, dass ich mich eher anvertrauen kann, dass ich eher verstehe, dass das ein ganz normaler Prozess ist, und das in die Gesellschaft hineinragt und das Tabu, was Sie als schützend beschrieben haben in bestimmten Situationen, unter Umständen natürlich auch als Problem verstehen kann und dementsprechend jetzt entgegenwirkt. Das geht, glaube ich, an beide.

Ulrich Hegerl

Das führt zu der Frage: Macht es Sinn, zum Beispiel eine sich an die Öffentlichkeit wendende

Antisuizid-Kampagne zu machen? Da taucht das gleiche Problem auf: einerseits das Risiko, dass man eine Normalisierung induziert und damit man eine Schwellensenkung, aber Sie haben richtig gesagt, der positive Effekt ist, dass Patienten dann etwas offener mit ihren Suizidgedanken umgehen können und vielleicht eine größere Chance haben, Hilfe zu bekommen.

Das ist eine Situation, wo es sehr schwer ist abzuschätzen. Aber die Tatsache, dass Menschen wegen des Tabus zurückgehalten werden, Menschen, die nicht freiverantwortlich dabei sind, sich das Leben zu nehmen, das ist etwas, was meiner Meinung nach häufig der Fall sein wird und für mich die ungewöhnliche Zunahme der Suizidraten in Holland mit erklären kann. So etwas würde ich für Deutschland nicht gerne sehen. Es ging hier um die blauen Säulen, also nicht um die assistierten Suizide, wo man vielleicht noch sagen kann, hier ist die Freiverantwortlichkeit geprüft, sondern um die, die sich eben nicht freiverantwortlich das Leben nehmen.

Dazu hat sich unter dem Stichwort Werther-Effekt auch das Bundesverfassungsgericht geäußert und argumentiert, dass mögliche Nachahmungstaten nicht das Recht entleeren desjenigen, der freiverantwortlich einen Suizid machen möchte, dies zu tun. Das war die Argumentationsfigur, die ich aus dem Urteil herausgelesen habe. Für mich als Arzt wäre das eine sehr gefährliche und unschöne Folge einer Normalisierung.

Paul Plener

Ich würde gern beim Werther-Effekt anschließen, weil ich denke, es ist möglich, über Suizid zu kommunizieren, zu enttabuisieren und das Hilfe-suchverhalten zu steigern, ohne dass wir riskieren müssen, dass es zu mehr Suiziden kommt. Ich sehe jetzt nicht den Gesetzgeber, also die Art und Weise, wie man es tut – es gibt mittlerweile Forschung auch zu positiven Effekten von Medien-

berichterstattung, den Papageno-Effekt, seit zehn Jahren publiziert, da kann man – ja, es gibt mittlerweile auch diese Befunde.

Ich denke nicht, dass es durch eine gesetzgeberische Handlung dazu – ich denke, man kann über Suizid in der Gesellschaft reden und man kann es richtig tun und das Hilfesuchverhalten stärken, ohne dass es dafür eine gesetzgeberische Norm braucht. Es gibt Belege davon, wie es funktionieren kann.

Ulrich Hegerl

Man kann da sehr korrekt und eben *nicht* den Werther-Effekt steigernd kommunizieren. Man kann aber die Sekundärberichterstattung in den sozialen Medien nicht steuern, und meiner Meinung nach hat eben diese Enttabuisierung mit zu der Zunahme der Suizide in Holland beigetragen. Ich würde es zumindest erwarten aus meiner klinischen Erfahrung, weil ich wie gesagt viele Menschen kenne, die nur noch leben, weil sie gesagt haben: „Den Suizid wollte ich meiner Familie nicht antun.“ Da kenne ich viele Menschen, und das macht mir eben Sorge.

Die Balance zwischen den positiven Effekten eines offeneren Umgangs und den Nachteilen, das ist eine schwierige Frage. Ich bin mir da nicht sicher, was tatsächlich der Endeffekt ist, was da überwiegt, die Vor- oder Nachteile.

Steffen Augsberg

Ganz herzlichen Dank Ihnen beiden.

Andreas Lob-Hüdepohl

Wir kommen jetzt zum letzten Block. Dieser nimmt zwei weitere Lebenslagen in den Blick: die Lebenslage der Suizidalität im Kontext palliativer Versorgung und die sogenannte Bilanzsuizidalität. Zur Suizidalität im Kontext palliativer Versorgung haben wir Frau Professor Dr. Bausewein vom Klinikum der LMU [Ludwig-Maximilians-

Universität] in München gewinnen können. Ich gebe Ihnen gern das Wort, Frau Kollegin Bausewein.

Suizidalität im Kontext palliativer Versorgung

Prof. Dr. Claudia Bausewein · Klinikum der Universität München

(Folie 1)

Vielen Dank für die Möglichkeit, über Suizidalität im Kontext palliativer Versorgung berichten zu können.

(Folie 2)

Kurz zu meinem Hintergrund: Ich bin Internistin mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und seit über 30 Jahren engagiert in der Hospiz- und Palliativversorgung. Außerdem bin ich Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

(Folie 3)

Zunächst zur Situation von betroffenen Patienten. Gerade am Lebensende mit der Diskussion um Suizidbeihilfe sind die Patienten für uns natürlich im Mittelpunkt, und ich habe Ihnen drei Patientenbeispiele mitgebracht.

Zunächst Herr Lange, ein 73-jähriger Patient, der ein Karzinom der Unterlippe hat, das ihm Schmerzen im Mundbereich bereitet. Er fühlt sich körperlich schwach und ekelt sich vor Essen. Er ist alleinstehend und hat eine enge Bindung zu seinem Bruder und dessen Frau. Als er zu uns auf die Palliativstation kam, äußerte er die Bitte um Suizidbeihilfe.

(Folie 4)

Das zweite Beispiel ist Frau Bauer, eine 88-jährige Dame, die chronisch lungenkrank und schwer depressiv ist. Sie leidet unter Atemnot und Knöchelschmerzen. Frau Bauer ist verwitwet, hat

keine Kinder und lebt seit drei Jahren im Altenheim.

(Folie 5)

Schließlich Herr Müller, ein 63-jähriger Patient, der an Darmkrebs leidet mit einem beginnenden Darmverschluss. Dies bereitet ihm Übelkeit, Erbrechen und Bauchschmerzen. Herr Müller ist verheiratet. Seine Ehefrau ist seit vielen Jahren depressiv und leidet unter einem chronischen Schmerzsyndrom.

(Folie 6)

Was ist der gemeinsame Nenner dieser drei Patienten und was sind Wünsche von Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen und am Lebensende? Wir hören häufig Sätze wie: „Ich möchte so wenig Schmerzen und andere Beschwerden haben wie möglich.“

(Folie 7)

„Ich möchte, dass offen und ehrlich mit mir kommuniziert wird.“

(Folie 8)

„Ich möchte, dass meine Familie unterstützt und entlastet wird.“

(Folie 9)

„Ich möchte, dass ich gefragt werde, was mir wichtig ist, und dass dies berücksichtigt wird.“

(Folie 10)

„Ich wünsche mir eine gute und abgestimmte Betreuung und dass ich weiß, wer sich um mich kümmert.“

(Folie 11)

Um diesen Wünschen begegnen zu können, zieht Palliativversorgung darauf ab, ein möglichst beschwerdearmes Leben mit guter Lebensqualität zu ermöglichen, die Menschen zu unterstützen, so

lange wie möglich in den eigenen vier Wänden zu bleiben, Angehörige zu unterstützen, zu entlasten, und möglichst frühzeitig mit Palliativversorgung zu beginnen und nicht erst am Lebensende, das heißt nicht erst in den letzten Lebenstagen oder -wochen.

(Folie 12)

Wie sieht die Situation in Deutschland aus? Wir haben aktuell ca. 250 stationäre Hospize, etwa Palliativstationen, das entspricht in etwa 18 Prozent der deutschen Krankenhäuser. Wir haben ca. 250 ambulante Palliativteams und etwa 1.500 Hospizdienste.

Über 12.000 Ärztinnen und Ärzte haben die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erlangt, das sind etwa 3 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte, und etwa 30.000 Pflegende haben eine Weiterbildung in Palliativ Care, das entspricht etwa 2,7 Prozent aller Pflegenden.

(Folie 13)

Wie viele Menschen erreicht aktuell Palliativversorgung? Von etwa 950.000 Menschen, die jährlich versterben, erhalten aktuell etwa 140.000 spezialisierte Palliativversorgung. Das sind etwa 15 Prozent.

(Folie 14)

Die Frage ist in Bezug auf die Gesamtbevölkerung: Wie viele Menschen brauchen und benötigen Palliativversorgung? Es gibt eine Studie aus Spanien, die besagt, dass etwa 1,5 Prozent der gesamten Bevölkerung Palliativversorgung benötigt. Das wären in Deutschland etwa 1,2 Millionen Menschen. Dabei geht es hier nicht nur um spezialisierte Palliativversorgung, sondern auch um allgemeine Versorgung durch Hausärzte, Pflegedienste, Ärzte und Pflegende im Krankenhaus. Diese Zahl von 1,2 Millionen entspricht in etwa der Einwohnerzahl Kölns.

(Folie 15)

Obwohl wir in Deutschland ein breites Angebot an Palliativversorgung haben und hier sicher gut aufgestellt sind, erreicht nicht jeden Patienten eine gute Betreuung am Lebensende. Aus Studien wissen wir, dass Menschen beklagen, dass es eine wenig sensible und respektvolle Kommunikation durch Ärztinnen und Ärzte gibt, dass die Symptomkontrolle im Krankenhaus nicht ausreichend ist,

(Folie 17)

dass die Zufriedenheit mit der Betreuung im letzten Lebensjahr im Krankenhaus sehr gering ist, dass der Patientenwille in Bezug auf Behandlungen und Wünsche zu wenig beachtet wird,

(Folie 16)

dass es zu Übertherapien am Lebensende kommt in Bezug auf Chemotherapien, intensivmedizinische Betreuung, aber auch andere Maßnahmen, und wir wissen aus internationalen Studien, dass Palliativversorgung relativ spät stattfindet oder begonnen wird. International sind es etwa die letzten 19 Lebensstage, in Deutschland sogar nur die letzten 13 Lebensstage. Sie sehen auch, dass Menschen, die keine Krebserkrankung haben, hier schlechter aufgestellt sind.

(Folie 18)

Aus den genannten Gründen und vielen anderen Gründen äußern Betroffene immer wieder vorzeitige Todeswünsche. Von daher gehört der Umgang mit Todeswünschen für uns zum Alltag in der Palliativversorgung. Sie haben von Professor Voltz schon viel dazu gehört.

(Folie 19)

Ich möchte betonen, dass die Ambivalenz am Lebensende – also sich einerseits wünschen zu sterben und gleichzeitig doch leben zu wollen – ein wichtiges und ein vorherrschendes Thema ist.

(Folie 20)

Die Grundaussage dieser Menschen ist in der Regel: „Ich will *so* nicht mehr leben!“ Und mit „*so*“ ist gemeint: Ich möchte nicht mehr diese Schmerzen haben, die psychische Belastung, ich möchte nicht zur Last fallen und viele andere Gründe, die Sie bereits gehört haben.

(Folie 21)

Wie war das bei den drei Patienten, die ich Ihnen vorgestellt habe? Herr Lange hat beschrieben, dass er seit Jahrzehnten eine Todessehnsucht hat, und er sah seine Tumorerkrankung als Ausweg aus seiner Situation. Von daher hat er die Behandlung seiner Krebserkrankung auch abgelehnt. Er plante seinen Suizid, sah ihn aber in gewisser Hinsicht auch als etwas Destruktives an. Er war sehr besorgt über die beginnende Entstellung in seinem Gesicht, hatte daher Angst vor sozialer Isolation und es war für ihn extrem wichtig, seine Autonomie zu behalten.

(Folie 22)

Frau Bauer war nicht bei uns in der Palliativversorgung, sondern hat aus dem Alten- und Pflegeheim einen Brief an das Ethikkomitee geschrieben und hier unter anderem geschrieben: „Mein Wunsch, den Freitod zu wählen, ist durchdacht. Meine Ärztin hier im Haus will mich unterstützen und begleiten. Es fehlt, eine Person zu finden, die keine Hemmungen hat.“

(Folie 23)

Schließlich Herr Müller. Er hatte schon vor vielen Jahren, in seiner Jugend, entschieden, bei Erkrankungen im Alter gemeinsam mit seiner Frau aus dem Leben zu scheiden, und seine größte Sorge galt auch seiner Ehefrau. Für ihn war es wichtig, seine Autonomie zu behalten und ebenso nicht abhängig zu werden.

(Folie 24)

Was sind in diesen Situationen die Handlungsoptionen in der Palliativversorgung? Im Vordergrund steht für uns zunächst die Linderung belastender Symptome. Hier sprechen wir nicht nur über Schmerzen, sondern über Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Schlaflosigkeit und viele mehr.

Es ist wichtig, mit den Menschen vorausschauend zu planen: Was ist für sie wichtig am Lebensende? Wo möchten sie betreut werden? Wo möchten sie versterben? Und es ist ganz wichtig, mit ihnen zu überlegen, welche Entscheidungen getroffen werden sollen, wenn sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind.

Wir haben die Möglichkeit, lebensverlängernde Maßnahmen nicht einzuleiten oder sie entsprechend zu beenden, und das kann sein eine Antibiotikatherapie, eine künstliche Ernährung, kann aber auch gehen bis zur Beendigung von intensivmedizinischen Maßnahmen oder Nichteinleitung intensivmedizinischer Maßnahmen.

(Folie 25)

Wenn Menschen mit einem Wunsch nach assistierten Suizid auf uns zukommen, dann steht für uns im Vordergrund (das wurde heute schon mehrfach betont) das Zuhören zunächst, das Ernstnehmen dieses Todes- und Suizidwunsches, diesen nicht ausreden zu wollen, sondern die Menschen mit diesem Wunsch und auch der dahinterstehenden Not ernst zu nehmen, das Gespräch zu suchen und Beziehung aufzunehmen, um gemeinsam Wege aus der Situation zu finden, und so zu ermöglichen, dass Menschen frei und selbstbestimmt entscheiden können.

Ganz wichtig: Auch wenn der Wunsch nach einem assistierten Suizid an uns herangetragen wird, ist das nicht automatisch mit einem Handlungsauftrag gleichzusetzen, das heißt, dass sofort eine Umsetzung erfolgen muss.

(Folie 26)

Was kann Palliativversorgung hier leisten? In der Regel ermöglichen wir eine deutliche Linderung von körperlichen Beschwerden und psychischen Leiden. Aber man muss klar sagen: Palliativversorgung kann dies nicht immer ermöglichen. Es ist eine ganz kleine Gruppe von Patientinnen und Patienten, aber Palliativversorgung ist keine Garantie dafür, dass Beschwerden am Lebensende befriedigend gelindert werden.

(Folie 27)

Von daher ist Palliativversorgung auch nicht die Antwort auf alles Leiden und auch nicht für jeden Patienten. Es gibt Menschen, die keine Palliativversorgung möchten, und wir erleben es sehr häufig, dass Todeswünsche auch bei guter Palliativversorgung weiter bestehen bleiben, auch dann, wenn zum Beispiel körperliche Symptome sehr gut kontrolliert sind.

(Folie 28)

Wie verhalten sich Palliativversorgung und assistierter Suizid? Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin sagt ganz klar: Der assistierte Suizid ist keine Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung. Das heißt, Suizidassistenz gehört nicht zum Behandlungsspektrum der Hospiz- und Palliativversorgung. Das heißt nicht, dass es im Einzelfall durchaus Dilemmasituationen für Ärztinnen und Ärzte geben kann, und es wird betont, dass sich Ärztinnen und Ärzte respektvoll mit Todeswünschen von Patientinnen und Patient auseinandersetzen und diese hören müssen.

(Folie 29)

Das schließt nicht aus, dass Palliativmedizinerinnen und -mediziner in Einzelsituationen Suizidbeihilfe geleistet haben oder auch in Zukunft bereit sind, Suizidbeihilfe zu leisten.

(Folie 30)

Wie ist es mit den drei vorgestellten Patienten weitergegangen? Herr Lange wurde auf der Palliativstation betreut. Es war eine gute Schmerzlin- derung möglich. Wir haben ihn unterstützt bei der Wundversorgung. Viele Gespräche über seine Si- tuation haben stattgefunden, und wir haben ihm angeboten, wenn die Belastung zum Lebensende zu stark werden sollte, dass wir dann die Möglich- keit haben, eine palliative Sedierung einzuleiten, das heißt mit Medikamenten einen vielleicht so- gar komaähnlichen Zustand zu ermöglichen.

Er wurde entlassen und kam drei Monate später auf die Palliativstation zurück. Seine Entstellung hat deutlich zugenommen, was er ja stark be- fürchtet hat. Er hat das Angebot der palliativen Sedierung jeden Tag erneut hinausgeschoben, hat die Zuwendung genossen, die Besuche seiner An- gehörigen, und ist drei Wochen später eines na- türlichen Todes verstorben.

(Folie 31)

Frau Bauer, die Dame, die den Brief an das Ethik- komitee geschrieben hat, hat von einem Mitarbei- ter des Ethikkomitees Informationen über Sui- zidassistenten erhalten und mögliche Kontakte. Der Brief ist dann noch mal an mich gekommen und ich habe sowohl mit der Patientin als auch der Hausärztin Kontakt aufgenommen. Die Hausärz- tin war dankbar um die Information und hat mit mir überlegt bzw. mir dargestellt, welches Be- handlungskonzept sie für die Beschwerden von Frau Bauer schon entwickelt hatte. Frau Bauer war dankbar, dass ihre Not gehört wurde und sie die Rückversicherung bekam, dass sich die Haus- ärztin um sie kümmern würde.

(Folie 32)

Herr Müller wurde schließlich zweimal auf der Palliativstation betreut. Seine körperlichen Symp- tome haben sich sehr gut kontrollieren lassen. Er

wurde durch das ambulante Palliativteam zu Hause unterstützt und hat zwei Monate nach dem Erstkontakt mit seiner Frau gemeinsam einen as- sistierten Suizid mit Unterstützung einer Sterbe- hilfeorganisation begangen.

(Folie 33)

Das Fazit aus diesen drei Patientenbeispielen: Wir sehen in der Palliativversorgung natürlich primär Menschen mit tödlichen fortgeschrittenen Erkran- kungen. Der Regelfall ist es, dass der Suizid- wunsch durch Palliativversorgung nachlässt. Er muss nicht unbedingt verschwinden, aber er steht nicht mehr so im Vordergrund. Die Ausnahme ist, dass der Suizidwunsch weiter bestehen bleibt.

Wir bekommen zunehmend Anfragen von Men- schen, die keine fortgeschrittene tödliche Erkran- kung haben, von daher nicht klassischerweise Pal- liativpatientinnen und -patienten sind, aber zu- nehmend häufiger mit einem Suizidwunsch auf uns zukommen. Das sind in der Regel ältere Men- schen.

(Folie 34)

Ich würde gern (das wurde schon angesprochen) mit Ihnen einen Blick ins Ausland werfen. Zu- nächst die Frage: Was sind die Folgen der Legali- sierung von Suizidassistenten und Tötung auf Ver- langen?

Ich bringe hier bewusst die Tötung auf Verlangen mit hinein, weil sich in den letzten Jahren ver- schiedene Überbegriffe gebildet haben wie Medi- cal Aid in Dying, Physician-Assisted Dying, die letztlich die Tötung auf Verlangen und die Sui- zidassistenten subsumieren. Das heißt, international wird hier nicht mehr unterschieden, und es ist wichtig, sich das bewusst zu machen. Es gibt durchaus Initiativen und erste Diskussionen, die Tötung auf Verlangen, den Paragraphen 216 auch bei uns in Deutschland anzugehen. Wir müssen

uns bewusst sein, dass es dann zu einer Verschiebung kommen würde.

Es gibt keine Hinweise auf weitreichenden Missbrauch. Die Regularien in den Ländern werden eingehalten, aber man kann sagen, dass es zu einer gewissen Normalisierung kommt. Es kommt zu Standards, es gibt spezialisierte Einrichtungen und Ärztinnen und Ärzte, die diese Formen der Sterbehilfe durchführen.

Je länger die Legalisierung in den Ländern ist, desto mehr steigen die Fallzahlen. In allen Ländern sind die Fallzahlen steigend. Überwiegend sind es Menschen mit Tumorerkrankungen, die Suizidassistentz und Tötung auf Verlangen in Anspruch nehmen.

(Folie 35)

Die Suizidassistentz ist legalisiert in der Schweiz, das wissen wir. Hier gibt es keine Einschränkungen in Bezug auf Indikationen. Das macht insgesamt zurzeit 1,4 Prozent aller Todesfälle aus. Es wurde schon angesprochen, dass auch Menschen aus Deutschland regelhaft in die Schweiz fahren.

In Amerika sind es aktuell 10 Bundesstaaten, in denen Suizidassistentz legalisiert ist, und 17 weitere sind dabei, die Suizidassistentz zu diskutieren und voraussichtlich auch zu legalisieren. Oregon ist der Bundesstaat, der in Deutschland immer als Beispiel genommen wird. Hier haben wir eine Einschränkung auf Menschen mit terminalen Erkrankungen und einer Lebenserwartung unter 6 Monaten. Es macht insgesamt etwa 0,5 Prozent der Todesfälle im Moment aus. Auch hier ist die Tendenz steigend. Wenn wir Oregon als Beispiel nehmen für die deutsche Situation, müssen wir uns bewusst sein, dass diese Rate von 0,5 Prozent in Deutschland nicht ausreichen wird, weil wir bei der Suizidassistentz ja keine Reichweitenbeschränkung haben.

(Folie 36)

Länder, in denen die Tötung auf Verlangen und Suizidassistentz legalisiert sind: hier die Länder Kanada, Kolumbien, Australien und unsere Nachbarländer, die Beneluxstaaten – ich möchte nur die Niederlande herausgreifen. Es ist schon angesprochen worden: Das Mindestalter ist hier 12 Jahre. Es gibt keine Einschränkungen für Suizidassistentz oder Tötung auf Verlangen. Es gibt eine Ausdehnung der Indikationen über die letzten Jahre von zunächst Menschen mit fortgeschrittenen terminalen Erkrankungen hin zu psychiatrischen Erkrankungen, zu Menschen mit Demenz, zu allgemeinem Leiden im Leben.

In den Niederlanden macht die Tötung auf Verlangen über 95 Prozent aus, und der assistierte Suizid wird nur von einer ganz kleinen Gruppe in Anspruch genommen. Insgesamt sind die Todesfälle durch Sterbehilfe in den Niederlanden über 4 Prozent, 4,2 Prozent. Noch mal: Wenn wir in Deutschland beginnen sollten, über Tötung auf Verlangen zu sprechen, wird die Frage der Suizidassistentz wahrscheinlich deutlich in den Hintergrund treten.

(Folie 37)

Wie verhalten sich assistiertes Sterben international und die Palliativversorgung? Es gibt Berichte über neue und kontroverse Sterbeerfahrungen. Es wird beschrieben, dass Medikamente für die Symptomkontrolle zurückgehalten werden, damit Menschen nicht in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind, wenn sie tatsächlich dann um Sterbehilfe bitten. Beziehungen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten verändern sich. Es gibt neue ethische Herausforderungen. Die Palliativversorgung erhält insgesamt mehr Aufmerksamkeit, wobei immer wieder berichtet wird, dass die Bevölkerung insgesamt viel zu wenig über Hospiz- und Palliativversorgung weiß, und innerhalb der Palliativversorgung

fließen zunehmend mehr Ressourcen in assistierte Sterbebegleitung.

(Folie 38)

Wie ist die Auswirkung der legalen Suizidassistenz auf die Palliativversorgung in Deutschland seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts? In allen Bereichen der Hospiz- und Palliativversorgung wird berichtet, dass es immer mehr Anfragen gibt, aber auch immer mehr Fragen und Hilflosigkeit bzw. Unterstützungsbedarf auch aufseiten der Professionellen herrscht.

(Folie 39)

Wir haben in Bezug auf Suizidassistenz in Deutschland eine Reihe offener Fragen. Ganz wichtig ist die Frage: Welche Rolle kommt Ärztinnen und Ärzten bei der Suizidassistenz zu? Wir haben hier eine sehr heterogene Meinungsbildung von: „Ärzte sind prädestiniert zu Suizidbeihilfe“ bis zu „Das ist keine ärztliche Aufgabe“.

In den Gremien der Bundesärztekammer und darüber hinaus hat eine intensive Diskussion zu diesem Thema begonnen, und es wird sicher Thema auf dem nächsten Ärztetag im Sommer nächsten Jahres sein. Es wird voraussichtlich zu einer Änderung der Musterberufsordnung kommen, wobei noch nicht ganz klar ist, in welche Richtung. Zum legislativen Schutzkonzept gibt es die Frage, wie die Freiverantwortlichkeit, Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eingeschätzt werden sollten.

(Folie 40)

Ich möchte mit einigen Forderungen enden.

Wir brauchen viel mehr gezielte Information der Öffentlichkeit über Hospiz- und Palliativversorgung.

Wir brauchen einen frühzeitigeren und niederschwelleren Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung.

Es sollte nicht nur Palliativversorgung für Menschen mit Krebserkrankungen angeboten werden, sondern mit vielen anderen Organerkrankungen und neurologischen Erkrankungen.

Wir brauchen mehr Palliativdenken bei klinischen Entscheidungen.

Wir brauchen eine breitere Schulung von Professionellen im Umgang mit Todeswünschen.

(Folie 41)

Damit danke ich Ihnen für Ihr Interesse und Ihre Aufmerksamkeit.

Andreas Lob-Hüdepohl

Frau Bausewein, herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. Ich leite jetzt direkt zu unserem letzten Vortrag über und begrüße Professor Dr. med. Reinhard Lindner vom Institut für Sozialwesen der Universität Kassel. Er wird die vierte und letzte Lebenslage unter dem Stichwort Bilanzsuizid aufgreifen und entfalten. Herr Kollege Lindner, Sie haben das Wort.

**Bilanzsuizidalität
Prof. Dr. Reinhard Lindner ·
Universität Kassel**

(Folie 1)

Herzlichen Dank, lieber Professor Lob-Hüdepohl, liebe Frau Professor Buyx, sehr geehrte Damen und Herren.

(Folie 2)

Um Sie über den klinisch-praktischen Hintergrund meiner Ausführungen zu informieren, gestatten Sie mir, Ihnen kurz zu meiner beruflichen Arbeit mit suizidalen Menschen zu berichten. Ich habe 18 Jahre lang als Psychotherapeut und Psychiater Kriseninterventionen und Psychotherapien mit Patienten durchgeführt, die akut und chronisch suizidal waren, also unter einem mehr oder weniger dringenden oder mehr oder weniger

lange bestehenden suizidalen Erleben standen. Diese Menschen kamen ambulant und freiwillig, das heißt nur zu den Gesprächen ins Therapiezentrum für Suizidgefährdete, meist einmal in der Woche, und verließen das Gebäude auch nach den Gesprächen wieder.

Im Therapiezentrum haben wir innerhalb von 20 Jahren ca. 4.000 Patientinnen und Patienten behandelt. Freiwilligkeit, Akzeptanz, intensive Zuwendung und die genaue Reflexion der therapeutischen Beziehung waren Grundlagen der therapeutischen Arbeit.

Meine klinischen Erfahrungen in dieser Arbeit betreffen damit nicht nur psychiatrisch kranke Menschen. Durch dieses Setting haben wir auch viele Menschen erreicht, die sich sonst geweigert hätten, zu einem Psychiater oder in die Psychiatrie zu gehen. Suizidprävention, so könnte man sagen, heißt hier auch, die Suizidalität nicht automatisch zu psychiatrisieren. Die Frage, ob man sich wiedersieht oder ein Suizid die therapeutische Arbeit beendet, hing demnach wesentlich an der Art der Beziehung, an der Verbindung zwischen Patient und Therapeut, denn Beziehungen sind es, die uns an das Leben binden.

Ich habe später elf Jahre in einer altersmedizinischen Klinik in Hamburg als Psychosomatiker gearbeitet und mit ca. 400 Hochbetagten Gespräche geführt, die lebensmüde und suizidal waren, Menschen, die unter vielfältigen Erkrankungen litten (wir haben davon gehört) und zudem unter Konflikten mit nahen Angehörigen und unter Sorgen hilflos-entwertende und allein lassende Behandlung erleiden mussten. Ich wurde mehrfach nach einem todbringenden Medikament gefragt.

(Folie 3)

Ich möchte Ihnen im Folgenden eine begriffshistorische und klinische Klärung des Begriffs des Bilanzsuizids geben. Ich möchte neben der

ursprünglichen Definition dieses Begriffs eine wissenschaftlich fundierte Erkenntnis der Suizidologie berücksichtigen, die Begrifflichkeit der Ambivalenz gegenüberstellen und geschlechtsspezifische Aspekte des Bilanzsuizids benennen.

Meine Ausführungen werden am Beispiel zweier Psychotherapien mit suizidalen Patienten und Patientinnen erläutert.

(Folie 4)

Der Begriff des Bilanzsuizids geht auf den deutschen Psychiater Alfred Hoche zurück. Hoche verfasste 1920 zusammen mit Karl Binding die Schrift *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*, welche die Nationalsozialisten später auch für die Begründung der Tötung psychisch kranker und behinderter Menschen heranzogen. Hoche selbst lebte die Patiententötung gegen ihren Willen in der Regel ab.

Ein Jahr vor dieser Schrift veröffentlichte er den im November 1918 in Freiburg gehaltenen Kriegsvortrag *Vom Sterben*, in dem er den Begriff des Bilanzsuizids einführte. Ich zitiere:

„Verhältnismäßig selten, wenn auch nicht so selten, wie man gewöhnlich annimmt, ist diejenige Selbsttötung, die man als Bilanzselbstmord bezeichnen könnte, d. h. ein solcher, bei dem in kühler und klarer Besonnenheit alle dafür und dagegen sprechenden Gründe abgewogen werden, etwa wie in den Fällen von Kassierern oder Bankiers, die jahrelang von fremden Geldern ein gutes Leben führen und dabei die ganze Zeit über schon das Gift bei sich führen, mit dem sie im Augenblicke der Verhaftung ihrem Leben ein Ziel setzen. Auch jetzt hören wir von wohlüberlegtem, freiwilligem Tode geistig hochstehender Menschen, die nicht die Absicht haben, den jetzigen Umschwung und die politische Demütigung vor unseren Feinden mitzumachen; für feinere Seelen ist der Druck des Gefühls der Ohnmacht gegenüber der Niedertracht der Welt, gegenüber dem Siege der Lüge und der Verleumdung, gegenüber der Erschütterung des Glaubens an eine vernünftige Weltordnung fast unerträglich, und wir gewinnen jetzt aus eigenem Erleben heraus erhöhtes Verständnis für den Seelenzustand des alten Römers, der bei großen politischen Umwälzungen freiwillig von dannen ging, um in einer so veränderten Welt nicht mehr leben zu müssen.“

(Folie 5)

Betrachten wir das hier zugrunde liegende Menschenbild, so fällt eine gewisse Geschlechtsstereotype auf. Die Ratio der „kühle[n], klare[n], wohlüberlegte[n] Besonnenheit zum freiwilligen Tode geistig hochstehender Menschen“ entspricht im Kontext von Hoches Publikationen, also auch anderen Veröffentlichungen, einem männlichen Geschlechtsstereotyp, das zu Beginn des 20. Jahrhunderts weit verbreitet war.

Dem steht allerdings gerade die Epidemiologie des assistierten Suizids unserer Tage entgegen. Sowohl in Oregon als auch in den Niederlanden und in der Schweiz liegt der Anteil der Frauen, die auf diese Weise und durch Tötung auf Verlangen versterben, signifikant über dem Anteil der Frauen, die durch Suizid anderer Art versterben. Das scheinbar rational-männliche Menschenbild hinter dem Suizid steht, so ist zu vermuten, *nicht* hinter der psychosozialen Realität vieler Menschen, die den assistierten Suizid erwägen oder wünschen.

(Folie 6)

Bisher können wir aus unserer klinischen Erfahrung nur vermuten, wir wünschen uns aber mehr wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse, dass ein altruistisches, sich selbst zurücknehmendes und aufopferndes Selbst- und Menschenbild viele Personen betrifft, die im Alter Bilanz ziehend den assistierten Suizid wünschen.

In einem aktuellen systematischen Review empirischer Arbeiten zu den bio-psycho-sozialen Bedingungen alter Menschen, die den Wunsch nach assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen entwickeln, konnte zusammenfassend dargestellt werden, dass hohes Alter, höherer Bildungsgrad, Ängste, Sorgen und Depressivität, die Ablehnung des Alterns, aber auch die mangelnde Erreichbarkeit von Hilfen und Unterstützung, die schlechte

Qualität der sozialen Netzwerke, der Beziehungen und die öffentliche Diskussion über den assistierten Suizid und Tötung auf Verlangen einen unterschiedlich gewichteten Einfluss auf die Wünsche alter Menschen nach Suizidassistenz haben.

Wir können aus den Ausführungen Hoches entnehmen, dass der Bilanzsuizid eine Sache geistig hochstehender Menschen ist, die die politischen Realitäten des Lebens, aber auch gesellschaftliche Veränderungen sittlich-moralisch abwägen und bewerten. Die gesellschaftlichen Hintergründe können sich natürlich historisch verändern. Waren es nach dem Ersten Weltkrieg noch die politischen Umwälzungen vom Kaiserreich in die Demokratie und von der Idealisierung des Deutschen über das Narrativ der Dolchstoßlegende zur Realisierung eines verlorenen Krieges, so würde die Diktion des Bilanzselbstmords Hoches heute unter Umständen einen Menschen betreffen, der die politischen Entwicklungen angesichts der Pandemie ablehnt, sein Leben nicht entsprechend anpassen möchte, sondern lieber den Tod wählt. Es könnte natürlich auch andere Optionen geben.

Die medizinische, pflegerische, psychotherapeutische und sozialarbeiterische Arbeit mit suizidalen Menschen ermöglicht die genaue Kenntnis der psychosozialen Situation von Menschen, die den Suizid in die Hand nehmen, ihn erwägen, wünschen oder auch fürchten.

Hier wird deutlich, dass sich viele dieser Menschen in einer Ambivalenz widerstreitender Argumente, Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse befinden. Diese gehen weit über die sittlich-moralische Bewertung des Lebens und weit über die Ablehnung von politischen Realitäten des Lebens hinaus. Häufig weisen sie zurück auf lebenslange Belastungen und Konflikte, mit denen man ein mehr oder weniger gutes Auskommen hatte und die sich in bestimmten Lebenssituationen zuspitzen.

zen können. Der Bilanzsuizid wird im philosophischen und juristischen Diskurs weiterhin herangezogen, um in Abgrenzung gegen den Suizid im Rahmen psychischer Krankheit den Suizid im Vollbesitz psychischer und kognitiver Kräfte zu beschreiben. Dabei ist der Bilanzsuizid – oder im Englischen der *rational suicide* – im suizidologischen und suizidpräventiven Diskurs marginal.

Das Gespräch mit suizidalen Menschen, ob jung oder alt, führt zu der Frage, wie der Suizidwunsch mit der Person des Suizidalen in Verbindung steht, welche psychische Funktion und welche Bedeutung er hat. Dann wird deutlich, dass nicht das Bilanzieren im Sinne Hoches, sondern die Ambivalenz in krisenhaften Lebenssituationen das Denken und Entscheiden suizidaler Menschen betrifft. Viele Menschen mit länger anhaltenden Suizidgedanken wägen den Suizid ab, sind ambivalent, hin und her gerissen zwischen der Erfahrung, so nicht mehr leben zu wollen und doch meist über Beziehungen an das Leben gebunden zu sein. Wie diese Fantasie aber mit der eigenen Person und dem eigenen Leben verbunden ist, muss oft erst in einem reflexiven Prozess verstanden werden. Es ist auch möglich, dass der oder die unvoreingenommene Gesprächspartnerin zunächst an das klassische Bilanzieren denkt, wenn er oder sie mit einem suizidalen Menschen ins Gespräch kommt.

(Folie 7)

Das scheinbar rationale Abwägen aller Pros und Contras betraf auch einen 60-jährigen Patienten von mir, einen Hamburger Kaufmann, der über ein Forschungsprojekt, also nicht von vornherein als Patient in meine Behandlung kam, weil er den Suizid angesichts einer massiven Lebenskrise erwog. Seine 20 Jahre jüngere Ehefrau hatte ihn mit einem guten Freund von ihm verlassen, er war beruflich in einem finanziell sehr unglücklichen frühen Ruhestand gelandet und hatte große Teile

seines Vermögens mit Fehlinvestitionen verloren. Er denke oftmals über Suizid nach, sagte er mir, Zitat: „ob das noch Perspektive hat, da kommt doch nichts mehr mit Anfang 60. Die Frau hat sich getrennt, die Tochter liebst du“. Letzteres sei auch der zentrale Grund, warum er sich bislang nicht umbrächte. Wenn er es dennoch täte, würde er es typisch männlich machen, „präzise und exakt“.

Im Gespräch wurde deutlich, dass ihn das Bilanzieren als ein intensives Nachdenken über sein Leben und seine aktuelle Situation beschäftigte. In der mehrjährigen Psychotherapie wurde langsam deutlich, dass er, Sohn einer nach dem Krieg verlassenen Mutter, die über Jahre suizidal war und sich in seinen Zwanzigern umbrachte, eigentlich einem inneren Auftrag folgte, nämlich dem traurigen Aufruf: Du hättest sie begleiten sollen.

Die Therapie glich dann über weite Strecken einer Begleitung, führte zur Klärung seiner Beziehungen und zu einer Hinwendung zu den wichtigen Menschen seines Lebens in Anerkennung seiner größer werdenden Bedürftigkeit. Ohne diese Begleitung, so vermute ich, wäre er eventuell auch dem Angebot eines assistierten Suizids gegenüber offen gewesen.

(Folie 8)

Die Gesprächsbedingungen für eine zugewandte, akzeptierende und eigene Lösungsansätze findende Begleitung sind nach dem Beruf des Gesprächspartners und der Situation der Gespräche verschieden. Pflegenden, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pflegen unterschiedliche Gesprächskulturen. Gemeinsam aber ist die Klärung der Bedeutung der aktuellen Einschränkungen und Belastungen. Dabei geht es auch um die aktuell wichtigen Beziehungen und

Erfahrungen mit bedeutsamen Menschen im gesamten Leben.

Das Gespräch mit suizidalen Menschen ist nur angemessen und auf Augenhöhe führbar, indem weder die kühl-distanzierte kategorisierende Einordnung in ein Diagnosesystem, auch nicht die differenzierte gutachterliche Untersuchung zur Freiverantwortlichkeit vorrangig ist, noch eine Bedrängung, das Leben zu akzeptieren, religiösen Prinzipien zu unterwerfen oder das „Schöne“ darin zu sehen. Vielmehr geht es um ein konkretes Angebot der reflektierenden Begleitung, in der das Nachdenken über dieses Leben zu realitätsgemäßen und vor allem freiverantworteten Entscheidungen auch am Ende des Lebens führt.

Suizidprävention, so lässt sich zusammenfassen, steht auf einem humanistischen, die Freiheit des Menschen fordernden und ermöglichenden Konzept. Sie dient der Enttabuisierung des Suizids, und wenn wir an den Welt-Suizid-Präventionstag, den 10. September denken, der seit einigen Tagen in Deutschland intensiv begangen wird, das offene Reden in der Gesellschaft über Suizid und Suizidalität, so wird deutlich: Das kann sehr hilfreich sein.

(Folie 9)

Wie eine derartige Begleitung am Ende des Lebens erfolgen kann, in einer Situation, wie sie oftmals Menschen mit dem Wunsch nach Suizidassistenz erleben, möchte ich Ihnen anhand des Beispiels einer Psychotherapie einer 90 Jahre alten Dame berichten, der ich als Psychotherapeut in der Medizinisch-Geriatrien Klinik des Albertinenhauses in Hamburg begegnete.

Frau A., eine Journalistin im Ruhestand, lebte bis vor einem Jahr noch selbstständig in einem betreuten Wohnen, als sie nach mehreren Stürzen, einem Oberarmbruch, mehrfachen Lungenembolien, einer fortschreitenden Makuladegeneration

und einer zunehmenden Herzschwäche mit häufiger Übelkeit und Erbrechen immer gebrechlicher wurde. Es folgten mehrere Krankenhausaufenthalte, die diese Gebrechlichkeit eher verstärkten. Ein Sohn der Patientin lebte in München, die Tochter in Hamburg.

Die psychotherapeutischen Gespräche fanden zunächst in der Klinik statt, in der ich auch ärztlich, das heißt mit weißem Kittel arbeitete und die Patientin im Bett lag. Später verlagerte sich die Behandlung in verschiedene Räume des unmittelbar an das Krankenhaus angelagerten Pflegeheims. Die Gespräche fanden immer allein und ohne Zuhörer statt.

Im ersten Gespräch sprach die Patientin bewusst und sehr belastet über ihre Sehbehinderung, wodurch sie auf fremde Hilfe angewiesen sei, und sehr leide, wenn sie unfreundlich und barsch behandelt wurde. Durchaus bilanzierend berichtete sie, in den letzten anderthalb Jahren aus einem aktiven hochaltrigen Leben gerissen worden zu sein, aus intensivem Bridgespiel auf Turnierebene, wozu sie leider jetzt nicht mehr in der Lage sei. Sie habe immer viel Wert auf Schönheit, Akzeptanz und Contenance gelegt. So wie es ihr jetzt gehe, stehe dies im Gegensatz zu diesen Lebensprinzipien.

Im Grunde befinde sie sich seit anderthalb Jahren in einem „Todeskampf“, ihr Wort. Zudem sprach sie davon, genau vor diesem bevorstehenden Kampf große Angst zu haben. Sie fragte mich, ob ich ihr durch die Gabe eines Medikaments die Möglichkeit geben könnte, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Bekäme sie so etwas hingestellt, würde ich es ihr hinstellen, so würde sie es ohne Zaudern zu sich nehmen.

Ich erwiderte, dass ich gern die Hintergründe ihres Wunsches verstehen wolle. Darüber wollte sie sprechen. Ich erfuhr zunächst von einer guten Kindheit und bekam den Eindruck eines

gediegenen, beschützten bürgerlichen Lebens. Erst in weiteren Gesprächen wurden Brüche und Einschränkungen dieses Idealbildes deutlich. Ein hochautoritärer Vater habe sie auf das Leben nicht gut vorbereitet, sodass sie mehrfach an selbstbezogene, vernachlässigende und verlassende Männer geriet und letztlich mit Mitte 20 nach dem Zweiten Weltkrieg mit zwei Kindern allein da stand. Nur einmal habe sie in ihrem Leben eine wunderbare Liebesbeziehung erlebt, aber dieser Mann sei zu früh, begleitet von ihr, gestorben.

Im Gespräch zog ich eine Parallele zwischen ihrer Erfahrung von Unbezogenheit und Verlust in ihr wichtigen Beziehungen und der aktuellen Hilflosigkeitserfahrung und Angst und fragte sie, ob sie auch jetzt, ähnlich wie früher, befürchte, bösartiger Behandlung ausgesetzt zu sein. Dies ermöglichte dann ein ernsthaftes Gespräch über ihre aktuelle Lage, das bevorstehende Sterben und auch ihren Wunsch danach.

Frau A. wurde kurz darauf in das nahegelegene Pflegeheim verlegt und ich konnte die wöchentlichen Therapietermine mit ihr fortsetzen. Ich sprach mit ihr ausführlich über ihr Erleben der Pflege, ihren Ärger, ihr Ausgeliefertsein, und sorgte zugleich für die rasche Weiterführung der Medikation mit Opiaten. Es war immer wieder notwendig, nicht mit ihr in selbstbeschwichtigende Aufforderungen, sich doch zufrieden zu geben, zu geraten (das bot sie sozusagen an), sondern die Schwierigkeit ihrer Lage mit ihr zusammen zu benennen und anzusprechen.

Über einige Wochen hinweg erholte sie sich ein wenig körperlich, konnte in ein Zimmer mit eigenen Möbeln umziehen und begann differenzierte Beziehungen zu den Pflegenden zu entwickeln, die nicht mehr alle pauschal für ablehnend und ärgerlich gehalten werden mussten.

Es wurde Frühling, und ich traf sie beim Blumen gießen in ihrem Zimmer. Wir sprachen über die

enormen Veränderungen, die sie durchlebe. Sie habe so rasch abgenommen, das Essen schmeckte ihr nicht mehr. Sie bedauerte sehr ihre Hilflosigkeit und meinte damit weiterhin ihre Einflussarmut und ihr Ausgeliefertsein an die Helfenden. Es kam zu einem Staunen von uns beiden, dass sie nicht gestorben ist, zu einer gewissen Zufriedenheit, was sie alles kann, und zugleich zu einer Freude, wenn sie sich abends hinlegen kann, um einzuschlafen.

Frau A. stürzte zehn Tage später, zog sich einen Oberschenkelbruch zu und musste notfallmäßig operiert werden. Sie kam bettlägerig und vom Herzen her verschlechtert zurück. Sie sagte, sie wolle nicht mehr leben, wisse nicht, warum sie noch lebe. Ich sagte dazu, das wisse ich auch nicht. Sie antwortete, sie wolle die Augen schließen, und ich sagte ihr, das dürfe sie tun. Sie fragte mich dann, ob ich wisse, wie das geht, zu sterben. Ich sagte ihr, ich wisse es schon. Wenn man nicht mehr isst und kaum noch trinkt, stürbe man in ihrer Lage innerhalb von 14 Tagen. Aber gerade als wir darüber sprachen, griff sie zu dem bereitstehenden Schnabelbecher, trank, und ich sagte ihr, es gibt wohl noch etwas, was sie an das Leben binde.

Drei Tage später traf ich sie ruhig im Bett, jedoch ein wenig durcheinander. Sie sprach von dem merkwürdigen Zustand, sagte, warum sie das Leben so erfahren müsse, warum ihr Herz noch schlage. Ich sagte ihr, offenbar gibt es da noch etwas, was in ihrem Leben wichtig ist, die Scham vielleicht, der Ärger oder der Geschmack von Kaffee. Drei Tage später starb Frau A. in der Nacht.

(Folie 10)

Suizidwünsche können als Sterbewünsche auftreten, wiewohl nicht jeder Sterbewunsch ein Suizidwunsch ist. In den genannten Beispielen ver-

steckte sich wohl in den suizidalen Wünschen ein Wunsch nach einer Begleitung beim Leben und beim Sterben. Beeinflusst war der Sterbewunsch im Kleid des Suizidwunsches im letzten Fall von dem körperlichen Verfall und seinen psychosozialen Folgen.

Auch Frau A. schien zu Beginn der Gespräche zu bilanzieren zugunsten eines schnellen, selbst herbeigeführten Sterbens. Im Laufe der Gespräche über die aktuelle Lebenssituation und die aktuellen Beziehungen trat der Wunsch nach einem Suizidmittel aber in den Hintergrund, hinter den Wunsch zu sterben zurück. Es könnte über eine zentrale Ambivalenz gesprochen werden, die Bindung an das Leben, besonders an Beziehungen und die Notwendigkeit, sich Schritt für Schritt aus diesen Bindungen zu lösen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Andreas Lob-Hüdepohl

Herr Lindner, herzlichen Dank, insbesondere für die Lebensgeschichte, die Sie uns vorgetragen haben. Ich eröffne nun die Fragerunde vonseiten der Ratsmitglieder und danach die Fragerunde durch das Publikum. Ich habe die erste Wortmeldung von Franz-Josef Bormann.

Franz-Josef Bormann

Ich habe zwei Fragen. Frau Bausewein, Sie haben gegen Ende Ihres Vortrags darauf hingewiesen, dass im Blick auf die internationale Situation kaum Hinweise auf Missbrauch festzustellen seien, wenn ich das richtig verstanden habe.

[Claudia Bausewein nickt]

Meine Frage betrifft die Situation in Holland. Da weiß ich nicht genau, worauf sich diese Aussage der Nicht-Missbräuchlichkeit bestimmter Regeln bezieht, denn im Blick zumindest auf die Tötung auf Verlangen ist in den Reports, die die Regierung selbst initiiert hat, etwa in den Rammelink-

Reports, durchaus eine erstaunlich hohe Zahl von nicht freiwilligen Fällen der Tötung auf Verlangen. Im Blick auf die Suizidbeihilfe weiß ich das nicht, aber vielleicht bezog sich Ihre Aussage auch nur auf die Suizidassistenten. Da wollte ich noch mal nachfragen, ob ich das richtig verstanden habe.

Die zweite Frage geht an Herrn Lindner. Ich habe eine ganz prosaische Frage, als Nichtmediziner. Gibt es irgendwelche empirisch gestützten, seriösen Schätzungen, wie oft ein wirklich freiverantwortlicher Bilanzsuizid in der Realität vorkommt? Sei es in Deutschland oder in anderen Weltregionen. Da möchte ich fragen, ob man da irgendetwas wissen kann oder ob es dazu einfach keine Studien gibt.

Claudia Bausewein

Ich habe hier eine Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2016 zitiert, in der das so angegeben war. Sie hat sich darauf bezogen, dass in den Ländern, wo Regularien bestehen, diese Regularien in der Regel eingehalten werden, dass es hier also keinen deutlichen Hinweis auf Missbrauch gibt. Das heißt nicht, dass in einem gewissen Maß trotzdem Missbrauch vorhanden ist. Das beruht nicht auf meiner eigenen Einschätzung, sondern ich habe diese hoch publizierte Übersichtsarbeit zitiert.

Es werden auch Missbrauchsfälle beschrieben, die aber in vielen Situationen nicht weiter verfolgt werden. Es ist interessant, dass die Entscheidungen darüber durch die Behörden in den Niederlanden vielleicht anders ausfallen, als wir uns das denken würden. Die Frage der Indikationsausweitung ist natürlich nicht eine Frage von Missbrauch, sondern das wäre für mich eher eine Frage von Dammbreach. Ich würde mich da auch nicht allein auf die Zahlen beziehen, sondern eher auf die Indikationsausweitung.

Reinhard Lindner

Mir sind keine empirischen und quantifizierenden Studien zum Thema des reinen freiverantwortlichen Bilanzsuizids bekannt. Das war ja auch das Ergebnis meiner Überlegungen, dass da unterschiedliche Wissensbereiche mit unterschiedlichen Grundannahmen arbeiten und das Bilanzieren der Ambivalenz gegenübersteht.

Andreas Lob-Hüdepohl

Herzlichen Dank. Dann Herr Andreas Kruse.

Andreas Kruse

Frau Bausewein, Sie haben drei Fallbeispiele genannt: Herr Lange, Herr Müller und Frau Bauer. Im ersten Fallbeispiel war die Entstellung des Gesichts ein zentrales Motiv, und Sie haben eindrucksvoll dargestellt, dass der Wunsch, durch assistierten Suizid aus dem Leben zu scheiden, immer und immer wieder zurückgestellt wurde, und dann vor allen Dingen auch die palliative Sedierung.

Bei Herrn Müller war es der Aspekt der Autonomie, dass Sie ihm sagten – es war für ihn unvorstellbar, in Abhängigkeit zu geraten; das war fast so etwas wie ein Cantus firmus im gesamten Lebenslauf.

Und schließlich betonten Sie bei Frau Bauer: Sie sieht die Möglichkeit, ihre Not zu klagen oder über ihre Not zu reden, was vielleicht dazu beigetragen hat, dass sie sich für das Leben entschieden hat oder dagegen entschieden hat, ihrem Leben ein Ende zu setzen.

Jetzt kommt eine zentrale Aussage, die Sie treffen, und auf die will ich hinaus. Sie sagen, dass der Suizidwunsch insgesamt nachlässt, aber dass der Suizidwunsch bei älteren Menschen deutlich steigt, auch dann, wenn nicht eine zum Tode führende Erkrankung vorliegt. Wenn ich das jetzt spiegle mit den drei Fallbeispielen, die Sie genannt haben, wird für mich folgende Frage

thematisch: Müssen wir vielleicht noch viel stärker die Relation zwischen der Person und ihrer sozialen Nahumwelt betrachten? Beispielsweise in der Hinsicht: Ich habe Sorge davor, aufgrund einer Entstellung zutiefst abgelehnt zu werden; ich habe Sorge davor, von einer Umwelt abhängig zu werden, bei der ich nicht sicher bin, ob die auch in einer würdevollen Art und Weise mit dieser Abhängigkeit umgeht, oder ich lebe in einer Umwelt, in der ich meine Not nicht klagen kann.

Hier wäre der Beziehungsaspekt ein zentraler, ein Beziehungsaspekt, der von Herrn Lindner immer wieder deutlich hervorgehoben wird. Glauben Sie, dass wir über die vielen medizinischen, pflegerischen und pathologischen Überlegungen hinaus diesen Aspekt in einer Gesamtdiskussion (beispielsweise wenn sich der Ethikrat mit einer Stellungnahme dazu äußern würde) noch viel stärker machen müssen, als er heute in Deutschland ist?

Claudia Bausewein

Die Beziehung ist ein wesentliches Element in unserem Leben und ich versuchte an diesen drei Beispielen unterschiedliche Verläufe deutlich zu machen.

Aber wir merken, dass es in der Palliativversorgung ein zentrales Element ist, einerseits die Patienten in ihrem sozialen Umfeld zu sehen. Andererseits erleben wir immer wieder, und das ist eine persönliche Wahrnehmung, die mich immer tief betrifft und auch manchmal traurig macht, dass ich das Gefühl habe, wenn Menschen in die Palliativversorgung kommen, dann erleben sie das erste Mal eine Art von fürsorglicher Betreuung, von Zuwendung, von Angenommensein, vollkommen wertneutral, was sie scheinbar so in ihrem Leben nicht erlebt haben. Das drücken sie teilweise auch so aus und sagen: „So hat sich noch nie jemand um mich gekümmert.“

Ich kann mich an den ersten Patienten gut erinnern, weil wir viele Gespräche geführt haben. In Nicht-Corona-Zeiten gehe ich manchmal auch sehr aktiv auf Patienten zu, und ich habe ihn manchmal in den Arm genommen und gemerkt: Das war für ihn eine ganz neue Erfahrung, obwohl er so ein entstelltes Gesicht gehabt hat, das uns nicht gestört hat in dem Sinne, dass wir ihn abgelehnt haben, sondern er war sozusagen Teil –

Ich glaube, dass die Beziehungen der Menschen untereinander, aber auch wie wir sie im Gesundheitswesen zu den Patienten haben, das ist vielleicht einer der Traumatisierungsfaktoren unseres Gesundheitswesens, dass wir eigentlich die Erkrankung sehen, vielleicht noch den Patienten, aber den Mensch dahinter in seinem sozialen Umfeld, in seiner gesamten Situation nicht mehr in unserem Gesundheitswesen so wahrnehmen, wie es die Menschen eigentlich brauchen würden.

Andreas Lob-Hüdepohl

Als Letzte habe ich Kerstin Schlögl-Flierl vom Ethikrat und dann übergebe ich an den Anwalt des Publikums.

Kerstin Schlögl-Flierl

Herr Lindner, ich habe eine Frage an Sie. Ich hoffe, Sie haben den Film *Gott* von Ferdinand von Schirach gesehen, der im öffentlich-rechtlichen Fernsehen verfilmt wurde. Hier wurde ein Bilanzsuizid als Ausgangspunkt genommen. Mich würde interessieren, wie Sie diesen konstruierten Fall von Ferdinand von Schirach aus Ihrer Sicht einschätzen, weil das ja sehr diskutiert wurde im Nachgang.

Reinhard Lindner

Es ist natürlich immer so eine Sache, über ein Kunstwerk zu sprechen, das mit einer bestimmten sicherlich gut recherchierten und nachdenklichen Intention geschrieben worden ist. Ich habe diesen

Film gesehen und auch das Buch gelesen, mich also mit beiden Formen auseinandergesetzt.

An der Person des Herrn Gärtner entstehen eine Reihe von Fragen, die ungeklärt bleiben, die auch der Vertreter der Bundesärztekammer (wie soll er? Das ist ein Standesvertreter) oder ein hoher Kirchenmann nicht beantworten kann, sondern die im Kontakt, im Gespräch entstehen müssten. Er schien mir unglaublich traurig über den Verlust seiner Frau und in einer Situation zu sein, so wird es dargestellt, in der die Frau ihm einen Auftrag mitgegeben hat, der ihn an sie bindet, der also innerhalb des Trauerprozesses dazu führt, dass er sich ihr sehr nahe fühlen kann.

Darüber hätte ich gerne mit ihm gesprochen, also über die Bedeutung dieses Geschehens, und zwar *nicht*, um ihn davon abzubringen, ja? Das ist ein anderer Gedanke dahinter, der zunächst nur die Frage in den Mittelpunkt stellt: Was ist zwischen Ihnen beiden am Sterbebett geschehen? Das würde ich gerne verstehen.

Andreas Lob-Hüdepohl

Haben Sie herzlichen Dank und ich übergebe an Steffen Augsberg. Was fragt das Publikum?

Diskussion unter Einbeziehung des Publikums

Steffen Augsberg

Vielen Dank. Auch hier der Versuch, das auf zwei Blöcke verteilen. Der erste nimmt etwas auf, was wir schon thematisiert haben: die Frage nach dem Verhältnis von sozialen Faktoren und individueller Selbstbestimmung. Der zweite bezieht sich auf die Konsequenzen, die wir ziehen müssen aus den Erkenntnissen, die wir heute präsentiert bekommen haben.

Beginnen wir mit den sozialen Faktoren. Da wird die Frage gestellt, inwieweit solche nichtsomatischen, aber auch nicht direkt psychischen Bedin-

gungen eine Rolle spielen, etwa die Situation, die Sie mit Herrn Hoche gut geschildert haben, diese Vorstellung des geistig hochstehenden Menschen der feinen Seele; Herr Lindner, Sie erinnern sich, dass das in Karlsruhe der erste Satz der Beschwerdeführer war, stolze Angehörige der akademischen Oberschicht sind das, die hier klagen.

Kann man an dieser Stelle diese Faktoren, diese spezifische Form von Selbstbestimmungswahrnehmung irgendwie einpreisen in diese Vorstellung vom Suizid, vielleicht nicht in die Suizidalität als solche, aber in das Sprechen und Wertschätzen des Suizids? Ist das eine Möglichkeit, dass das die Kommunikation über Suizid verändert, je nachdem, wie man sich in einer solchen sozialen Schichtung einordnet?

Reinhard Lindner

Ja, das ist durchaus möglich. Jeder Mensch erzählt seine Geschichte auf seine Weise und mit den Worten auch seiner sozialen Sprachnutzung. Insofern spielt natürlich auch die Bildung eine Rolle. Wer sich mit den alten Römern auseinandergesetzt hat, wird vielleicht in solchen Situationen auf sie zurückgreifen.

Das Interessante an den Gesprächen, die ich mit suizidalen Menschen geführt habe, ist, dass man natürlich in diesem Kontext miteinander sprechen kann, aber doch rasch das Bedürfnis kommt, über Dinge, über Beziehungen, über Menschen, über das eigene Leben in einer sehr praktischen Weise zu reden. Das habe ich sowohl bei Menschen aus höheren sozialen Schichten als auch anderen vor ähnlichen Fragestellungen immer wieder erlebt. Das sind sehr konkrete Dinge, die sich um Akzeptanz auch bei Veränderung des Körperlichen, Sozialen und Psychischen im hohen Alter oder mit Krankheit drehen, aber auch um Akzeptanz, wenn man verzweifelt ist, weil einem die Ehefrau davonläuft, also wenn wir jetzt nicht nur vom Alter

sprechen. Es geht letztlich wieder um sehr menschliche Fragen.

Steffen Augsberg

Frau Bausewein, können Sie das ergänzen mit Blick auf eine etwas konkretere Fragestellung, die uns zugetragen worden ist, nämlich dass Einsamkeit und Nichterreichbarkeit, also soziale Exklusion auch eine Rolle spielt. Ich glaube, das trifft sich gut mit dem, was Sie beschrieben haben, mit Ihren Erfahrungen in der Palliativversorgung. Aber ob das zudem, zu der Kluft, die da besteht zwischen der Vielzahl von Personen, die in Pflegeheimen befindlich ist, und der vergleichsweise geringen Zahl an Palliativplätzen, ob das nicht auch als Faktor hier eine Rolle spielt.

Claudia Bausewein

Vielen Dank, das ist eine elementare Frage. Das eine ist: Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass viele Menschen, die einen vorzeitigen Todeswunsch haben, angeben, dass sie nicht zur Last fallen wollen. Das ist wieder diese soziale Komponente. Und wir haben in Alten- und Pflegeheimen, die ja mit über 30 Prozent der zweithäufigste Sterbeort in Deutschland sind, teilweise sehr schwierige Situationen, gerade von der pflegerischen Seite her.

Die Frage ist: Wie sieht es hier mit Hospiz- und Palliativversorgung aus? Ich glaube, es wäre fatal zu denken, dass wir jetzt all diese Menschen in irgendwelche spezialisierten Einrichtungen bringen müssen und sagen müssen, wir brauchen so viele Palliativstationen und stationären Hospize, dass die versorgt werden würden. Das würde der Situation nicht gerecht werden.

Ein Ziel von Palliativversorgung – und ich glaube, das wird eine der großen Herausforderungen der nächsten Jahre sein – ist nicht unbedingt, noch viel mehr spezialisierte Einrichtungen zu haben. Das ist sicher auch hilfreich, aber wir müssen in

die Breite gehen, wir müssen dahin gehen, wo die Menschen sind. Wir müssen in die Alten- und Pflegeheime gehen, wir müssen in die Krankenhäuser gehen. Das ist der häufigste Sterbeort in Deutschland.

Und wir müssen Hospiz- und Palliativversorgung zu den Menschen bringen. Das ist ja das Schöne an Hospiz- und Palliativversorgung, dass sie nicht an schöne Gebäude, bunte Stationen, wohnliche Atmosphäre gebunden ist, sondern es ist Kompetenz und Haltung, und die können wir zu den Menschen bringen. Das heißt, wir müssen verstärkt schauen: Wie können wir Hospiz- und Palliativkultur in Alten- und Pflegeheimen etablieren? Da gibt es in Deutschland sehr gute Beispiele.

Wir dürfen aber nicht darüber hinwegschauen, dass auch die Grundsituation der Versorgung in den Alten- und Pflegeheimen, die Menschen, die hier vor Ort die Versorgung leisten, verbessert werden muss. Aber die Hauptbotschaft muss sein: Wir müssen Hospiz- und Palliativversorgung in die Breite, zu den Primärversorgern bringen. Wir müssen viel mehr in beratende und unterstützende Aktivitäten kommen, um die Situation der Menschen vor Ort zu verbessern.

Steffen Augsberg

Das führt nahtlos zu dem zweiten Komplex der Konsequenzen. Da gibt es drei Unterfragen. Die erste würde ich Sie, Frau Bausewein, bitten zu beantworten, die zweite geht an Herrn Lindner und die dritte könnten Sie beide in Angriff nehmen.

Der erste Punkt bezieht sich auf die Beziehungen und das mögliche veränderte Rollenverhältnis von Arzt und Patienten, wenn ein assistierter Suizid in anderer Form zugelassen wird, als es derzeit der Fall ist. Wir sind jetzt in einer vergleichsweise liberalen Situation und sehen (das haben Sie eindrucksvoll beschrieben), dass das schon entspre-

chende Konsequenzen hat, weil die Kommunikation und das Sprechen über die Situation auch die Situation verändert hat und deshalb wahrscheinlich mehr Anfragen kommen. Können Sie dazu etwas sagen, wie Sie das veränderte Rollenbild des Arztes sehen und inwieweit möglicherweise auch alternative Beziehungsmuster, etwa zu Sterbehilfe-Organisationen, hier mit reinspielen?

Dann an Herrn Lindner die Frage, wie man die von Ihnen beschriebene Ambivalenz prozedural in Sicherheit umsetzen kann, und zwar in eine so starke Sicherheit, dass es damit akzeptabel erscheint, eine unwiederbringliche Haltung wie die eigene Selbsttötung gesellschaftlich zu akzeptieren. Ist das überhaupt vorstellbar? Wenn ja, unter welchen Bedingungen? Wann kann diese freie Selbsttötungsentscheidung entsprechend angenommen werden?

Zum Schluss an Sie beide die Frage, wie wir es schaffen, dass wir in einer Situation, in der sich Menschen wertlos fühlen und ihr Leben als sinnlos empfinden, auf die Menschen zugehen können und diesen Wert und diese Anerkennung und eine gesellschaftliche Wertschätzung von Lebensphasen vermitteln können, bei denen das auf den ersten Blick nicht so eindeutig erscheint.

Claudia Bausewein

Ich versuche die erste Frage zu behandeln, die Rolle der Ärztinnen und Ärzte und wie sich das verändern wird. Ich habe das versucht darzustellen. Da gibt es zurzeit nicht die eine Antwort, sondern so wie wir gesellschaftlich unterschiedliche Einstellungen und Meinungen zum Thema des assistierten Suizids haben, so haben wir es auch in der Ärzteschaft. Es gibt Kolleginnen und Kollegen, die sagen, es ist explizit ihre Aufgabe, hier haben wir einen Auftrag, und andere, die sagen, es gehört nicht zur Aufgabe von Ärztinnen, im Sinne von: Es ist keine Behandlungsoption, so wie ich das Schmerzmedikament in der Hand

habe, habe ich auf der anderen Seite die Pille für den assistierten Suizid in der Hand. Das heißt aber nicht, dass vielleicht Einzelne sagen, das ist für mich eine Option.

Das wird die große Frage sein, auch wie sich letztlich hier die verfasste Ärzteschaft, die Bundesärztekammer verhält, wie der Ärztetag nächstes Jahr entscheiden wird. Die Diskussionen, die angefangen haben, sind aus meiner Sicht sehr ernsthaft und reflektiert, auch die Gremien. Auch wenn ich mit Kollegen spreche, auch bei uns in Kursen, sind es immer sehr reflektierte, differenzierte Auseinandersetzungen.

Was mich nachdenklich macht, ist, dass die öffentliche Diskussion auch unter Ärztinnen und Ärzten zunehmend polarisiert wird. Dieser reflektierte Diskurs, das Abwägen der Situation, ist uns ein bisschen abhandengekommen. Wir müssen versuchen, aus dieser polarisierten Diskussion herauszukommen, weil uns die nicht weiterhelfen wird, und wir müssen versuchen, eine möglichst gute Situation zu schaffen.

Ich kann nicht vorgreifen, wie die Ärztekammer und der Ärztetag entscheiden werden, aber es zeichnet sich ab, dass das Berufsrecht geändert werden wird. Das heißt, das Verbot der Suizidassistenz wird wahrscheinlich aufgehoben werden, aber es wird nicht als eine explizite ärztliche Aufgabe gesehen, sondern wahrscheinlich eine Gewissensentscheidung der Einzelnen sein. Das könnte eine Richtung sein, die möglich ist, aber das werden die Diskussionen bringen.

Für uns in der Hospiz- und Palliativversorgung, wo wir ja verstärkt diese Anfragen haben, wird es eine Herausforderung sein, und ich habe es dargestellt, es wird Einzelne geben, aber es gibt auch eine große Gruppe, die sagt: Wir können es uns nicht als Teil vorstellen, wie das zum Beispiel in anderen Ländern ist. In den Niederlanden, in

Belgien sind es gerade die Palliativmediziner, die hier engagiert sind.

Reinhard Lindner

Das ist eine spannende Frage, die Sie an mich weitergegeben haben, Herr Augsberg, die Ambivalenz so weit prozedural zu bringen, dass beides möglich ist, ein Weiterleben oder ein Sterben. Ich glaube, der oder die Fragende hat genau erfasst, dass die Perspektive der Suizidprävention wirklich beides in den Blick nimmt: Suizidprävention bedeutet, in dieser Situation nicht jemanden von irgendetwas manipulativ oder sonst wie zu überzeugen, sondern mit jemandem die Möglichkeiten zu besprechen, die in der einen oder anderen Situation bestehen, aber nicht kühl und sachlich, sondern innerhalb einer therapeutischen oder beraterischen oder sonst wie, auf einen längeren Zeitraum angesiedelten Beziehung.

In der Tat: Es ist unmöglich, mit einem suizidalen Menschen eine ernst zu nehmende Therapie zu machen, ohne ihm oder ihr die Option zu lassen, dass ein Suizid geschehen kann. Das ist manchmal eine schwierige Situation, weil man sich vielleicht wünscht, dass derjenige einen Weg ins Leben findet. Aber ohne diese Ausrichtung gelingt kein wirkliches Gespräch.

Mit anderen Worten: Das, was zählt, ist das Angebot von Beziehungen, und das kostet Geld, in der Tat, das ist auch noch nicht ausreichend, würde ich sagen. Frau Bausewein hat einige Aspekte davon benannt, die gelten natürlich auch für psychisch kranke Menschen oder für Menschen in schweren Lebenskrisen. Das heißt, ohne Suizidprävention ist eine Entwicklung in Deutschland nicht denkbar, in welche Richtung auch immer sie juristisch gehen wird.

Ein Punkt war noch Punkt drei, den Sie genannt hatten. In der Tat ist es notwendig, dass es mehr gesellschaftliche Diskurse darüber gibt, wie wir

leben und wie wir sterben wollen. Auch über den Suizid und über die Suizidalität muss mehr gesprochen werden, denn das haben wir heute gehört: Darüber reden senkt die Suizidraten in allen Facetten, die wir hier heute gehört haben, und darüber reden eröffnet auch Möglichkeiten, etwas anderes zu finden als den Tod.

Claudia Bausewein

Da schließe ich mich an. Wir brauchen mehr gesellschaftliche Auseinandersetzung, Diskurs, aber auch mehr Information über das, was möglich ist im Sinne von: Muss ich allem zustimmen, was die Medizin mit mir macht? Oder was gibt es denn – jetzt wieder aus meinem Bereich – an Optionen in der Hospiz- und Palliativversorgung?

Ein klassischer Satz, den wir hören, ist: „Wenn ich nur gewusst hätte oder eher gewusst hätte, dass diese Art der Betreuung möglich ist.“ Das hat, wie hoffentlich übergekommen ist, auch viel mit Wertschätzung zu tun. Das ist aus meiner Sicht die wichtigste Forderung, dass wir die Öffentlichkeit noch viel mehr informieren müssen in diesem Diskurs über: Wie wollen wir sterben?

Steffen Augsberg

Vielen Dank.

Andreas Lob-Hüdepohl

Dem Dank schließe ich mich gerne an. Ich darf zunächst der vorbereitenden Arbeitsgruppe sowie den Referierenden herzlich danken, ebenso dem Anwalt des Publikums Steffen Augsberg, der immerhin über 150 Eingaben bündeln musste. Sehen Sie es uns bitte nach, dass in diesen wenigen Minuten nicht alles zusammengebracht werden konnte.

Ich übergebe jetzt der Vorsitzenden, Frau Buyx.

Schlusswort

Prof. Dr. Alena Buyx · Vorsitzende des Deutschen Ethikrates

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Zuhörende im Screen und liebe Vortragende, es ist unmöglich, nach dieser reichhaltigen Diskussion ein zusammenfassendes Schlusswort zu finden.

Ein Punkt sei mir erlaubt: Kerstin Schlögl-Flierl hat das Stück *Gott* von Ferdinand von Schirach angesprochen, das hatte ich auch ansprechen wollen. Einige von Ihnen haben vielleicht die Verfilmung dieses Theaterstücks gesehen. Dort wurde der Ethikrat in einer Sitzung fiktiv dargestellt, wie er über einen Einzelfall *richtet*. Darauf haben mich verschiedene Ethikratsmitglieder auch angesprochen. Das ist, wie wir hoffentlich heute gezeigt haben, *nicht* die Art und Weise, wie im Deutschen Ethikrat über die Thematik Suizid, Suizidwünsche, Suizidbegehren und Suizidassistenz gesprochen wird, wie in einer Art Gerichtsverhandlung.

Ich erlaube mir einen Satz von Frau Schneider zu zitieren: „Reden über Suizidalität entlastet das offene Gespräch.“ Auch wenn dieses Statement nicht unwidersprochen geblieben ist im Laufe dieser Veranstaltung, ist das doch ein schönes zusammenfassendes Moment für das, was heute gut gelungen ist. Mehrere Vortragende haben betont, wie wichtig es ist, Suizid- und Sterbewünsche ernst zu nehmen und zuzuhören, und das haben wir hier heute im übertragenen Sinne auch getan.

Ich danke unseren Expertinnen und Experten dafür, dass sie uns erlaubt haben, die vielen Facetten von Sterbewünschen und Suizidbegehren ernst zu nehmen, die vielen Fragen ernst zu nehmen, zu verhandeln, uns gegenseitig zuzuhören und dabei auch das Publikum einzubeziehen.

Wir haben als Deutscher Ethikrat eine sehr wichtige Funktion, ethische Debatten zu befördern, und ich glaube, das ist heute wunderbar gelungen. Es sind Fragen geblieben zu dem Schutzkonzept, zur Rolle von eventuell Beteiligten bei der Assistenz zu Suizid, Fragen von Normalisierung, von Beziehungsaspekten, viele wichtige Dinge. Das heißt, das Gespräch, das Reden wird weitergehen.

Heute bleibt mir, Ihnen zu danken. Ich möchte allen Vortragenden nochmals sehr herzlich danken, Andreas Lob-Hüdepohl dafür, dass er uns durch die Veranstaltung geführt hat, Steffen Augsburg für die komplexe Aufgabe der Publikumsmoderation und allen Ratsmitgliedern für die rege Teilnahme und die Fragen. Ich danke hier im Raum unserer Technik, die das Ganze umgesetzt hat und erlaubt hat, dass wir auch in dieser herausfordernden Situation öffentlich tagen können. Ich danke unseren Schriftdolmetscherinnen und insbesondere danke ich für den reibungslosen Ablauf der Geschäftsstelle namentlich Frau Sievert, die über den ganzen Tag unsere Dirigentin war.

Aber am ausdrücklichsten danke ich im Namen des Deutschen Ethikrates Ihnen, dem Publikum. Sie haben viele Fragen gestellt, und Sie haben hoffentlich Verständnis dafür, dass nicht alle Fragen diskutiert werden konnten. Sie haben uns auch einen sehr schönen Dank in den Chat geschrieben. Wir freuen uns, dass Sie dabei waren.

Ihre Meinung ist uns wichtig. Wir werden nach diesem Schlusswort einen Link zur Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einblenden und würden uns freuen, wenn Sie das ausfüllen. Weitere Informationen über uns, über unsere Arbeit finden Sie auf unserer Webseite. Wir haben einen Verteiler, mit dem wir regelmäßig informieren. Also schreiben Sie uns gerne bei Interesse.

Jetzt wünsche ich Ihnen und uns allen auch in diesen herausfordernden Tagen frohe Feiertage. Genießen Sie ruhige und besinnliche Zeiten. Damit

schließe ich diesen Tagesordnungspunkt und unsere Veranstaltung. Vielen Dank.