

STATEMENT

Suizidprävention und Suizidassistenz

Versorgungslage und Bundesverfassungsgerichtsurteil zur Suizidassistenz

Statement von Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl (Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention & Senckenberg Distinguished Professorship, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Goethe-Universität, Frankfurt am Main)

Zusammenfassung

In den letzten vier Jahrzehnten ist es in Deutschland zu einem Rückgang der Suizide von circa 18.000 auf etwas mehr als 9.000 gekommen, wobei die naheliegendste Erklärung die verbesserte Versorgung der Menschen mit depressiven und anderen psychischen Erkrankungen sein dürfte. Mit dem in Deutschland und international breit implementierten gemeindebasierten 4-Ebenen Interventionskonzept der Bündnisse gegen Depression werden verschiedene evidenzbasierte suizidpräventive Maßnahmen gebündelt.

Das Thema Suizidassistenz ist durch das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 26. Februar 2020 verstärkt in die Diskussion geraten. Bei vollem Verständnis für die Ängste der Menschen, beim Sterben dem Urteil von Fachleuten oder der „Apparatemedizin“ ausgeliefert zu sein, ist jedoch zu bedenken, dass Suizide meist im Rahmen psychischer Erkrankung oder akuter Krisenreaktionen erfolgen, d.h. mit eingeschränkter Freiverantwortlichkeit. Eine auch durch das Bundesverfassungsgerichtsurteil beförderte Normalisierung des Suizids kann einerseits zu einem besseren Hilfesuchverhalten Suizidgefährdeter aber andererseits zu einer Schwellensenkung hinsichtlich suizidaler Handlungen führen. Die Entwicklung der Statistiken zu Tötungen auf Verlangen bzw. assistierten Suiziden und der zu Suiziden in den Niederlanden gibt Anlass zur Sorge, dass die Normalisierung suizidalen Verhaltens zu einer Zunahme der nicht freiverantwortlichen Suiziden führt.

Suizidgedanken, Suizidversuche, Suizide

Viele nicht psychisch kranke Menschen erleben im Laufe des Lebens Situationen, in denen sie sich mit der Möglichkeit des eigenen Todes beschäftigen und unter Todeswünschen oder Suizidgedanken leiden. Nach einer neueren europäischen Untersuchung geben das in der Allgemeinbevölkerung mehr als 20 % an, andere Studien kommen zu noch deutlich höheren Prozentzahlen (Castillejos et al., 2020). Bei der Mehrzahl dieser Menschen treten derartige Gedanken als Reaktion auf schwierige Lebensumstände auf und sind meist nicht krankheitsbedingt. Ein großer Teil berichtet in diesem Zusammenhang eher über passive Todeswünsche und Suizidgedanken. Meist geht davon keine akute Gefahr eines Suizids aus.

STATEMENT

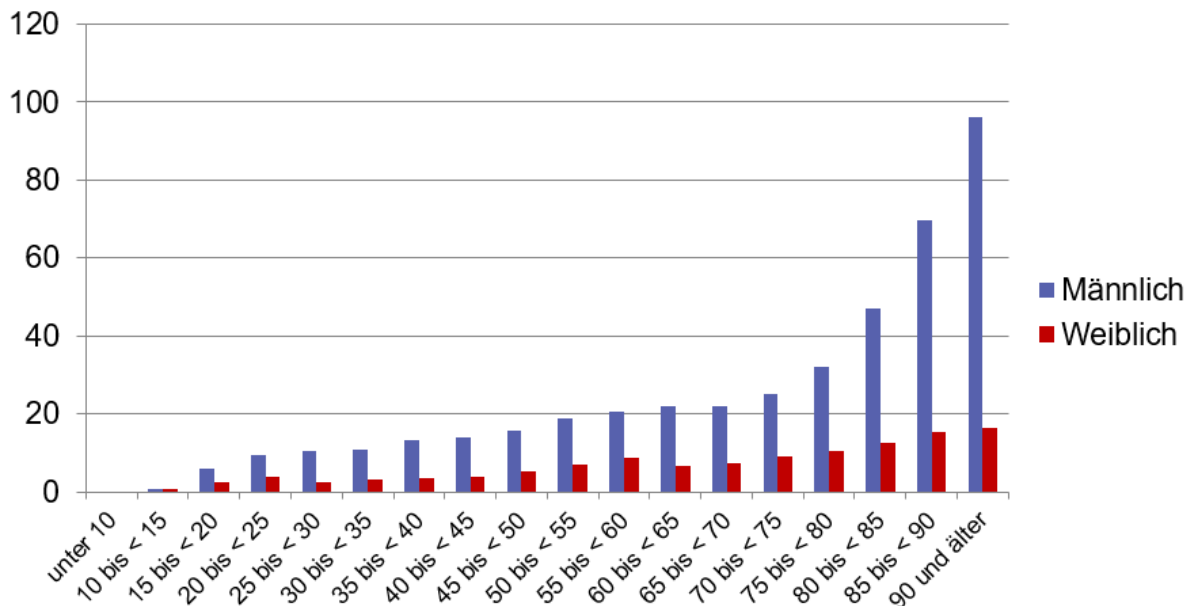
Suizidgedanken unterscheiden sich hier deutlich von suizidalen Handlungen, welche in aller Regel im Kontext von Depressionen und anderen psychiatrischen Erkrankungen erfolgen. Dies gilt für Suizidversuche und noch deutlicher für Suizide. In psychologischen Autopsiestudien wurde gefunden, dass bei circa 90 % der Suizidopfer eine psychiatrische Erkrankung vorgelegen hat (Lönnqvist, 2009). Methodische Probleme limitieren sicher die Aussagekraft dieser psychologischen Autopsiestudien, wobei eine Reanalyse psychologischer Autopsiedaten ergab, dass das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung eher zu konservativ geschätzt worden war. Die zentrale Bedeutung psychiatrischer Erkrankungen als Ursache suizidaler Handlungen stimmt auch mit meiner klinischen Erfahrung überein. Mein Erfahrungshintergrund als Psychiater und Direktor einer psychiatrischen Universitätsklinik ist nicht auf psychiatrische Patienten beschränkt, da alle Menschen des Klinikums, bei denen der Verdacht auf Suizidalität besteht, oder die nach einem Suizidversuch in die Notfallambulanz oder andere Abteilungen des Klinikums kommen, psychiatrisch gesehen und diagnostiziert werden.

Die Phänomenologie der Suizidalität hängt stark von der psychiatrischen Grunderkrankung ab. Bei der Depression, der mit Abstand häufigsten Ursache für Suizide (WHO, 2014), führt das mit der depressiven Erkrankung einhergehende unerträgliche Leid in Kombination mit der krankheitsbedingten Hoffnungslosigkeit zu suizidalen Impulsen. Nicht selten spielen altruistische Motive („Ich bin nur eine Belastung für meinen Partner, meine Kinder“) und wahnhaftige Verkennungen (Schuldwahn, Verarmungswahn, hypochondrischer Wahn) eine Rolle. Bei schizophrenen Erkrankungen können suizidale Handlungen abrupt und unkontrollierbar einschließen oder imperative Stimmen den Suizid befehlen. Auch Alkoholmissbrauch geht mit erhöhten Suizidraten einher, wobei hier ein Faktor die Schwellensenkung bei suizidalen Impulsen sein kann. Unter Alkoholeinfluss wird suizidalen Impulsen, die z.B. im Rahmen einer Depression auftreten, nachgegeben, was im nüchternen Zustand nicht erfolgt wäre. Auch Persönlichkeitsstörungen erhöhen das Suizidrisiko. Kränkungen können bei einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung in einer suizidalen Handlung münden, ebenso die quälenden Affektschwankungen bei einer Borderline Persönlichkeitsstörung. Erhöhte Suizidraten finden sich auch bei anderen psychischen Erkrankungen wie Drogenmissbrauch, Essstörungen, manisch depressiven Erkrankungen oder Angststörungen.

Vor dem Hintergrund der Diskussion zum Thema Suizidassistenz ist anzumerken, dass bei **all diesen Erkrankungen die Freiverantwortlichkeit der suizidalen Handlung eingeschränkt ist und die suizidalen Impulse fast immer krankheitsbedingt und vorübergehend sind.**

STATEMENT

Suizidraten in Deutschland 2021 (je 100.000 Einwohner)

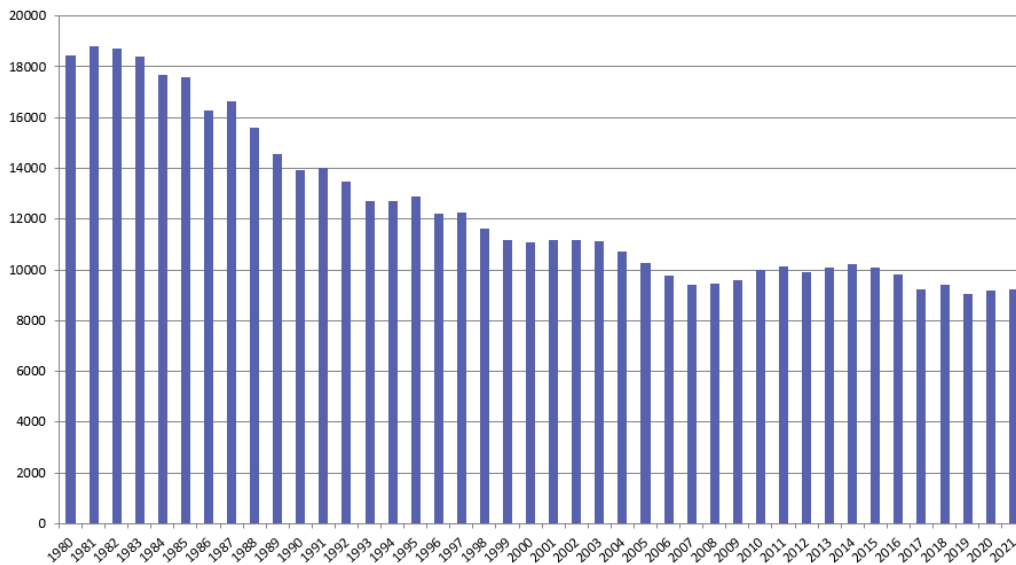


Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt

Abbildung 1 ist neben der drastischen Zunahme der Suizidraten mit dem Alter das vielfach höhere Suizidrisiko der Männer im Vergleich zu Frauen zu entnehmen. Letzteres scheint im Widerspruch zu der kausalen Bedeutung der Depression bei suizidalem Verhalten zu stehen, da Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer an Depressionen erkranken. Die Erklärung liegt in der vielfach geringeren Tödlichkeit (Letalität) suizidaler Handlungen bei Frauen. Eine eigene europäische Studie unter Einschluss von 7241 suizidalen Handlungen (davon 9,4 % letal) hat ergeben, dass Frauen mehr Suizidversuche als Männer begehen, diese jedoch deutlich weniger letal sind. Frauen wählen deutlich häufiger als Männer Vergiftungen als Suizidmethode (circa 2/3 der suizidalen Handlungen), die in Europa in mehr als 95 % der Fälle überlebt werden.

STATEMENT

Anzahl der Suizide in Deutschland seit 1980



Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt

In **Abbildung 2** ist der beeindruckende Rückgang der Suizidraten in Deutschland in den letzten Jahrzehnten abgebildet. Zeitgleich mit diesem Rückgang gab es eine Zunahme der administrativen Zahlen bezüglich psychischer Erkrankungen (z.B. Frühberentung wegen psychischer Erkrankungen: 1983: 8,6%, 2020: 41,7 %). Diese Zunahme ist nicht Ausdruck einer echten Prävalenzzunahme psychischer Erkrankungen, wie bevölkerungsbasierte Studien (Wittchen et al., 2011) übereinstimmend zeigen, sondern eines verbesserten Hilfesuchverhaltens Betroffener (Entstigmatisierung, Aufklärung) sowie einer verbesserten Diagnostik. Die sich hieraus ergebende verbesserte Versorgung der Menschen mit Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen dürfte der plausibelste Grund für den beeindruckenden Rückgang der Suizidraten in Deutschland sein und betont die suizidpräventive Bedeutung der Versorgungsoptimierung für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Gefahr vorschneller Kausalattributionen bei Suizidalität und Depression

Bei Betroffenen, Laien aber auch unerfahrenen Ärzten besteht die Tendenz, sowohl Depression als auch suizidale Handlungen vorschnell als Reaktion auf schwierige Lebensumstände aufzufassen. Mehrere Faktoren leisten hier Fehleinschätzungen Vorschub. Dazu zählt die Neigung, von eigenen Reaktionen nach negativen Lebensereignissen auf das Erleben eines depressiv Erkrankten zu folgern. Betroffene berichten jedoch regelmäßig, dass sich die Depression auch ganz anders „anfühle“, als der Zustand bei Partnerschaftskonflikten, Überforderungen oder Verlusterlebnissen. Dem Facharzt ist es auch gut möglich, eine nachvollziehbare Reaktion auf die Bitternisse des Lebens von einer depressiven Erkrankung abzugrenzen. Unter anderem sprechen Schuldgefühle, Tagesschwankungen mit Morgentief, positive Effekte von Schlafentzug, das Gefühl der inneren Versteinerung und das Gefühl der inneren Daueranspannung („fühle mich permanent wie vor einer Prüfung“) für das Vorliegen einer Depression, ebenso wie das Auftreten einer Depression in der Familienanamnese und frühere depressive Episoden.

STATEMENT

Hinzu kommt, dass jede Depression bestehende Probleme gleich welcher Art vergrößert und ins Zentrum des Erlebens stellt, verbunden mit dem Gefühl der Ausweglosigkeit. Sie liefert damit jeweils naheliegende Erklärungen gleich mit. Bestehen körperliche Beschwerden, so werden diese in der Depression als unerträglich erlebt. Sehr lehrreich ist in diesem Zusammenhang eine große, in England über acht Jahre in Kooperation mit 593 Hausarztpraxen durchgeführte, Studie (Webb et al., 2012). In dieser wurden Krankenakten von über vier Millionen Patienten gesammelt und insgesamt 873 Suizide dokumentiert. Es bestand nun die Möglichkeit, retrospektiv zu untersuchen, bei wie vielen der Suizidopfer mindestens eine schwere körperliche Erkrankung aus einer Liste von insgesamt elf (Rückenschmerz, Asthma, Arthrose, koronare Herzkrankheit, Diabetes, Bluthochdruck, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, Epilepsie, Krebs, Osteoporose, Schlaganfall) vorlag. Das überraschende Ergebnis war dabei, dass zwar bei 38,7 % der Suizidopfer mindestens eine dieser Erkrankungen vorgelegen hatte, dies jedoch bei hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbaren Personen ohne Suizid (N= 17460) mit 37 % fast ebenso häufig der Fall war. Betrachtet man die Diagnose Krebs, so lag diese bei den Suizidopfern in 3,4 % der Fälle vor, in der Kontrollgruppe mit 3,2 % jedoch fast ebenso häufig. Diese Daten zeigen eindrucklich, dass diese schweren körperlichen Erkrankungen keine nennenswerte kausale Rolle bei Suiziden gespielt haben, auch wenn viele der Betroffenen sicherlich diese Erkrankungen als Grund für ihre Suizidalität angegeben hätten. Hier liegt die Gefahr, Depression und Suizidalität vorschnell als nachvollziehbare Reaktionen auf bestehende körperliche Erkrankungen aufzufassen und nicht als lebensbedrohliche, eigenständige, krankhafte Zustände, die eine konsequente, leitlinienkonforme Behandlung erfordern. **In Verbindung mit der Frage der Suizidassistenz ergibt sich das Risiko, dass unerfahrene Ärzte eine eigenständige psychiatrische Erkrankung, die die Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches beeinträchtigt, übersehen (siehe unten).**

Suizidprävention

Da mehrere Faktoren zu suizidalem Verhalten beitragen, werden Mehr-Ebenen-Interventionen zur Suizidprävention als am erfolgversprechendsten erachtet und empfohlen (Linskens, 2022; WHO, 2014). Dies wird mit dem gemeindebasierten 4-Ebenen-Interventionskonzept der Bündnisse gegen Depression umgesetzt. Unter dem Dach der Stiftung Deutsche Depressionshilfe haben sich in Deutschland bereits 90 regionale Bündnisse gegründet, die zwei Ziele kombinieren: a) die Versorgung depressiv Erkrankter zu verbessern und b) über diesen Weg und weitere Schritte suizidalen Handlungen vorzubeugen. Der Ansatz setzt simultan auf vier Ebenen an:

1. Kooperation mit Hausärzten. Bausteine sind u.a. Fortbildungen zur Diagnostik und Behandlung von Depression und zur Exploration von Suizidalität, Bereitstellung von Screening-Instrumenten und Informationsmaterial zur Weitergabe an Patienten und deren Angehörige.
2. Aufklärung der Bevölkerung über Depression als behandelbare Erkrankung.
3. Schulung von Multiplikatoren (z.B. Lehrkräfte, Altenpflegekräfte, Polizei, Hebammen, Apotheker, Seelsorger) zu Depression und Suizidalität. Durch eine Sensibilisierung von Journalisten für eine verantwortungsvolle Medienberichterstattung über Suizide sollen zudem Nachahmungseffekte (Werther-Effekt) vermieden werden.
4. Angebote für Betroffene und Angehörige zur Stärkung der Selbsthilfe und des Selbstmanagements sowie für Risikopatienten nach einem Suizidversuch. Ein Baustein ist hier das digitale Selbstmanagementprogramm iFightDepression®, das basierend auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie die Patienten unter professioneller Begleitung im Umgang mit ihrer Erkrankung schult (in 15 Sprachen verfügbar, inklusive arabisch).

STATEMENT

Das 4-Ebenen-Interventionskonzept kombiniert Einzelmaßnahmen, die hinsichtlich der Suizidprävention als wirksam angesehen werden. Durch die Kombination simultaner gemeindebasierter Maßnahmen werden nicht nur additive, sondern synergistische Effekte generiert (Harris et al., 2016). Integriert in die vier Interventionsebenen sind auch Maßnahmen mit dem Ziel, den Zugang zu tödlichen Suizidmethoden zu erschweren (Verschreibung kleinerer Packungsgrößen, Sicherung von regionalen Suizid-Hot-Spots).

Im Rahmen der European Alliance Against Depression (www.EAAD.net) wurde das 4-Ebenen-Interventionskonzept mittlerweile in über 120 Regionen in 21 Ländern innerhalb und außerhalb Europas implementiert, so z.B. auch in Australien, Chile und Kanada. Positive Effekte auf suizidale Handlungen konnten in einigen, wenn auch nicht in allen Regionen nachgewiesen werden (Székély et al., 2013; Hübner-Liebermann et al., 2010; Hegerl et al., 2019). Die EU-Kommission hat den 4-Ebenen-Ansatz als beste Initiative im Bereich psychischer Gesundheit in Europa ausgezeichnet und fördert ab 2021 die weitere europäische Implementierung dieses 4-Ebenen-Interventionsansatzes und des iFightDepression-Tools im Rahmen des Projektes EAAD-Best (3rd EU Health Programme). Ein systematischer Review zu Ansätzen der Suizidprävention (Linskens et al., 2022) kommt zu dem Schluss, dass die 4-Ebenen-Intervention der weltweit vielversprechendste gemeindebasierte Suizidpräventionsansatz ist. Auch im Suizidreport der WHO (2014) wurde dieser Ansatz als Best Practice Beispiel für Suizidprävention genannt.

Assistierter Suizid

Suizide sind in aller Regel die schreckliche Folge einer meist nicht optimal behandelten psychischen Erkrankung. Zurück bleiben traumatisierte Angehörige. Suizidprävention ist deshalb eine wichtige gesellschaftliche und gesundheitspolitische Aufgabe. In einem Spannungsverhältnis hierzu steht das Recht des Menschen auf selbstbestimmtes Sterben und hierbei auch Hilfe durch Dritte in Anspruch zu nehmen (assistierter Suizid). In nachvollziehbarer Weise lehnen es viele Menschen ab, dass ihnen diese Freiheit zur Selbsttötung von Fachleuten beschnitten oder diesbezügliche Absichten „psychiatrisiert“ werden. Die Vorstellung, am Ende des Lebens hilflos der Apparatedezision und dem „Expertenurteil“ ausgeliefert zu sein, ist in hohem Maße aversiv.

Was den Bereich der Suizidassistenz eingrenzt ist die **Grundvoraussetzung, dass der Entschluss zum Suizid freiverantwortlich getroffen worden ist. Die übergroße Mehrheit der über 9000 Suizide in Deutschland sind jedoch keine Freitode sondern Folge psychiatrischer Erkrankungen.** Die Frage der Suizidassistenz stellte sich ursprünglich überwiegend im Bereich der Palliativmedizin und bei Menschen mit schwersten unheilbaren Erkrankungen. Zunehmend wurde sie aber auch auf Menschen mit Behinderungen und nicht-terminale Erkrankungen inklusive psychiatrische Erkrankungen ausgedehnt (z.B. in den Niederlanden und Belgien).

Einen Schritt weiter in diese bedenkliche Richtung geht das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 26. Februar 2020, auf das im Folgenden eingegangen wird: In diesem Urteil wurde das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§217 StGB) als verfassungswidrig erklärt.

Ausgegangen wurde in dem Urteil von dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben, das auch die Freiheit zum Suizid einschließt sowie das Recht, hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Der Gesetzgeber müsse nun dafür sorgen, dass dem Recht, sein Leben selbstbestimmt zu beenden, hinreichend Raum zur Entfaltung und Umsetzung verbleibt. Das bisherige Gesetz verstoße gegen das Grundgesetz, da es die Möglichkeit einer assistierten Selbsttötung faktisch weitgehend entleere. Grund dafür sei, dass es jenseits der geschäftsmäßigen Angebote der Suizidhilfe keine verlässliche reale Möglichkeiten gäbe, auf Hilfe Dritter zurückzugreifen. Klargestellt wurde in dem Urteil auch, dass es eine Verpflichtung zur Suizidhilfe nicht geben dürfe und dass das Verbot der Tötung auf Verlangen

STATEMENT

bestehen bleibt. Das Urteil beschränkt das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen, sondern es wird in jeder Phase menschlicher Existenz als gültig angesehen. Dies „normalisiert“ den assistierten Suizid und geht über die Praxis in anderen Ländern hinaus. Die Schweizer Suizidbeihilfeorganisationen führen beispielsweise einen assistierten Suizid nur bei hoffnungsloser Prognose, unerträglichem Leiden/Beschwerden oder unzumutbarer Behinderung durch.

Wenn man die in dem Urteil dargelegte Position des Bundesverfassungsgerichts, die immerhin von den meisten Ländern in Europa und weltweit nicht geteilt wird, als gegeben hinnimmt, dann ergibt sich die Notwendigkeit der Neuregelung der Suizidassistenz. Diese betrifft eventuell auch die ärztliche Musterberufsordnung, nach der es ärztliche Aufgabe ist, „das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten [...]“, weshalb Ärzte in Deutschland keine Beihilfe zum assistierten Suizid leisten sollen. In dem Bundesverfassungsurteil werden eine Reihe von Punkten genannt, die bei der Neuregelung zu berücksichtigen sind. Eine zentrale Rolle spielt hierbei, dass die Freiverantwortlichkeit des Entschlusses zur Selbsttötung nicht beeinträchtigt sein darf (siehe Diskussionsbeitrag von Cording & Saß, 2020). Vier Faktoren sind genannt, durch die es zu einer Beeinträchtigung kommen kann:

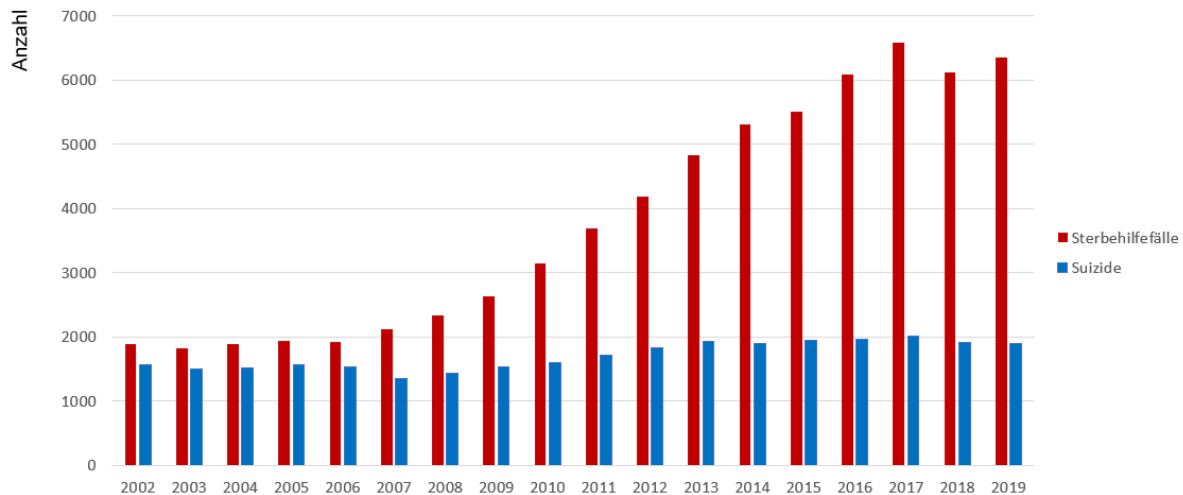
- Beeinflussung durch eine psychische Störung
- Mangelnde Informiertheit, Aufklärung und Beratung
- Psychosoziale Einflussnahmen/Pressionen
- Mangelnde Dauerhaftigkeit/innere Festigkeit des Suizidwunsches

Wie die Prüfung einer möglichen Beeinträchtigung der Freiverantwortlichkeit zu erfolgen hat, ist zur Zeit Thema vielfältiger Beratungen und Diskussionen. Insbesondere zu dem ersten der vier Faktoren ist fachärztliche psychiatrische Expertise nötig, da, wie oben ausgeführt, Depressionen leicht übersehen und die damit verbundenen Suizidwünsche als nachvollziehbare, nicht krankhafte Reaktionen fehlinterpretiert werden können. Viele Patienten sind zudem in der Lage, eine Fassade aufrecht zu erhalten und vor unerfahrenen Ärzten einen stabileren Eindruck zu machen.

Unabhängig von rechtslogischen Argumentationen sei im Folgenden eine Gefahr thematisiert, die sich aus einer Normalisierung des Suizids ergibt. Diese kann zunächst auch wünschenswert erscheinen. Durch Entstigmatisierung suizidalen Verhaltens kann das Hilfesuchverhalten suizidgefährdeter Menschen und die Chance, professionelle Hilfe zu erhalten, verbessert werden. Es ist aber fraglich, ob dies die Nachteile durch die Senkung der Schwelle für Suizide aufwiegt. Die klinische Erfahrung lehrt, dass viele Menschen depressionsbedingt die Überzeugung entwickeln, sie seien eine Belastung für ihre Angehörigen, die Kollegen oder die Gesellschaft und es wäre besser für alle, wenn sie weg wären. Viele dieser Menschen berichten, dass sie sich nur deshalb nicht suizidiert haben, weil sie ihren Suizid und das damit verbundene Stigma ihrer Familie nicht antun wollten. Wird der assistierte Suizid zu einer offiziell geregelten Wahlmöglichkeit und einem Rechtsanspruch neben anderen, so besteht das Risiko, dass hierdurch die bisher bestehende Schwelle für suizidales Verhalten gesenkt wird und auch viele psychisch Erkrankte mit beeinträchtigter Freiverantwortlichkeit sich suizidieren. Grund zur Sorge ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung der Suizidzahlen in Holland. Die in Holland im Zuge der Liberalisierung des Umgangs mit Suizid zu beobachtende bedrückende Zunahme der Tötungen auf Verlangen bzw. der assistierten Suizide ist nicht, wie erhofft, mit einer Abnahme der nicht-assistierten Suizide sondern sogar mit deren Zunahme einhergegangen (**Abbildung 3**), letzteres entgegen dem Trend in fast allen europäischen Ländern.

STATEMENT

Suizide und Sterbehilfefälle (assistierte Suizide & aktive Sterbehilfe) in den Niederlanden 2002-2019



2002 umfassendes Gesetz zur Legalisierung von Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid
(vorläufiges Gesetz seit 1994)

Dies verstärkt die Sorge vor gravierenden, unerwünschten Folgen einer „Normalisierung“ des Suizids. Bei der Neuregelung der Suizidassistenz muss deshalb mit größter Sorgfalt darauf geachtet werden, dass eine Normalisierung des Suizids und in dessen Folge ein Anstieg der Suizide durch Menschen mit beeinträchtigter Freiverantwortlichkeit vermieden wird. In der Rechtslogik des Bundesverfassungsgerichtsurteils wurde in diesem Zusammenhang festgestellt, dass das Anliegen des Schutzes Dritter (z.B. Nachahmungseffekte, Schwellensenkung) nicht die Entleerung des Rechts des Einzelnen auf Selbsttötung rechtfertigt.

Fazit

In den letzten vier Jahrzehnten ist es in Deutschland zu einem Rückgang der Suizide von circa 18.000 auf etwas mehr als 9.000 gekommen, wobei die naheliegendste Erklärung die verbesserte Versorgung der Menschen mit depressiven und anderen psychischen Erkrankungen sein dürfte. Mit dem in Deutschland und international breit implementierten gemeindebasierten 4-Ebenen Interventionskonzept der Bündnisse gegen Depression werden verschiedene evidenzbasierte suizidpräventive Maßnahmen gebündelt.

Das Thema Suizidassistenz ist durch das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 26. Februar 2020 verstärkt in die Diskussion geraten. Bei vollem Verständnis für die Ängste der Menschen, beim Sterben dem Urteil von Fachleuten oder der „Apparatemedizin“ ausgeliefert zu sein, ist jedoch zu bedenken, dass Suizide meist im Rahmen psychischer Erkrankungen oder akuter Krisenreaktionen erfolgen, d.h. mit eingeschränkter Freiverantwortlichkeit. Eine auch durch das Bundesverfassungsgerichtsurteil beförderte Normalisierung des Suizids kann einerseits zu einem besseren Hilfesuchverhalten Suizidgefährdeter aber andererseits zu einer Schwellensenkung hinsichtlich suizidaler Handlungen führen. Die Entwicklung der Statistiken zu Tötungen auf Verlangen bzw. assistierten Suiziden und der zu Suiziden in den Niederlanden gibt Anlass zur Sorge, dass die Normalisierung suizidalen Verhaltens zu einer Zunahme der nicht freiverantwortlichen Suizide führt.

STATEMENT

LITERATUR

Castillejos, C., Huertas, P., Martín, P., & Küstner, B. M. (2020). Prevalence of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Suicide Res*, 25(4), 810-828.

Cording, C. & Saß, H. (2020). Die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid. *NJW*, 73, 2695-2697.

Harris, F. M., Maxwell, M., O'Connor, R., Coyne, J. C., Arensman, E., Coffey, C., Koburger, N., Gusmão, R., Costa, S., Székely, A., Cserhati, Z., McDaid, D., van Audenhove, C., & Hegerl, U. (2016). Exploring Synergistic Interactions And Catalysts In Complex Interventions: Longitudinal, Mixed Methods Case Studies Of An Optimised Multi-Level Suicide Prevention Intervention In Four European Countries (OSPI-Europe). *BMC Public Health*, 16: 268.

Hegerl, U., Mergl, R., Havers, I., Schmidtke, A., Lehfeld, H., Niklewski, G., & Althaus, D. (2010). Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 260(5), 401-406.

Hegerl, U., Maxwell, M., Harris, F. M., Koburger, N., Mergl, R., Székely, A., Arensman, E., van Audenhove, C., Larkin, C., Toth, M. D., Quintão, S., Várník, A., Genz, A., Sarchiapone, M., McDaid, D., Schmidtke, A., Purebl, G., Coyne, J. C., & Gusmão, R., on behalf of The OSPI-Europe Consortium (2019). Prevention of suicidal behaviour: Results of a controlled community-based intervention study in four European countries. *PLoS ONE*, 14(11): e0224602.

Hübner-Liebermann, B., Neuner, T., Hegerl, U., Klein, H. E., Hajak, G., & Spiessl, H. (2010). Reducing suicides through an Alliance Against Depression. *Gen Hosp Psychiatry*, 32(5), 514-518.

Joiner, T. E., Buchmann-Schmitt, J. M., & Chu, C. (2017). Do undiagnosed suicide decedents have symptoms of a mental disorder? *J Clinical Psychol*, 73(12), 1744-1752.

Linskens, E. J., Venables, N. C., Gustavson, A. M., Sayer, N. A., Murdoch, M., MacDonald, R., Ullman, K. E., McKenzie, L. G., Wilt, T. J., & Sultan, S. (2022). Population- and community-based interventions to prevent suicide: A systematic review. *Crisis*, 44(4), 330-340.

Lönnqvist, J. (2009). Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In: D. Wasserman, & C. Wasserman (Hrsg.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective* (S. 275–286). New York: Oxford University Press.

Mergl, R., Koburger, N., Heinrichs, K., Székely, A., Toth, M. D., Coyne, J., Quintao, S., Arensman, E., Coffey, C., Maxwell, M., Várník, A., van Audenhove, C., McDaid, D., Sarchiapone, M., Schmidtke, A., Genz, A., Gusmão, R., & Hegerl, U. (2015). What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. *PLoS ONE*, 10(7): e0129062.

Statistisches Bundesamt (2023). Todesursachenstatistik: Sterbefälle nach äußeren Ursachen und ihren Folgen. <https://www.gbe-bund.de/>

STATEMENT

Székely, A., Thege, B. K., Mergl, R., Birkás, E., Rózsa, S., Purebl, G., & Hegerl, U. (2013). How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD). *PLoS ONE*, 8(9): e75081.

Webb, R. T., Kontopantelis, E., Dorant, T., Qin, P., Creed, F., & Kapur, N. (2012). Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Arch Gen Psychiatry*, 69(3), 256-264.

Weltgesundheitsorganisation (2014). Preventing suicide: A global imperative.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779m>

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21(9), 655–679.