# Assistierter Suizid trotz Depression? Zum Recht auf assistierten Suizid psychisch erkrankter Menschen

*Johanna Stolze*

## Problemaufriss

Darf sich eine depressive Person selbst töten? Nicht durch Erhängen, Sturz in die Tiefe oder ähnliche Methoden, sondern indem sie vom Recht auf assistierten Suizid Gebrauch macht und durch ärztliches Personal Zugang zu einem tödlichen Arzneimittel erhält. Der Suizid(-versuch) an sich hat in Deutschland eine lange Tradition der Straflosigkeit, der assistierte Suizid ist erst seit dem Urteil des Bundeverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020[1] (erneut) erlaubt.

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts wurde betont, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst (vgl. BVerfGE 153, 182, Leitsatz 1a). Weiter heißt es dort, dass jenes Recht auf selbstbestimmtes Sterben die Freiheit einschließt, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung über Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz sei individuell zu treffen und von Staat und Gesellschaft zu respektieren (vgl. ebd., Leitsatz 1b).

Zudem heißt es im Urteil, dass eben jene Freiheit, sich das Leben zu nehmen, auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und selbige in Anspruch zu nehmen, umfasst (vgl. ebd., Leitsatz 1c). Mit dem §217 STGB war 2015 die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung verboten worden, durch das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom Februar 2020 wurde dieses Verbot des assistierten Suizids wieder aufgehoben.

Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil von 2020 selbst anmerkt, bewegt sich die Regelung des assistierten Suizids in einem Spannungsfeld unterschiedlicher verfassungsrechtlicher Schutzaspekte, nämlich zwischen dem Schutz der Autonomie Suizidwilliger und dem Schutz des Rechtsguts Leben (vgl. ebd., Leitsatz 3b). Die Fürsorgepflicht des Staates kollidiert gewissermaßen mit der Achtung vor der Autonomie des Individuums. Besonders spannungsgeladen wird das Verhältnis dieser beiden

1 BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1–343,https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html. Im Folgenden als BVerfGE 153, 182–310 ausgewiesen.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Schutzaspekte in Bezug auf psychisch Erkrankte. Während gemäß dem Bundesverfassungsgerichtsurteil grundsätzlich ein (Bilanz-)Suizid[2] als Akt autonomer Selbstbestimmung zu würdigen ist, stellt sich die Frage, ob und inwiefern psychisch Erkrankte in der Lage sind, eine solche Bilanz, und vor allem eine Bilanz in ihrem Sinne, zu ziehen. Um ein drastisches Beispiel zu nennen: Einer*einem akut psychotischen Patient*in, die*der imperative Stimmen hört, welche zum Suizid drängen, würde man den Zugang zum assistierten Suizid versagen und hätte die rechtliche Pflicht, sie*ihn vor der Umsetzung der halluzinatorischen Ideen zu schützen. Anders würde sich der Fall darstellen, wenn sich ein*e Patient*in, nach Durchleben bereits vieler psychotischer Phasen, in einem psychosefreien Intervall dazu entschließt, keine weitere Psychose und die damit einhergehenden belastenden Erlebnisse für sich und ihr Umfeld erleben zu wollen, und deshalb den assistierten Suizid in Betracht zieht. Oder, um ein weiteres Beispiel zu nennen, einer depressiven Person gegenüber bestünde eine Schutzpflicht, wenn sie im Rahmen einer akuten depressiven Episode nach Zugang zum assistierten Suizid verlangt. Bei einer Person mit rezidivierenden (d.h. wiederkehrenden) depressiven Episoden und klar begründeten, wohlüberlegten Gründen für den assistierten Suizid wäre diese Bewertung nicht so eindeutig.

Das Bundesverfassungsgericht weist in seinem Urteil von 2020 darauf hin, dass »psychische Erkrankungen eine erhebliche Gefahr für eine freie Suizidentscheidung [bilden]« (BVerfGE 153, 182, Rn. 245). Auch in anderen Randnummern des Urteils wird die spezielle Rolle psychischer Erkrankungen betont, besonders auf depressive Erkrankungen wird verwiesen (vgl. ebd., Rn. 241, 245, 304). Es gibt zwar eine Vielfalt psychischer Erkrankungen mit großer Variation hinsichtlich Ausgestaltung und Schwere, in diesem Beitrag soll es aber um den sehr eingegrenzten Bereich der Depression gehen und damit verbunden um die Frage, ob der assistierte Suizid für an Depressionen erkrankte Menschen zulässig sein sollte.

Um sich dieser Thematik zu nähern, gliedert sich der Text in drei Abschnitte: Im ersten Teil geht es um die Rolle von Depressionen im Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Im zweiten Abschnitt wird die Diagnose Depression genauer betrachtet, mit einem besonderen Fokus auf den Fall der chronischen Depression. Im dritten Teil geht es um den Begriff der Freiverantwortlichkeit, seine Möglichkeiten und Begrenzungen sowie daraus resultierende Herausforderungen für die Ärzteschaft. Abschließend folgen Fazit und Ausblick. Die folgenden Ausführungen zeigen immer wieder das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorgepflicht auf. Das Konzept der Freiverantwortlichkeit kann in diesem Zusammenhang als Versuch gewertet werden, sich strukturiert dem Zustand eines Menschen anzunähern, um zu eruieren, ob eher die Autonomie der einzelnen Person oder das Rechtsgut Leben von staatlicher Seite zu schützen sind.

2 Der Begriff des Bilanzsuizids ist nicht unumstritten, da er auf eine rein rationale Abwägung und Bilanzierung hindeutet. Suizidale Menschen beschäftigt allerdings häufig eine existenzielle Ambivalenz von Gefühlen, Gedanken und Bedürfnissen, die sich in dem Begriff des Bilanzsuizids nicht umfassend wiederfindet (vgl. Lindner 2020).

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

## 1. Depressionen im Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Psychische Erkrankungen werden im Bundesverfassungsgerichtsurteil als Gefährdung für eine freie Suizidentscheidung beschrieben. Der Wille müsse frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung gebildet werden und eine entsprechende Handlungsfähigkeit müsse vorliegen (vgl. BVerfGE 153, 182, Rn. 241). Ein autonom gebildeter, freier Wille sowie eine realitätsbezogene Abwägung des Für und Wider seien Voraussetzungen für den Suizidentschluss (vgl. ebd., Rn. 240). Zudem sei es erforderlich, dass Handlungsalternativen zum Suizid erkannt und bewertet würden (vgl. ebd., Rn. 242). Da Suizidwünsche regelmäßig auf einem komplexen Motivbündel beruhen, müsse eine gewisse Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit vorliegen, um sicherzustellen, dass der Wunsch nicht einer vorübergehenden Lebenskrise entspringt (vgl. ebd., Rn. 244).

Mit diesen, vor allem den letztgenannten, Ausführungen zeigt das Bundesverfassungsgericht, wie schwer es ist, die Motivlage eines Menschen adäquat zu beurteilen und entsprechend staatlich darauf zu reagieren. Es wird ein Ringen oder Bemühen deutlich, von staatlicher Seite eine Regelung zu finden, die nicht fälschlicherweise einer Person den assistierten Suizid ermöglicht, die eigentlich zu schützen gewesen wäre. Schließlich ist der assistierte Suizid nach seiner Ausführung in der Regel nicht mehr reversibel. Die Endgültigkeit macht die Thematik besonders heikel, durch sie ist eine besondere Sorgfalt geboten.

In Randnummer 245 (BVerfGE 153, 182) wird nicht nur die Gefährdung der freien Entscheidung durch psychische Erkrankungen hervorgehoben, sondern auch die Sonderstellung der Depression als besonders häufig mit Suizid in Zusammenhang stehender Erkrankung benannt. Hier werden Zahlen angeführt: Bei 90 Prozent der tödlichen Suizidhandlungen lägen psychische Störungen vor, bei 40 bis 60 Prozent hiervon in Form einer Depression. Zudem seien Depressionen für Mediziner*innen oft schwer erkennbar und führten bei 20 bis 25 Prozent der Suizidwilligen zu einer eingeschränkten Einwilligungsfähigkeit.

Hier muss allerdings zwischen Statistiken zum Suizid allgemein und Statistiken zum assistierten Suizid unterschieden werden. Die vom Bundesverfassungsgericht genannten Zahlen lassen eigentlich keine genaue Aussage über die potenzielle Nutzung des assistierten Suizids durch Menschen mit Depressionen zu. So gibt es einige kritische Punkte bezüglich der Angabe von 90 Prozent anzumerken. Diese Zahlen wurden im Zusammenhang mit psychologischen Autopsiestudien erhoben, welche Interviews mit Angehörigen sowie die Auswertung von Kranken- und Polizeiakten umfassten (vgl. Milner/Sveticic/De Leo 2013). Zum einen ist die Methode der psychologischen Autopsie umstritten, da retrospektiv mit dem Wissen des vollendeten Suizids nach entsprechenden Informationen gesucht wird, etwa durch Interviews mit Angehörigen, und die so erhobenen psychopathologischen Daten nicht immer valide sind (vgl. Hjelmeland et al. 2012). Zum anderen beruhen jene Autopsiestudien auf weltweit durchgeführten empirischen Untersuchungen zu tödlichen Suizidhandlungen. Es geht hier also keineswegs ausschließlich um Menschen, die durch den assistierten Suizid gestorben sind. Diese Differenzierung ist insofern wichtig, als dass sich die Gruppe derjenigen Menschen, die sich ohne Unterstützung suizidieren (d.h. ohne assistierten Suizid), anscheinend von jener unterscheidet, die den assistierten Suizid wählt: In Ländern, in denen der assis-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

tierte Suizid bereits seit einigen Jahren erlaubt ist, gibt es Hinweise darauf, dass sich die Kollektive hinsichtlich unterschiedlicher Dimensionen, wie Alter und Geschlecht, unterscheiden. Zum Beispiel konnte für die Region Basel festgestellt werden, dass der assistierte Suizid von einer Gruppe in Anspruch genommen wird, die sich sonst nicht das Leben genommen hätte, nämlich Frauen im höheren Lebensalter (vgl. Frei et al. 2003). Vor diesem Hintergrund weisen die im Bundesverfassungsgerichtsurteil genannten Zahlen zwar grundsätzlich auf ein Problem hin, nämlich auf die Assoziation von Suizidalität und Depression, aber sie sind nicht unhinterfragt auf den assistierten Suizid übertragbar. Wie häufig der assistierte Suizid mit einer psychiatrischen Diagnose einhergeht, muss noch genauer erhoben werden.

Calathi et al. (2021) zeigen in ihrer Übersichtsarbeit zu assistiertem Suizid bei psychisch Erkrankten, beruhend auf Studien aus den Niederlanden, der Schweiz und Belgien, vor allem zwei Dinge: dass mit der Legalisierung der Wunsch nach assistiertem Suizid zunimmt und dass psychische Erkrankungen als Haupt- oder einziger Grund einen kleineren, aber relevanten Teil an den assistierten Suiziden ausmachen. Allerdings ist die Differenzierung zwischen psychischen Problemen und manifesten psychischen Erkrankungen als Neben- beziehungsweise Hauptgrund für den Wunsch nach assistiertem Suizid in den Zahlen der Schweiz nur begrenzt möglich. Ebenso wenig kann in den Studien der Niederlande zwischen dem Anteil der Menschen mit psychischen Störungen allein und jenen mit psychischen Begleiterkrankungen bei (lebensbedrohlicher) sonstiger körperlicher Krankheit klar unterschieden werden (vgl. Calathi et al. 2021). Die Übersichtsarbeit macht also die Relevanz des assistierten Suizids für psychisch Erkrankte deutlich und zeigt, dass mehr und differenziertere Erhebungen nötig sind.

Ein weiterer Aspekt, der eine besondere Vorsicht gegenüber dem Zugang von psychisch Erkrankten zum assistierten Suizid erklären könnte, ist jener der Euthanasie durch das nationalsozialistische Regime (vgl. Schneider 2011). Aufgrund der historischen Erfahrung und der erst allmählichen Aufarbeitung der Ermordung psychisch Erkrankter zur Zeit des Nationalsozialismus könnte in Deutschland und entsprechend in seiner Rechtsprechung eine gewisse Zurückhaltung oder besondere Besorgnis hinsichtlich der (Selbst-) Tötung psychisch Erkrankter bedingt sein.

## 2. Depressionen

Psychische Erkrankungen betreffen jedes Jahr über ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, wobei weniger als die Hälfte der Betroffenen berichtet, wegen psychischer Probleme in Behandlung zu stehen (vgl. Jacobi et al. 2014). Betroffene haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine geringere Lebenserwartung (vgl. Schneider 2019); zudem sind psychische Erkrankungen eine der vier Hauptursachen (u.a. neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen) in Deutschland für den Verlust gesunder Lebensjahre (vgl. Plass et al. 2014). Depressionen machen davon einen Großteil aus: Sie sind die zweithäufigste vergebene Diagnose bei psychischen Erkrankungen (nach Angststörungen), allein 8,1 Prozent entfallen auf die unipolare Depression (vgl. Jacobi et al. 2014).

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

## 2.1 Diagnosekriterien von Depressionen

Im Folgenden werden die Symptome laut ICD-10 (Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen) vorgestellt, mittels derer die Diagnose Depression im deutschen Gesundheitssystem gestellt wird.

Depressionen können zunächst in unipolar und bipolar unterschieden werden. Bei letzterer kommt es neben depressiven zu manischen Phasen, in denen Betroffene gehobene Stimmung, vermehrte Aktivität und Weiteres aufweisen. Es gibt Hinweise darauf, dass die Suizidrate bei Menschen mit bipolarer Störung vor allem in der depressiven Phase erhöht ist im Vergleich zu Menschen mit unipolarer Depression – allerdings ist die Studienlage nicht eindeutig (vgl. Teismann/Dorrmann 2021: 16f). Der Fall der bipolaren Depression ist also gesondert zu betrachten. In diesem Text soll es um die unipolare Depression gehen. Die Diagnosekriterien für die depressive Episode bleiben für beide Formen der Depression (unipolar/bipolar) gleich.

Leitsymptome der Depression sind gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Antriebsverlust. Als Nebensymptome zählen Angst, depressive Verstimmung, deutlich gemindertes Interesse oder geminderte Freude an fast allen Aktivitäten, signifikante Gewichtsabnahme oder Veränderung des Appetits, Schlaflosigkeit oder Hypersomie, psychomotorische Agitation, Ermüdung oder Energieverlust, Gefühl der Wertlosigkeit oder Gefühl übermäßiger oder unangemessener Schuld, verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren, Unentschlossenheit, wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken, Selbstmordversuch, Selbstmordplan (vgl. Polidori/Meyer 2019: 106).

Es müssen zum Stellen der Diagnose Depression nicht alle oben genannten Kriterien gleichzeitig erfüllt sein. Für eine sogenannte leichte depressive Episode müssen mindestens zwei Leitsymptome und ein bis zwei Nebensymptome, für eine mittelgradige depressive Episode müssen mindestens zwei Leit- und drei bis vier Nebensymptome und für eine schwere depressive Episode müssen alle drei Leitsymptome sowie mindestens fünf Nebensymptome gegeben sein. Die Symptome müssen über mindestens 14 Tage bestehen.

In den oben genannten Symptomen findet sich eines der Hauptprobleme, die sich hinsichtlich der Frage des assistierten Suizids für Menschen mit Depressionen stellen: Die Tatsache, dass wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken, Selbstmordversuch und Selbstmordplan als Nebensymptome einer Depression gelten, erschwert die Beurteilung, ob ein Suizidwunsch Ausdruck der Erkrankung – und damit vielleicht zu therapieren – ist oder nicht. Der Wunsch nach assistiertem Suizid kann auch Ausdruck einer wohlüberlegten Entscheidung sein, die unabhängig von der Grunderkrankung getroffen wurde, oder auch einer Entscheidung, die aus der Belastung durch die (chronische) Erkrankung resultiert.

## 2.2 Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen

Eine akute depressive Episode ist in der Regel behandlungsbedürftig, das heißt, im Fall einer leichten depressiven Episode käme eine Psychotherapie, bei mittel- und schwergradigen Episoden kämen zusätzlich Antidepressiva in Betracht (vgl. NVL 2022). Erst nach mehrwöchiger Behandlungsdauer kann der Zustand zuverlässig reevaluiert

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

werden, das heißt, bei einer akuten depressiven Episode ist laut Leitlinie zunächst eine Behandlung indiziert. Dadurch kann vermieden werden, dass der Suizidwunsch ausschließlich Symptom der depressiven Episode ist und behandelte Patient*innen diesen Wunsch nicht hätten. Das bedeutet, dass erst nach erfolgter mehrwöchiger Behandlung die Fragestellung nach dem assistierten Suizid erneut bewertet wird. Hier greift also die Schutzpflicht des Staates vor dem Rechtsgut Leben. Es wären aber auch Fallkonstellationen denkbar, bei denen dieser zeitliche Ablauf aus Anbehandeln und Reevaluieren nicht so eindeutig durchgeführt werden kann. Zum Beispiel könnten der Wunsch und die Planung des assistierten Suizids schon vor Auftreten der Depression bestanden haben. Kann eine Person dann verpflichtet werden, zunächst eine Depressionsbehandlung zu durchlaufen und für jene Dauer die weitere Planung und/oder Umsetzung des assistierten Suizids zu vertagen? Es wäre auch eine Fallkonstellation denkbar, in der eine Person neben der depressiven eine andere schwere Erkrankung hat, die ein Überleben über wenige Wochen, die eine Depressionsbehandlung in Anspruch nehmen würde, hinaus unwahrscheinlich macht. In solchen Fällen ist schwer auszumachen, ob die Schutzpflicht des Staates höher anzusiedeln ist als die Achtung vor der Autonomie des Individuums.

## 2.3 Chronische Depression

Eine besonders komplexe Fallkonstellation stellt die chronische Depression dar, welche im Folgenden genauer ergründet wird. Eine Depression gilt dann als chronisch, wenn sie über 24 Monate besteht. Sie kommt relativ häufig, bei ungefähr 15 bis 20 Prozent der Menschen mit depressiven Störungen vor. Im ICD-10 findet sie allerdings keine adäquate Erfassung (vgl. Müller/Jauch-Chara 2020), alle derzeit zu Verfügung stehenden Diagnoseschlüssel stellen lediglich eine Annäherung dar.

So ist es beispielsweise möglich, eine einzelne depressive Episode im Rahmen des ICD-10 abzubilden (F32.X). Der Entwicklung von einer rezidivierenden depressiven Störung hin zu einem chronischen Zustand kann mit diesem Diagnoseschlüssel allerdings nicht ausreichend Rechnung getragen werden. Eine rezidivierende depressive Störung (F33.X) meint wiederkehrende depressive Episoden mit dazwischenliegenden Phasen der Besserung, in denen die*der Patient*in die Diagnosekriterien einer Depression nicht mehr erfüllt. Im Falle der chronischen Depression fehlen diese Episoden der Besserung, es ist eben keine wiederkehrende (rezidivierende), sondern eine kontinuierlich bestehende Depression. Mit einer wenigstens mehrere Jahre andauernden depressiven Verstimmung wird eine Dysthymie (F34.1), aber keine Depression beschrieben. Die Dysthymie zeichnet sich dadurch aus, dass einige, aber für die Diagnose einer depressiven Störung noch nicht ausreichende Kriterien erfüllt sind.

Offensichtlich trägt das derzeitige ICD-10 System der chronisch depressiven Erkrankung nicht ausreichend Rechnung. Im amerikanischen System DSM-5 ist eine solche Darstellung gegeben, im ICD-11 ist sie geplant. Dort, im ICD-11, soll die Kodierung differenzierter vorgenommen werden, indem die aktuelle depressive Episode klassifiziert wird, der Remissionsstatus genannt wird (Teilremission, Vollremission) und eine symptomatische und Verlaufspräsentation vorgesehen ist. Um einen chronischen Verlauf zum Ausdruck zu bringen, könnte etwa »Vorliegende, persistierende depressive Episo-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

de« kodiert werden (vgl. Müller/Jauch-Chara 2020). Das heißt, bis zur Einführung und Umsetzung der ICD-11 müssen die individuellen Krankheitsverläufe und unternommenen Therapieversuche in Befund- und Entlassungsberichten anderweitig dokumentiert werden.

Dies stellt die behandelnden Mediziner*innen vor massive Schwierigkeiten hinsichtlich der Beurteilung eines Krankheitsverlaufs, seiner Ausformung und der damit einhergehenden Beeinträchtigung der Lebensqualität der erkrankten Person. Auch hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten der chronischen Depression gibt es wenige Studien sowohl bezüglich psychotherapeutischer als auch medikamentöser Verfahren. Es existieren zwar bei Nichtansprechen auf ein primär ausgewähltes Antidepressivum zahlreiche evidenzbasierte Konzepte. Aber wie Müller/Jauch-Chara (2020) in ihrem Artikel über chronische Depression hervorheben, kann die wahllose Aneinanderreihung inadäquat durchgeführter Behandlungsversuche zur Entstehung von Therapieresistenz führen. Das therapeutische Vorgehen sollte daher anhand von Behandlungsalgorithmen erfolgen, in denen nach festgelegten Zeitintervallen die Besserung der depressiven Symptomatik standardisiert gemessen wird und in Abhängigkeit von dem Ergebnis der Übergang in die nächste Behandlungsstufe erfolgt (vgl. NVL 2022). Die Anwendung eines solchen Algorithmus wird nach wie vor nicht konsequent umgesetzt, was eine Begünstigung von Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Depressionen bedeuten kann. Beispielsweise gibt es mit dem sogenannten Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (vgl. Guhn et al. 2022) eine Therapiestrategie, die speziell für Patient*innen mit chronischen Depressionen entwickelt wurde. Hiervon scheinen besonders Patient*innen mit einer frühen negativen Beziehungserfahrung zu profitieren, das heißt, es gibt für eine Teilgruppe, aber nicht für alle Menschen mit chronischen Depressionen eine erfolgsversprechende Behandlungsoption. Allerdings sorgen unzureichende Kenntnis über solche Verfahren sowie personeller und materieller Ressourcenmangel immer wieder für eine unzureichende und unstrukturierte Versorgung chronisch depressiver Patient*innen.

Möglicherweise rührt daher ein Unbehagen hinsichtlich des Rechts auf assistierten Suizid für Menschen mit Depressionen: der Eindruck, dass von staatlicher Seite nicht alles getan worden ist, um angemessenere Möglichkeiten der Behandlung zu schaffen und damit dafür zu sorgen, dass der Symptomkomplex aus Suizidgedanken und -wünschen reduziert wird. Aus dieser Perspektive könnte der Wunsch von Menschen mit chronischen Depressionen nach assistiertem Suizid – plakativ formuliert – als Behandlungsversagen gesehen werden.

## 2.4 Ursachen von Depressionen

Eine weitere Schwierigkeit stellt die Unklarheit bezüglich der Ursache von Depressionen dar. Dass die Entstehungsbedingungen von Depressionen komplex sind, wird heutzutage durch integrierte Modelle unter Einbeziehung neurobiologischer, psychologischer und sozialer Aspekte berücksichtigt (vgl. Lieb 2019: 208). Auf neurobiologischer Ebene umfassen Erklärungsansätze beispielsweise die Monoaminmangel-Hypothese oder die Annahme veränderter intrazelluläre Signaltransduktionsmechanismen. Zudem gibt es deutliche Hinweise, dass die (Epi-) Genetik eine Rolle spielt, was im Vulnerabilitäts-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Stress-Modell zum Tragen kommt (vgl. Lieb 2019: 209). Demzufolge beeinflussen Stressoren bei Menschen mit einer entsprechenden Disposition das Auftreten und die Aufrechterhaltung der Erkrankung.

Eine andere Auffassung kommt im depressiven Realismus zum Tragen, der davon ausgeht, dass Menschen mit (leichter oder mittelgradiger) Depression die Welt realistischer sehen. Demzufolge haben an Depressionen Erkrankte eine deutlich präzisere Wahrnehmung der Realität, zum Beispiel beim Erkennen emotionaler Gesichter (vgl. Beck et al. 2013). Allerdings zeigen mehrere Studien, dass entsprechende Ergebnisse, die für einen depressiven Realismus sprechen, nicht reproduzierbar sind (vgl. Venkatesh et al. 2018; vgl. Dev et al. 2022).

Je nach Vorstellung über Entstehung und Rolle von Depressionen ändert sich auch der Blick auf die staatliche Rolle. Könnten etwa erhöhte staatliche Schutz- und Präventionsmaßnahmen Stressfaktoren und damit den Ausbruch von Depressionen reduzieren? Oder handelt es sich dabei um eine übermäßige Betonung der gesellschaftlichen Umstände? Es gibt Hinweise darauf, dass Depressionen auch in Ländern, die sich hinsichtlich ökonomischer, politischer, kultureller und anderer Dimensionen unterscheiden, mit einer ähnlichen Häufigkeit von 10 bis 12 Prozent vorliegen, sofern die Erhebungen an die kulturellen und ethnischen Besonderheiten angepasst werden (vgl. MPI 2023). Mit depressiv Erkrankten ist in einer Gesellschaft also immer zu rechnen, unabhängig davon, welcher Stellenwert gesellschaftlichen Umständen bei der Entstehung beigemessen wird. Selbst wenn von gesellschaftlich begünstigenden Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen ausgegangen wird, zum Beispiel in Form von unzureichenden Therapiemöglichkeiten, kann die individuelle Autonomie, die Entscheidungen über das eigene Weiterleben umfasst, zuerkannt werden.

## 2.5 Suizidwunsch von Menschen mit chronischen Depressionen

Auch ohne Kenntnis der genauen Ursachen gibt es in der Realität Menschen mit chronischen Depressionen, die den Wunsch nach assistiertem Suizid haben. Anders als im Bundesverfassungsgerichtsurteil, in dem es heißt, dass »[e]ine freie Suizidentscheidung […] zunächst die Fähigkeit voraus[setzt], seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können« (BVerfGE 153, 182, Rn. 241), ist die chronische Depression keine akute psychische Störung. Weiter heißt es, »von einem freien Willen [kann] nur dann ausgegangen werden, wenn der Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, von einer gewissen ›Dauerhaftigkeit‹ und ›inneren Festigkeit‹ getragen ist.« (BVerfGE 153, 182, Rn. 245). Beide Aspekte, Dauerhaftigkeit und Festigkeit, sind bei chronisch depressiv Erkrankten mit anhaltendem Suizidwunsch vorhanden. Fraglich bleibt in diesem Falle, ob der anhaltende Suizidwunsch Symptom der Erkrankung oder ein anderweitiger, wohlüberlegter, dauerhafter Wunsch ist. Aus rechtlicher Sicht kann jedenfalls eine akute psychische Erkrankung ausgeschlossen werden und der Aspekt der Dauerhaftigkeit ist erfüllt. Was aber ist mit den anderen Aspekten der Freiverantwortlichkeit? Kann eine chronisch depressive Person eine freie Entscheidung zum Suizid treffen?

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

## 3. Das Problem der Freiverantwortlichkeit

In der Diskussion um den assistierten Suizid wird immer wieder der Begriff der Freiverantwortlichkeit verwendet. Auch im Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020 wird er benutzt (zum Beispiel BVerfGE 153, 182, Rn. 165). Die Freiverantwortlichkeit wird gewissermaßen als Voraussetzung angesehen, um einer suizidwilligen Person den assistierten Suizid rechtlich zu ermöglichen und damit die Option für die tatsächliche Durchführung zu schaffen.

### 3.1 Psychische Erkrankung und Freiverantwortlichkeit

Grundsätzlich wird psychisch Erkrankten nicht automatisch dauerhaft die Freiverantwortlichkeit abgesprochen, vielmehr sei sie laut Rengier (2021: 213f) gegeben, wenn die Krankheit als geheilt gilt oder wenn nicht krankheitsbedingte Defizite, sondern situationsspezifische Umstände (z.B. wirtschaftliche, gesundheitliche oder sonstige Notlagen) für die Willensbildung entscheidend sind. Was bedeutet diese Argumentation für Menschen mit chronischen Depressionen? Als »geheilt« gelten chronisch depressiv Erkrankte nicht, vielmehr macht der chronische Krankheitsverlauf eine komplette Heilung zunehmend unwahrscheinlich. Menschen mit chronischen Depressionen haben keine Phase der Erkrankungsfreiheit und können insofern nicht den Suizidwunsch aus »geheilter« Perspektive äußern und entsprechend handeln. Hinsichtlich der Argumentation Rengiers (2021), dass »nicht krankheitsbedingte Defizite« für die Willensbildung entscheidend sein sollen, ist dies bei chronisch depressiv Erkrankten schwer auszumachen. Ist ein »Defizit an Lebensmut« krankheitsbedingtes Symptom oder anderweitiger Wunsch, vielleicht sogar Folge der langjährigen Erkrankung? Ferner ist Rengiers Vorstellung, dass situationsspezifische Umstände für die Willensbildung entscheidend sein sollen, in Bezug auf Menschen mit chronischen Depressionen problematisch. Die hier beschriebenen situationsspezifischen Umstände können mit einer chronischen Depressionserkrankung einhergehen: wirtschaftliche Nöte (z.B. durch Verlust des Arbeitsplatzes), gesundheitliche Minderversorgung (z.B. durch Versäumnis von Vorsorgeuntersuchungen), sonstige Notlagen (z.B. Vereinsamung durch sozialen Rückzug) können Folge einer chronischen Depression sein und gleichermaßen zu ihrer Aufrechterhaltung beitragen. Die situationsspezifischen Umstände sind nicht unbedingt klar von der Erkrankung zu trennen. Auffällig an Rengiers Formulierung ist auch, dass eine psychische Erkrankung anscheinend nicht unter »gesundheitliche Notlage« fällt. Kann eine langjährige, chronische Erkrankung, mit der vielleicht etliche erfolglose Therapieversuche einhergegangen sind, unter Umständen nicht auch als gesundheitliche Notlage deklariert werden? Wenn es also um die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit von Menschen mit chronischen Depressionen geht, erscheinen Rengiers genannte Bedingungen für freiverantwortliches Handeln psychisch erkrankter Suizidwilliger nicht ausreichend.

Vielmehr lohnt es sich, den Blick auf die vier Aspekte der Freiverantwortlichkeit zu richten, wie sie im Urteil des Bundesverfassungsgerichts (2020) genannt werden, und diese hinsichtlich (chronisch) depressiver Erkrankungen zu überprüfen. Freiverantwortlichkeit umfasst dort folgende Aspekte: Dauerhaftigkeit, Freiwilligkeit, Urteilsfähigkeit und Wohlerwogenheit.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

### 3.1.1 Dauerhaftigkeit

Über den Aspekt der Dauerhaftigkeit oder inneren Festigkeit, wie es im Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 153, 182, Rn. 244) steht, wurde bereits im Abschnitt zur Depression ausgeführt, dass besonders bei einer chronischen Depression der Wunsch nach Suizid »dauerhaft« und »von innerer Festigkeit getragen« existieren kann. Bei anderen Depressionsformen (z.B. rezidivierender) ist dies auch möglich, im Fall der chronischen Depression wird nur besonders deutlich, wie schwierig es zu eruieren ist, ob ein Suizidwunsch bloßes Symptom der Erkrankung oder ein davon abgrenzbarer Wunsch ist.

### 3.1.2 Freiwilligkeit und Urteilsfähigkeit

Auch die Begriffe der Freiwilligkeit und Urteilsfähigkeit erfordern einen näheren Blick. So heißt es im Bundesverfassungsgerichtsurteil, dass eine freie Suizidentscheidung die Fähigkeit zur Bildung eines freien Willens, unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung, sowie die tatsächliche Möglichkeit zu freier Willensentschließung voraussetzt (vgl. BVerfGE 153, 182, Rn. 241). Das heißt, insbesondere Einsichtsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit müssen gegeben sein. Eine Person mit chronischen Depressionen ist zwar nicht von einer akuten psychischen Störung beeinflusst, aber von einer chronischen. Inwiefern verändert sich dadurch die Bildung des freien Willens und die Fähigkeit, dementsprechend einen Entschluss zu fassen und zu handeln?

Dies wirft die grundlegende Frage nach der Idee des freien Willens auf. Die Formulierung des Bundesverfassungsgerichts, dass eine freie Suizidentscheidung voraussetzt, den Willen frei bilden und entsprechend handeln zu können (vgl. ebd., Rn. 241), nimmt implizit an, dass der gesunde Mensch zur Bildung des freien Willens in der Lage ist. Von einem ganz freien Willen scheint der Gesetzgeber aber keineswegs auszugehen, vielmehr tritt zum Beispiel im Bundesgesetzbuch (BGB) die Idee einer bedingten Willensfreiheit auf (vgl. Neuner 2018). Es gilt beispielsweise das zivilrechtliche Verschuldungsprinzip und eine differenzierte Regelung der Deliktsfähigkeit (vgl. §§827f. BGB). Das heißt, der Gesetzgeber geht weder von einem harten Determinismus noch von einem kompletten Indeterminismus aus. Die bedingte Willensfreiheit scheint also übliche Praxis zu sein. Nur, wie unterscheidet sich dann der (bedingte) freie Wille der Gesunden von jenem psychisch Erkrankter? Hier sorgt die Unterscheidung des Gesetzgebers zwischen »natürlichem Willen« (§1906a Abs. 1, 4 BGB) und »freiem Willen« (§1896 Abs. 1a BGB) für mehr Klarheit. Der »natürliche Wille« wird als Defizienzbegriff gegenüber dem »freien Willen« genutzt, wobei letzterer die bereits erwähnte Einsichtsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit der*des Betroffenen voraussetzt. Philosophisch kann dieses Konzept mit Harry Gordon Frankfurts Hierarchie des menschlichen Willens untermauert werden (vgl. Frankfurt 1971; vgl. Neuner 2018). Demzufolge kann der Wille in zwei Ebenen gestuft werden, in »simple desires« auf der ersten Stufe und »second-order volitions« auf der zweiten Stufe. Die »simple desires« sind schlichte, unreflektierte Wünsche, sie sind das unmittelbare Wollen, das alle natürlichen Personen im Sinne des BGB gemeinsam haben, und könnten insofern mit dem natürlichen Willen gleichgesetzt werden. Reflektiertes, überlegtes Wollen ist unter den »second-order volitions« zu verstehen, das heißt, aus rechtlicher Perspektive können die Geschäfts- und Deliktsfähigkeit ebenso wie die Einsichts-und Steuerungsfähigkeit darunter gefasst werden. Damit

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

wäre der freie Wille als Rechtsbegriff mit den »second-order volitions« abgebildet. Aus rechtlicher Sicht ist der freie Wille aber keine universelle Größe, sondern vielmehr bezieht sich der freie Wille als Rechtsbegriff immer auf einen konkreten Kontext und ist insofern relativ (vgl. Neuner 2018: 24).

Was bedeutet diese Idee des freien Willens nun in Bezug auf Menschen mit Depressionen, insbesondere chronischen Depressionen? Ein Suizidwunsch ist nicht nur notwendigerweise ein »simple desire«, sondern auch als »second-order volition« möglich. Grundsätzlich ist je nach Schwere und Ausprägung der Erkrankung reflektiertes, überlegtes Wollen denkbar. Der Wille kann theoretisch frei und ohne äußere Zwänge gebildet werden, zudem kann ein Entschluss gefasst und es kann entsprechend gehandelt werden. Es kommt allerdings auf die jeweilige Symptomatik an. Neigen depressive Patient*innen beispielsweise zu andauernden Grübelschleifen und Unentschlossenheit, treffen diese Punkte nicht zu. Zudem ist im Rahmen der Erkrankung eingeengtes Denken als mögliches Symptom vorzufinden (vgl. Thomas-Hund 2021). Insofern ist zwar das Wollen im Sinne einer »second-order volition« reflektiert und überlegt, aber der Denkraum ist möglicherweise eingeschränkt. Dies wird besonders in der Diskussion des vierten Aspekts der Freiverantwortlichkeit, der Wohlerwogenheit, deutlich.

### 3.1.3 Wohlerwogenheit

Ob bei einer Person die Fähigkeit besteht, einer Entscheidungssituation eine persönliche und angemessene Bedeutung beizumessen, soll durch die Beurteilung der Wohlerwogenheit erfasst werden. Ziel der Berücksichtigung der Wohlerwogenheit einer Entscheidung ist es, emotionale und motivationale Faktoren genauer zu prüfen, da jene besonders im Rahmen von affektiven Störungen beeinträchtigt sein können. Bei einer Entscheidung zum assistierten Suizid muss die Fähigkeit, die Alternativen zu sehen und gegeneinander abzuwägen, laut Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 153, 182) gegeben sein. Damit verbunden ist die Vorstellung, dass die suizidwillige Person therapeutische und anderweitige Unterstützungsoptionen und damit verbundene Genesungschancen adäquat einschätzen und sich über Tragweite des assistierten Suizids in seiner Endgültigkeit bewusst werden kann.

Eine chronisch depressive Person kann möglicherweise nicht im selben Ausmaß wie eine gesunde Person Handlungsalternativen in Betracht ziehen, da für sie bestimmte Optionen nicht mehr vorstellbar sind, zum Beispiel nach mehrjähriger erfolgloser Behandlung die Aussicht auf Besserung durch einen neuen Therapieversuch. Die Wohlerwogenheit der Entscheidung muss damit nicht zwangsläufig beschränkt sein, sofern die*der Patient*in um die Therapieoption weiß, diese betrachtet, aber nicht mehr als echte Alternative beurteilt und sich schließlich dagegen entscheidet. Eine Person kann auch insofern von ihrer persönlichen Autonomie Gebrauch machen, als dass sie sich entscheidet, nicht mehr alle Möglichkeiten in Betracht ziehen zu wollen.

An diesem Punkt können die Schutzfunktion des Staates für das Rechtsgut Leben und die Wahrung der Autonomie des Einzelnen im Konflikt stehen. Aus (rechts-)staatlicher Sicht soll vermieden werden, dass sich eine Person suizidiert, die nicht erkennt, dass es noch ernsthafte Behandlungsoptionen gibt. Darin kann aber auch die Idee stecken, dass es eine Art Genesung (»recovery«) geben kann. Bei Patient*innen, die viele Jahre mit der Erkrankung verbracht und mehrere Therapien ohne Erfolge durchlaufen ha-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

ben, stellt sich die Situation möglicherweise anders dar: Eine weitere Behandlung kann als »futile«, also aussichts- beziehungsweise wirkungslos eingestuft werden (vgl. SAMW 2021). Das heißt, dass Patient*in und Behandler*in zu der Einschätzung gelangen, dass selbst bei optimaler Behandlung die*der Patient*in nicht mehr profitiert oder dass die Belastungen durch eine weitere Behandlung den Nutzen überwiegen.

Zudem ist das, was als »angemessene« Zuschreibung von persönlicher Bedeutung hinsichtlich der Entscheidungssituation gewertet wird, auch abhängig von derjenigen Person, welche die Wohlerwogenheit feststellen soll. Schließlich gibt es keine eindeutig objektiven Kriterien zur Beurteilung persönlicher Bedeutung. Damit kommen wir zu einer weiteren Herausforderung in den Überlegungen zum assistierten Suizid für Menschen mit Depressionen: zu der Feststellung der Freiverantwortlichkeit durch ärztliches Personal.

## 3.2 Beurteilung der Freiverantwortlichkeit durch ärztliches Personal

Damit Menschen mit psychischen Erkrankungen das Recht auf assistierten Suizid zugesprochen wird, soll Freiverantwortlichkeit gegeben sein. Die oben genannten Aspekte der Freiverantwortlichkeit (Dauerhaftigkeit, Freiwilligkeit, Urteilsfähigkeit und Wohlerwogenheit) können damit als Versuch des Bundesverfassungsgerichts gesehen werden, die Autonomiefähigkeit einer Person sicherzustellen. Konkret bedeuten diese Vorgaben aber auch, dass jemand die Freiverantwortlichkeit beurteilen muss, was in Deutschland (voraussichtlich) durch ärztliches Personal erfolgt. Wie gut können aber Ärzt*innen die Freiverantwortlichkeit einer Person feststellen? Hierzu gibt es als Hilfsmittel aus der Schweiz etwa das U-Doc Formular, in dem unterschiedliche Dimensionen abgefragt und beurteilt werden, nämlich die Erkenntnisfähigkeit, die Wertungsfähigkeit sowie die Willensbildung und -umsetzung (vgl. SAMW 2019). Während bei bestimmten Erkrankungen besonders die Erkenntnisfähigkeit betroffen ist, zum Beispiel in einer Psychose, ist für die (chronische) Depression besonders die Wohlerwogenheit (entspricht der Wertungsfähigkeit) von besonderer Bedeutung. In dem Formular wird selbige nochmals unterteilt in die Kategorien »Bezug zu eigenen Werthaltungen«, »lebensgeschichtliche Einordnung«, »Informationsgewichtung/Entscheidungsgründe«, »affektive Beteiligung«. Während diese Unterteilung mehrere Aspekte aufgreift, die für die chronische Depression von besonderer Bedeutung sind (z.B. Einordnung der gegenwärtigen Lebenssituation im Kontext der bisherigen Krankheitsgeschichte, Klarheit darüber, warum bestimmte Aspekte wie gewichtet werden), stellt der Abschnitt »Affektive Beteiligung« eine besondere Herausforderung dar. Hier soll dem Formular zufolge eine Person eine »angemessene Affektintensität« und »einfühlbar affektive Reaktion« hinsichtlich des Entscheidungsprozesses zeigen. Depressionen zählen zu den affektiven Störungen, das heißt, der Affekt kann gemindert sein, besonders im Rahmen einer chronischen Depression. Hier stellt sich für die beurteilende Person die kaum zu bewältigende Herausforderung, die Intensität des Affekts als angemessen zu beurteilen. Zudem müssen Ärzt*innen beurteilen, ob die affektive Reaktion für sie einfühlbar ist. Hieraus ergibt sich ein massives Problem der intersubjektiven Nachvollziehbar- und Vergleichbarkeit, was es aus ärztlicher Sicht schwierig gestaltet, unterschiedlichen Personen gerecht zu werden. Aus Sicht von Menschen mit

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

chronischen Depressionen kann der Anspruch, dass die eigene Affektlage von Ärzt*innen nachvollzogen werden soll, als Beschneidung der Autonomie beziehungsweise als gewisse Diskriminierung empfunden werden. Schließlich schränkt die Erkrankung ja gerade ein, behindert gewissermaßen, sich affektiv angemessen zu äußern. Verhindert damit die Natur der Erkrankung, dass ein aufrichtiger Patientenwunsch ausreichend von der beurteilenden Person nachvollzogen werden kann? Darüber hinaus ergibt sich insofern in der Beziehung zwischen Ärzt*in und Patient*in eine Schwierigkeit, als dass Patient*innen sich möglicherweise qua Bildungsstand, Ausdrucksfähigkeit oder Ähnlichem nicht in der Form mitteilen können, in der es Ärzt*innen verstehen und nachvollziehen können. Zudem ist das ärztliche Personal selbst wiederum beschränkt durch seine subjektiven Erwartungen, das heißt das, was sie jeweils gelernt haben und als angemessen betrachten. Je nach persönlicher Einstellung kann von ärztlicher Seite die Patientenautonomie als Teil des Patientenwohls verstanden werden und insofern zu schwierigen Abwägungsprozessen führen. Im Rahmen des U-Doc Formulars wird immerhin nach der Haltung der beurteilenden Person gefragt, sodass sie sich über »persönliche und weltanschauliche Grenzen« (Thomas-Hund 2021: 187) klar werden und überprüfen kann, inwiefern davon die Entscheidung beeinflusst ist. Generell ergeben sich hohe Anforderungen an Beurteilende hinsichtlich Kompetenz sowie zeitlicher und finanzieller Ressourcen. In diesem Sinne stellt die Feststellung der Freiverantwortlichkeit von Menschen mit chronischen Depressionen nicht nur hinsichtlich theoretischer Überlegungen, sondern auch bezüglich der Praxis eine große Herausforderung dar.

## Fazit und Ausblick

Die vorangegangenen Ausführungen legen das Augenmerk auf die Frage, ob der assistierte Suizid für (chronisch) depressive Menschen möglich sein sollte. Rechtlich handelt es sich hierbei um einen nicht ganz eindeutigen Bereich, sodass eine eingehendere Auseinandersetzung vonnöten ist.

Die Relevanz des Themas wurde auch durch die prominente Erwähnung von Depressionen im Bundesverfassungsgerichtsurteil (BVerfGE 153, 182) verdeutlicht. Die dort angeführten Zahlen sind, wie im ersten Abschnitt herausgearbeitet wurde, allerdings nicht unhinterfragt auf den assistierten Suizid bei psychisch Erkrankten übertragbar. Alternative Erhebungsmethoden wie etwa qualitative Ansätze, die sich um ein Verständnis von Suizid über psychische Störungen hinaus bemühen und dabei systematisch die Beziehungen (einer möglichst großen Anzahl) von Informationsgeber*innen zu der*dem jeweiligen Verstorbenen analysieren, wären eine mögliche Alternative zu den bislang durchgeführten Autopsiestudien. Darüber hinaus ist die Studienlage zu assistiertem Suizid bei Menschen mit psychischen Erkrankungen selbst in Ländern, in denen der assistierte Suizid bereits seit Jahren legal ist, dünn oder wenig differenziert. Zum Beispiel wird häufig nicht genau unterschieden, ob psychische Ursachen Haupt- oder Begleiterkrankungen waren. Der Prozess der Legalisierung und Implementierung des assistierten Suizids sollte also besonders im Hinblick auf psychische Erkrankungen von entsprechenden Evaluationsinstitutionen begleitet werden.

Die genauere Beschäftigung mit der Diagnostik und Dokumentation depressiver

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Erkrankungen zeigt, dass das bisherige System (ICD-10) der Diagnose »chronische Depression« nicht Rechnung getragen hat. Mit der Umsetzung von ICD-11 dürfte ein Teil dieses Problems gelöst werden, indem genauere und differenziertere Diagnosen vergeben werden können. Als Herausforderung bleibt der Umgang mit der Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der individuellen Krankheitsverläufe von bislang erkrankten Patient*innen, was hinsichtlich therapeutischer Optionen und der Beurteilung eines Krankheitsverlaufs bei Wunsch nach assistiertem Suizid relevant ist. Bezüglich der Therapiemöglichkeiten bleibt anzumerken, dass für chronische Depressionen bereits Behandlungsalgorithmen entwickelt worden sind, die aber noch nicht flächendeckend angewandt werden. Eine bessere, strukturierte Versorgung chronisch depressiver Patient*innen könnte die Entwicklung von Therapieresistenzen senken (u.a. durch die Vermeidung der wahllosen Aneinanderreihung von Antidepressiva) und damit möglicherweise auch das Aufkommen suizidaler Gedanken. Ein Kernproblem kann oft nicht eindeutig geklärt werden, nämlich ob der Suizidwunsch ein Nebensymptom der Depression ist oder ein davon unabhängiger Wunsch oder ein durch die negativen Folgen aus der Erkrankung (z.B. Arbeitsunfähigkeit) entstandener Wunsch. Vielleicht ist die genaue Klärung im Falle der chronischen Depression weniger relevant, vielmehr ist es nötig, jeweils nachzuvollziehen, wie Krankheits- und Behandlungsverlauf der Patient*innen bis zum aktuellen Zeitpunkt gewesen sind.

Ob eine chronisch depressive Person Zugang zu assistiertem Suizid haben sollte, hängt rechtlich von der jeweiligen Fähigkeit zur Freiverantwortlichkeit ab. Um sich dieser Frage anzunähern, wurden die Aspekte Dauerhaftigkeit, Freiwilligkeit, Urteilsfähigkeit und Wohlerwogenheit näher betrachtet. Es wurde deutlich, dass der freie Wille aus rechtlicher Sicht auch bei Gesunden nur ein bedingt freier Wille ist, der im Sinne von Frankfurts (1971) »second-order volitions« verstanden werden kann. Es zeigt sich, dass Menschen mit chronischen Depressionen grundsätzlich zur Bildung eines freien Willens in der Lage sind. Herausforderungen können hinsichtlich der Wohlerwogenheit auftreten, die krankheitsbedingt deutlich eingeschränkt sein kann (aber nicht eingeschränkt sein muss). Ferner ist die Rolle des ärztlichen Personals kritisch zu überprüfen, da sie diejenigen sind, die in Deutschland (voraussichtlich) die Freiverantwortlichkeit von Menschen mit chronischen Depressionen beurteilen. Besonders der Aspekt der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit einer affektiven Reaktion ist in diesem Zusammenhang fragwürdig. Wenn von ärztlicher Seite eine entsprechende Beurteilung vorgenommen werden soll, dann ist in besonderem Maße geschultes und sensibilisiertes Personal nötig.

Die Beurteilungen des Wunsches nach assistiertem Suizid bei Menschen mit chronischen Depressionen sind vielfältig und reichen von gesellschaftlichem Versagen aufgrund mangelnder Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten bis hin zur Wertung als gesellschaftliche Errungenschaft durch die Stärkung der individuellen Autonomie. Insgesamt zeigt sich, dass die Frage, ob der assistierte Suizid für Menschen mit (chronischen) Depressionen zulässig sein sollte, vielschichtiger Natur ist. Eine bessere Studienlage und eine bessere Versorgungslage für chronisch Depressive sind ebenso nötig wie die Auseinandersetzung mit teilweise widersprüchlichen Aspekten, wie etwa der Frage nach der Ursache des Suizidwunsches bei chronisch Depressiven, die nicht eindeutig geklärt werden können.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

## Literatur

Beck, T./Mitmansgruber, H./Kumnig, M./Schüßler, G.: »Depressive sehen besser – der Einfluss der Stimmung auf das Erkennen emotionaler Gesichter«, in: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 59(3) (2013), S. 247–253.

BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1–343, https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html, abgerufen am 20. Mai 2023.

Böhning, André: Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Bern: Hogrefe Verlag 2021.

Calati, R./Olié, E./Dassa, D. et al.: »Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature«, in: Journal of Psychiatric Research 135 (2021), S. 153–173.

Dev, A. S./Moore, D. A./Johnson, S. L. et al.: »Sadder ≠ Wiser: Depressive Realism Is Not Robust to Replication«, in: Collabra: Psychology 8(1) (2022), S. 38529.

Franklin, J. C./Ribeiro, J. D./Fox, K. R. et al.: »Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research«, in: Psychological Bulletin 143(2) (2017), S. 187–232.

Frankfurt, H. G.: »Freedom of the Will and the Concept of a Person«, in: The Journal of Philosophy 68(1) (1971), S. 5–20.

Frei, A./Schenker, T./Finzen, A. et al.: »Assisted suicide as conducted by a ›Right-to-Die‹-society in Switzerland: A descriptive analysis of 43 consecutive cases«, in: Swiss Medical Weekly 131 (2001), S. 375–380.

Guhn, Anne/Köhler, Stephan/Klein, Jan Philipp: »CBASP – eine evidenzbasierte und praxisorientierte Einführung«, in: PSYCH up2date 16 (2022), S. 341–361.

Hjelmeland, H./Dieserud, G./Dyregrov, K./Knizek, B. L./Leenaars, A. A.: »Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed?«, in: Death Studies 36(7) (2012), S. 605–26.

Jacobi F./Höfler M./Strehle J. et al.: »Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul ›Psychische Gesundheit‹ (DEGS1- MH)«, in: Der Nervenarzt 87 (2016), S. 88–90.

Lieb, Klaus: »Affektive Störungen«, in: Klaus Lieb/Sabine Frauenknecht (Hg.), Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie 9. Auflage, München: Elsevier 2019.

Lindner, R.: »Bilanzsuizid«, in: https://www.ethikrat.org/fileadmin/PDF-Dateien/Veranstaltungen/anhoerung-17-12-2020-lindner.pdf vom 17.12.2020.

Milner, Allison/Sveticic, Jerneja/De Leo, Diego: »Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies across countries«, in: The International Journal of Social Psychiatry (2012), https://doi.org/10.1177/0020764012444259.

MPI (Max-Planck-Institut für Psychiatrie): »Depression«, in: https://www.psych.mpg.de/840900/depression vom 25.05.2023.

Müller, F. J./Jauch-Chara, K.: »Chronische Depression – Klassifikation und therapeutische Maßnahmen«, in: PSYCH up2date, 14(03) (2020), S. 239–252.

NVL (Nationale VersorgungsLeitlinie): »Unipolare Depression, Version 3«, in: https://www.leitlinien.de/themen/depression vom 29.09.2022.

Neuner, Jörg: »Natürlicher und freier Wille: eine Studie zum bürgerlichen Recht«, in: AcP 218(1) (2018), S. 1–31.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Plass D./Vos T./Hornberg C. et al.: »Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland«, in: Deutsches Ärzteblatt 111 (2014), S. 629–638.

Polidori, M.C./Meyer, A.M.: »Depression«, in: W. Maetzler/R. Dodel/A. Jacobs (Hg.), Neurogeriatrie. Berlin, Heidelberg: Springer 2019.

Rengier, Rudolf: »Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Die strafrechtliche Perspektive in Deutschland«, in: Andreas Böhning (Hg.), Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte, Göttingen: Hogrefe 2021, S. 207–222.

SAMW: U-Doc: Hilfsmittel zur Evaluation und Dokumentation der Urteilsfähigkeit 2019, https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html, abgerufen am 20. Mai 2023.

SAMW: »Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit – zum Umgang mit dem Konzept der Futility in der Medizin«, in: Swiss Academies Communications, 16 (6) (2021).

Schneider, F.: »Psychiatry under National Socialism: remembrance and responsibility«, in: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 261 (2011), S. 111–118.

Schneider, F./Erhart, M./Hewer, W. et al.: »Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill – a German registry study«, in: Deutsches Ärzteblatt International 116 (2019), S. 405–11, 10.3238/arztebl.2019.0405.

Teismann, Tobias/Dorrmann, Wolfram: Suizidalität. 2., aktualisierte Auflage, Göttingen: Hogrefe 2021.

Thomas-Hund, Christiane: »Die Bestimmung der Urteilsfähigkeit bei psychischer Erkrankung«, in: Andreas Böhning (Hg.), Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte, Göttingen: Hogrefe 2021, S. 167–184.

Venkatesh, S./Moulds, M./Mitchell, C.: »Testing for Depressive Realism in a Clinically Depressed Sample«, in: Behaviour Change, 35(2) (2018), S. 108–122.

World Health Organization: International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10), 2019, https://icd.who.int/browse10/2019/en, abgerufen am 20. Mai 2023.

World Health Organization: International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11), 2022, https://icd.who.int/browse11/l-m/en, abgerufen am 20.05.2023.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-014 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY