

# »Den meisten könnte geholfen werden«

Psychiaterin Ute Lewitzka über Selbsttötungen und Prävention

## BIOSKOP-Interview

**Jeder hat das Recht auf Hilfe beim Suizid – egal ob alt oder jung, krank oder gesund. Das entschied das Bundesverfassungsgericht im Februar 2020 (→ BIOSKOP Nr. 89). Was heißt das für die Bemühungen um Suizidprävention? Sollte Assistenz bei Selbsttötungen reguliert werden? Und wie? BIOSKOP-Autorin Martina Keller im Gespräch mit der Psychiaterin Ute Lewitzka von der Universitätsklinik Dresden, Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention.**

**BIOSKOP:** Was weiß die Forschung über Menschen, die sich das Leben nehmen?

**UTE LEWITZKA:** Bis zu 90 Prozent der Suizide geschehen vor dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung. Das weiß man aus sogenannten psychologischen Autopsiestudien, in denen Forscher rückblickend aus Arztbriefen, Polizeiakten, Aussagen von Angehörigen oder Abschiedsbriefen die Motive von Suizidopfern erkunden. Menschen haben im Rahmen einer psychischen Erkrankung in der Regel für ein sehr begrenztes Zeitfenster das Gefühl: Sie können so nicht mehr leben. Den meisten Betroffenen könnte aber geholfen werden.

**BIOSKOP:** In Ihrer Arbeit sind Sie regelmäßig mit Suizidwünschen konfrontiert. Könnten Sie ein Beispiel berichten?

**LEWITZKA:** Vor vielen Jahren habe ich eine junge Frau verloren. Diese Patientin hatte eine bipolare Störung – eine in den meisten Fällen gut behandelbare Erkrankung. Wir hatten mit der Therapie begonnen, aber sie entließ sich dann selbst aus der Behandlung. Gegen ihren Willen hätten wir sie nur dabehalten können, wenn eine unmittelbare Eigen- oder Fremdgefährdung bestanden hätte. Das ist im Prinzip richtig so, man will die Selbstbestimmung des Patienten schützen. Aber wie frei entscheidet ein psychisch kranker Mensch? Die Patientin reiste dann in die Schweiz und nahm sich dort mit Unterstützung einer Sterbehilfeorganisation das Leben.

**BIOSKOP:** Eine verbreitete Ansicht lautet: Wer sich das Leben nehmen will, der lässt sich davon nicht abbringen. Stimmt das nicht?

**LEWITZKA:** In der Regel besteht diese suizidale Zuspitzung nur für sehr kurze Zeit. In der Klinik sehen wir Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben. Diese Menschen sind meist in der Zeit vor dem Versuch sehr ambivalent. Dann gibt es den Punkt, wo sie zum Beispiel auf dem Hochhaus stehen und entscheiden: Ich mach das jetzt. Nicht selten wird uns aber berichtet, dass diese Menschen schon in dem Moment des Sprungs denken: Oh Gott, was tust du hier? Wenn wir die Überlebenden in der Chirurgie wieder ansprechen können, erleben wir häufig, dass mit jedem Tag, der vergeht, eine

Umkehr stattfindet, die Betroffenen ihre Situation neu bewerten und sich dem Leben wieder zuwenden. Nur zehn Prozent der Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, sterben in den Folgejahren durch Suizid. Wenn man also Menschen mit Suizidgedanken in dem kurzen Zeitfenster, in dem sie ihren Wunsch in die Tat umsetzen wollen, begleiten und stützen würde, könnte man wirklich Leben retten.

**BIOSKOP:** Befürworter des assistierten Suizids argumentieren, dass allein das Wissen um diese Möglichkeit manchen davon abhält.

**LEWITZKA:** Da muss man differenzieren. Im Fall einer körperlichen Erkrankung würde ich entgegenhalten: Wenn die Menschen wüssten, dass sie eine gute palliative Versorgung bekommen können und nicht dahinsiechen müssen, dann würden sie gar nicht darüber nachdenken, sich das Leben zu nehmen. Bei den psychischen Erkrankungen wissen wir ganz klar, dass ich Leben rette, wenn ich den Zugang zu Suizidmitteln erschwere. Beispiel Golden Gate Bridge, ein sogenannter Suizid-Hotspot. Wenn jemand sich entschlossen hat, von der Brücke zu springen, die aber an dem Tag gesperrt ist, wegen eines Autounfalls, dann springt er nicht etwa am Tag darauf, sondern meist gar nicht. Zahlreiche Einzelstudien und zusammenfassende Analysen zeigen: Das wirksamste Mittel der Vorbeugung ist, den Zugang zu Suizidmethoden zu erschweren.

**BIOSKOP:** Was bedeutet das Urteil des Bundesverfassungsgerichts in diesem Kontext?

**LEWITZKA:** Mit dem verfassungsrechtlich geschützten Anspruch auf Suizidhilfe stelle ich praktisch eine Methode zur Verfügung. Das ist völlig konträr zu dem, was wir aus der Suizidprävention wissen, deswegen sehen wir das auch so kritisch. Es ist zu befürchten, dass die Zahl der Selbsttötungen mit dem wachsenden Angebot von Suizidassistenz steigt.

**BIOSKOP:** Die Verfassungsrichter wollen sicherstellen, dass ein Suizidwunsch nicht auf einer vorübergehenden Lebenskrise beruht. Deshalb soll der Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, von einer gewissen »Dauerhaftigkeit« und »inneren Festigkeit« sein.

**LEWITZKA:** Aber wann rede ich von Dauerhaftigkeit? Bei zwei Wochen, zwei Monaten, zwei

## »Zur Entstigmatisierung beitragen«

[www.suizidpraevention-dresden.de](http://www.suizidpraevention-dresden.de) heißt eine neue, interessante Webseite, aufgebaut vom 2017 gegründeten Netzwerk für Suizidprävention in Dresden (NeSuD). Eine der Projektleiter\*innen ist die Psychiaterin Ute Lewitzka vom Werner-Felber-Institut für Suizidprävention und interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen. »Wir möchten mit diesem Informationsportal ermöglichen, dass Betroffene schnell die für sie passende Hilfe bekommen«, erklärt Lewitzka. Zudem soll das Projekt »ermutigen, Suizidalität anzusprechen und damit etwas zur Entstigmatisierung beizutragen«. Das Portal stellt (Hilfs-)Angebote in Dresden vor und informiert allgemeinverständlich über Suizidalität und Vorbeugung. Adressat\*innen sind Menschen in einer Krise, Angehörige, Nahestehende und Bekannte, Menschen, die jemanden durch Suizid verloren haben. Auch für Fachleute, Politik und Verwaltung bietet das Portal interessante Informationen, darunter ein ausführliches »Positionspapier«, mit dem das Netzwerk NeSuD die Versorgungssituation suizidaler und suizidgefährdeter Menschen beleuchtet und Vorschläge für Verbesserungen macht.

► Jahren? In der Klinik haben wir es oft mit Menschen zu tun, die länger andauernde, chronische, schwerwiegende Verläufe haben, wie es das in der Inneren Medizin auch gibt, etwa bei Krebserkrankungen. Wo ziehe ich da die Grenze? Ich finde es extrem problematisch, dass jetzt versucht werden soll, ein Regelwerk aufzustellen, um das irgendwie zu managen.

**BIOSKOP:** Ein interfraktioneller Gesetzentwurf, vorgelegt unter anderem von SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach, sieht die Möglichkeit der Beratung vor. Schützt das vor übereilten Entscheidungen?

**LEWITZKA:** Der Gesetzentwurf ist aus Sicht der Suizidprävention katastrophal. Da heißt es zum Beispiel, psychologisch ausgebildete Fachärzte sollten, »falls erforderlich«, bei der Beratung hinzugezogen werden. Ich will den ärztlichen Kollegen und anderen im Entwurf genannten Disziplinen nicht zu nahe treten, aber wenn der leiseste Verdacht einer psychischen Erkrankung im Raum steht, muss ein Psychiater das beurteilen. Ein Hausarzt, eine

Onkologin, ein Sozialpädagoge können nicht sicher einschätzen, ob die Erkrankung einen Einfluss auf den Suizidwunsch hat. Ein Beispiel aus unserer Klinik: Ich hatte einen Patienten, der in einem anderthalbstündigen Gespräch keinen Anhaltspunkt für eine psychische Auffälligkeit zeigte, und plötzlich, an einem bestimmten Punkt, kam ein Wahnsystem zum Vorschein. Das zu erkennen, ist selbst für eine Psychiaterin eine Herausforderung.

**BIOSKOP:** Der Entwurf schreibt eine Wartezeit von zehn Tagen zwischen Beratung und Suizidassistenten vor.

**LEWITZKA:** Zehn Tage sind insbesondere bei psychischen Erkrankungen viel zu wenig. Egal ob ein Patient eine Psychotherapie bekommt oder medikamentös behandelt wird, bei schwierigen Verläufen brauche ich bis zu zehn Wochen, manchmal länger, um zu sehen, ob die Behandlung hilft. Es gibt zudem psychische Erkrankungen, die rezidivierend verlaufen, wo es also wiederkehrende Episoden gibt. Da kann es sinnvoll sein, den Behandler oder die Klinik zu wechseln. Sinnvoll wäre eine zweimalige Beratung. Im ersten Gespräch könnte es darum gehen, die Motive des Suizidwilligen zu verstehen und ihm Informationen an die Hand zu geben. Dann sollte derselbe Experte den Patienten nach mehreren Wochen noch mal sehen und inzwischen auch Kontakt zu Angehörigen aufnehmen.

**BIOSKOP:** Laut dem Gesetzentwurf sollen Angehörige hinzugezogen werden, falls es erforderlich ist...

**LEWITZKA:** Angehörige sollten, wann immer möglich, einbezogen werden. Wir verlieren oft

aus dem Blick, dass sie bei einem Suizid eine besondere Last zu tragen haben, weil sie, anders als etwa bei einem Unfalltod, stets mit dem Thema Schuld konfrontiert sind. Angehörige fragen sich oft: Habe ich etwas übersehen, hätte ich etwas anders machen müssen? Sie frühzeitig einzubeziehen ist schon aus Gründen der Prävention wichtig. Wir wissen, dass Menschen, die jemanden durch Suizid verloren haben, eine eigene Suizidalität entwickeln können.

**BIOSKOP:** Die Bundesländer werden viel Geld ausgeben müssen, um die im Entwurf vorgesehene flächendeckende Beratung aufzubauen...

**LEWITZKA:** Es soll laut Entwurf sogar eine aufsuchende Beratung für Suizidwillige mit körperlichen Einschränkungen geben. Das zielt auf die Alten in Pflegeheimen. Furchtbar. Für die Suizidhilfe soll möglich werden, was in der Suizidprävention bis heute nicht finanziert wird. Wir wissen doch mittlerweile sehr gut, dass Psychotherapie auch bei älteren Menschen hilfreich ist; aber zeigen Sie mir mal in Deutschland ein

Altenheim, wo es einen Psychologen oder Psychotherapeuten gibt. Warum können wir bei den Älteren nicht eine aufsuchende Psychotherapie etablieren – zum Beispiel zweimal in der Woche eine halbe

Stunde? Dafür müssten Abrechnungsmöglichkeiten auch außerhalb einer Institutsambulanz geschaffen werden.

**BIOSKOP:** Kann die aufsuchende Suizidhilfe-Beratung nicht auch vorbeugend wirken?

**LEWITZKA:** Da reicht doch kein einmaliges Beratungsgespräch. Zum Beispiel das Motiv, anderen nicht zur Last fallen zu wollen. Wie will ich das in einer Stunde erkunden und aufarbeiten? Vertrauen aufzubauen braucht Zeit. Gerade bei den Senioren ist ein therapeutisches Gesprächssetting mit häufigeren Begegnungen erforderlich. Aber das ist im System nicht vorgesehen.

**BIOSKOP:** Suizidprävention ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Wie weit sind wir hier?

**LEWITZKA:** Wir haben in Deutschland nicht mal eine einheitliche Telefonnummer für Suizidwillige wie etwa in den Niederlanden. Die Telefonseelsorge leistet hervorragende Arbeit, aber dort sitzen meist Laien am Telefon. Für den Umgang mit Suizidwilligen braucht es speziell geschultes Fachpersonal. Ein anderes Manko: Vor allem in ländlichen Regionen fehlt es an niedrigschwelligem Angeboten. Nicht jeder, der sich mit Suizidgedanken trägt, muss gleich in die Psychiatrie. Es ist schon bitter, dass der Gesetzgeber demnächst womöglich den flächendeckenden Aufbau von Beratungsstellen für Suizidassistenten vorantreibt, während es vielerorts an grundlegenden Angeboten für die Suizidprävention mangelt.

## Suizidprävention im Alter

»Wenn das Alter zur Last wird« heißt eine lesenswerte Broschüre, verfasst von der Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro). Die Informationsschrift, finanziell gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), »will mit den Entstehungsbedingungen für Suizidalität bei alten Menschen vertraut machen und Möglichkeiten der Suizidprävention und Krisenhilfe aufzeigen«, heißt es in der Einleitung. Im Fokus stehen drei wichtige Fragen: Wie lässt sich Suizidgefährdung bei alten Menschen erkennen? Wie kann man ihr vorbeugen? Welche Hilfsmöglichkeiten gibt es? Die NaSPro-Broschüre, die Anfang 2019 in 6. Auflage erschien, kann man beim Publikationsversand der Bundesregierung gratis bestellen, Telefon (030) 18 272 272 1. Eine pdf-Version ist online auf der Website des Bundesfamilienministeriums: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/wenn-das-altwerden-zur-last-wird-96012>

»Für die Suizidhilfe soll möglich werden, was in der Suizidprävention bis heute nicht finanziert wird.«

