

Suizidverhütung und Suizidbeihilfe

Unterschiedliche Erfahrungsbereiche

J. F. Spittler

Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität Bochum

Schlüsselwörter

Suizidverhütung, Suizidbeihilfe

Zusammenfassung

Nach Antrag auf Beihilfe zu einem Suizid wurden 494 psychiatrische Begutachtungen zur Urteils- und selbstbestimmten Willensfähigkeit erstellt; diesen folgten 261 assistierte Suizide. Die Ergebnisse werden Daten aus der Suizidtherapie und Suizidstatistik gegenübergestellt. Antragsteller auf Suizidbeihilfe geben langzeitige grundsätzliche Überlegungen (MW: 16 Jahre) und konkrete Planungen (MW: 5 Jahre) an. Für die einsamen Suizide wurden kürzere Bedenkzeiten (76% < 1 Woche) und Entschlusszeiten (97% < 1 Tag) berichtet. Die Altersverteilungen einsamer vs. assistierter Suizide: In der 7. Lebensdekade sind die prozentualen Häufigkeiten vergleichbar (einsam: 15,8%, assistiert: 13,8%); in der 1. bis 6. Dekade überwiegen einsame Suizide (56,6%; 8. bis 10. Dekade: 27,6%), in der 8. bis 10. Dekade überwiegen assistierte Suizide (63,2%; 1. bis 6. Dekade: 23,0%). Geschlechterverteilung: einsam: Männer 74,0%; assistiert: Männer 34,5%. Unter den

Begründungen gelten bei den einsamen Suiziden psychische Störungen und Suchten als überwiegend, gerichtsmedizinische Statistiken bestätigen diese Verteilung. Bei den assistierten Suiziden ist das Verhältnis umgekehrt (somatic 58,9%, psychopathologisch: 26,3%, andere: 11,1%). Angesichts dieser Hinweise dürfen die Erfahrungen der Suizidprävention und -therapie nicht unkritisch auf die Suizidbeihilfe projiziert werden.

Keywords

Suicide prevention, assisted suicide

Summary

The development towards suicide assistance is critically viewed from the perspective of suicide prevention and therapy. Medical and particularly psychiatric assessment undertaken in cooperation with organisations providing suicide assistance reveal differences in comparison with 'solitary' suicide. Following requests for suicide assistance 494 extensive psychiatric assessments were carried out which con-

sidered the ability to understand, critically evaluate, and self-determined expression of will. 261 of these cases resulted in assisted suicide. These results are compared with data from publications on suicide therapy and suicide statistics in Germany. Those requesting suicide assistance give long-term, fundamental considerations/reasons (mean: 16 years), and actual planning (mean: 5 years). Solitary suicides show shorter periods of consideration (76% < 1 week), and of reaching the final decision (97% < 1 day). Age distributions for solitary vs. assisted suicide show: percentages for those in the 70s are roughly the same (solitary: 15.8%, assisted: 13.8%). Solitary suicides are higher between 10s and 60s (56.6%; 80s to 100s: 27.6%), assisted suicide is more common between the 80s and 100s (63.2%, 10s to 60s: 23.0%). The gender balance shows reverse relations (solitary: male 74.0%; assisted: male 34.5%). Reasons for solitary suicide are seen as predominantly due to psychiatric issues or substance abuse. Forensic statistics support this relation of underlying illnesses or disorders. The distribution is reverse in assisted suicides (somatic 58.9%, psychiatric: 26.3%, other: 11.1%). Taking these differences into account knowledge gained from suicide prevention and therapy should not be projected onto assisted suicide without critical reflection.

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. Johann F. Spittler
Neurologie und Psychiatrie
Alsenstr. 14, 45711 Datteln
Tel. 02363/384575
Johann.F.Spittler@ruhr-uni-bochum.de

Suicide-prevention and suicide-assistance – different experiences

Nervenheilkunde 2017; 36: 416–422
eingegangen am: 12. Mai 2016
angenommen am: 18. Januar 2017

Gegenwärtig ist die Diskussion um die organisierte Suizidbeihilfe durch den §217 StGB vorläufig beendet, in der Suizidprävention werden wesentlich Verhütungsmaßnahmen diskutiert, eine konstruktive Diskussion zwischen Suizidbefürwortung und -abwehr erscheint tabuisiert. Selbst Gegner der Suizidbeihilfe bestreiten nicht, dass es begründete und rechtlich zu tolerierende Suizidabsichten gibt und Befürwor-

ter der Selbstbestimmung können nicht ernstlich bestreiten, dass es Suizidplanungen gibt, die nach Verhütung und Therapie rufen. Das Problem liegt in den besonderen Bedingungen, unter denen ein Suizid toleriert und ermöglicht werden oder verhindert und therapiert werden sollte.

Sowohl nach zustimmungsfähigem gesellschaftlichem Konsens als auch nach Erfahrungen in der professionell begleiteten

Suizidbeihilfe ist ein Lebenswille aller Lebewesen und beim Menschen ein gegenseitiger Hilfsanspruch sowie ein – sicherlich unterschiedlich ausgeprägter – sozialer Fürsorgewille deutlich: Zumindest viele von uns empfinden ein dringendes, sozial und moralisch als richtig zu bewertendes Hilfs- und Rettungsbedürfnis, wenn ein Mitglied unserer menschlichen Gesellschaft in Gesundheits- oder Lebensgefahr

ist. Dies gilt insbesondere in einem Suizidversuch bzw. einer Suizidhandlung (nachfolgend kurz bezeichnet als "einsame" Suizide, weil sie in einer Vereinsamungssituation geplant und ausgeführt werden); zweifellos eine große Zahl wird aus einer zu behandelnden inneren Notsituation heraus geplant und vorgenommen. Ein Hindernis für die Therapie ist, dass einen Suizid planende Menschen großenteils aus einem eher kurzfristigen Impuls heraus handeln, dass sie nur zu einem Teil aktiv nach Hilfe suchen und ihre Gedanken für die Umgebung oft nicht zu erkennen geben. Der Appell an die Umgebung und an behandelnde Ärzte muss sein, eine Aufmerksamkeit auch für eher diskrete Signale aufzubringen und eine Vertrauensbasis für weitere Gespräche und eventuell eine Therapie aufzubauen.

Von den Erfahrungen aus der Suizidprävention (5, 8, 10–12, 20) weichen die Erfahrungen aus den vorbereitenden (psychiatrischen) Gesprächen vor einem professionell assistierten Suizid ab. Hier werden Aspekte vorgestellt, die zu einer differenzierenden Beurteilung führen sollten.

Unterschiedlichkeit der Erfahrungsbereiche

In der Suizidprävention und -therapie werden vielfältige Erfahrungen gesammelt. Manche stammen aus der Telefonseelsorge oder Psychotherapie. Im psychiatrischen Konsiliardienst auf internistischen oder chirurgischen Intensivstationen kommen Suizidversuche nach Intoxikationen oder Verletzungen zur Beobachtung. In der stationären psychiatrischen Behandlung von Schizophrenien, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen werden Suizidabsichten thematisiert und manchmal ausgeführt. In der Rechtsmedizin werden vollendete Suizide untersucht und, soweit möglich, die Vorgeschichten rekonstruiert. Bei etwas zusammenfassender Betrachtung werden einerseits Erfahrungen mit Suizidabsichten und -äußerungen aus einer laufenden ambulanten oder stationären Behandlung, also aus einem Behandlungsetting heraus versammelt. Andererseits stammen die Erfahrungen aus den unfreiwilligen, manchmal dankbar angenomme-

nen, manchmal unzufrieden oder enttäuscht erlebten Situationen nach fehlgeschlagenen Suizidversuchen.

Diese Situationen sind zugleich gekennzeichnet durch ein explizites oder implizites Bewusstsein der Therapiesituation sowohl auf Seiten des Therapeuten als auch des suizidalen Patienten. Hiervon unterscheidet sich die Gesprächssituation in der professionell begleiteten Suizidbeihilfe in einem entscheidenden Punkt (16–18). Der um Beihilfe nachsuchende Suizidär (Begriffsprägung von Jean Améry; 1) ebenso wie der potenzielle Helfer treffen sich unter der bewussten Voraussetzung, dass die Hilfe zielorientiert gesucht wird und eine grundsätzliche Bereitschaft zu einer Suizidbeihilfe besteht. Auf Seiten des Suizidärs finden sich zwei unterscheidbare Situationen: In manchen Fällen ist der Leidensdruck so groß, dass die Dringlichkeit der Hilfesuche im Vordergrund steht, z. B. bei weit fortgeschrittenen Krebserkrankungen, fortgeschrittenen Lähmungen oder schwergradigen psychischen Leiden. In einem anderen Teil der Fälle stehen mehr grundsätzliche Überlegungen im Vordergrund, weniger eine Angst, als ein Unwille, den absehbaren weiteren Lebens- und Leidensverlauf mit dem vorausgesehenen Verlust der Selbstständigkeit und drohender Abhängigkeit aushalten zu sollen. In beiden Fällen besteht die Bereitschaft auf Seiten des Suizidärs, sich den Mitarbeitern der Organisation gegenüber mitzuteilen und sein Anliegen zu rechtfertigen. Im Falle der Leidensbedingten Dringlichkeit stellt sich die Frage einer möglichen Therapie, im Falle mehr grundsätzlicher Lebensbeendigungsüberlegungen die Frage nach der Wohlüberlegtheit.

In der Suizidprävention findet sich eine aufgesuchte oder inzidente, jedenfalls beiderseits implizit bewusste Therapiesituation mit dem Wissen um die Absicht des Lebenserhalts; in der Suizidbeihilfe dagegen findet die Begegnung im beiderseitigen Bewusstsein des Beihilfesuchts und der eventuellen Ermöglichung statt.

Material und Methode

Aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung in der Schweiz und Deutschland wur-

den vom Autor auf Vermittlung der Organisationen Dignitas in der Schweiz und Sterbehilfe Deutschland (StHD) ärztlich-psychiatrische gutachtliche Untersuchungen zu Gründen und Motiven sowie zur Einsichts-, Urteils- und selbstbestimmten Willensfähigkeit vorgenommen (16–18). Der Auswertung werden 494 Untersuchungen mit nachfolgenden 261 assistierten Suiziden zugrunde gelegt. Aufgrund der Rechtslage in der Schweiz (14) wurden für Dignitas ausschließlich Gutachten bei maßgeblichen oder beteiligten psychischen Störungen erstellt (15,2%), mit einer nachfolgenden Beurteilung durch einen Schweizer Arzt. Für StHD wurden unter der früheren Rechtslage in Deutschland Gutachten bei allen herangetragenen Begründungen angefertigt (81,8%).

Aufgrund der mangelhaften Datenlage existiert gegenwärtig keine Möglichkeit einer methodisch exakt vergleichenden Untersuchung. Daher können die eigenen Beobachtungen nur mit Zahlen aus vorliegenden Veröffentlichungen, die Zahlen durchgeführter begleiteter Suizide mit den Zahlen der Suizidtodestfälle des Statistischen Bundesamtes (19) verglichen werden.

Planungszeiten

Suizidbeihilfe-Aspiranten berichten oft langzeitige grundsätzliche Überlegungen (MW: 16 ± 16,5, Maximum: 75 Jahre) und demgegenüber konkretere Planungen (MW: 5 ± 7,3, Maximum: 58 Jahre) eines Suizids. Von überlebten einsamen Suizidversuchen gibt es eine annähernd vergleichbare Publikation der "Bedenkzeiten" und "Entschlusszeiten" (8) (► Abb. 1).

Bei der Interpretation dieser Grafik ist zu berücksichtigen, dass sich bei Suizidversuchen für die Bedenkzeit länger als eine Woche nur eine zusammenfassende Angabe findet. Die tatsächlichen Zahlen für den Vergleich mit den Planungszeiten bei Beihilfesuchen sind nicht angegeben, liegen also verteilt auf die weiteren zu vergleichenden Werte sehr niedrig. Wenn man die Planungszeiten in kürzer bzw. länger als eine Woche dichotomisiert, ergibt sich folgende Vierfeldertafel (► Tab. 1).

Wenn man die Planungszeiten bei den assistierten Suiziden nach den Begründun-

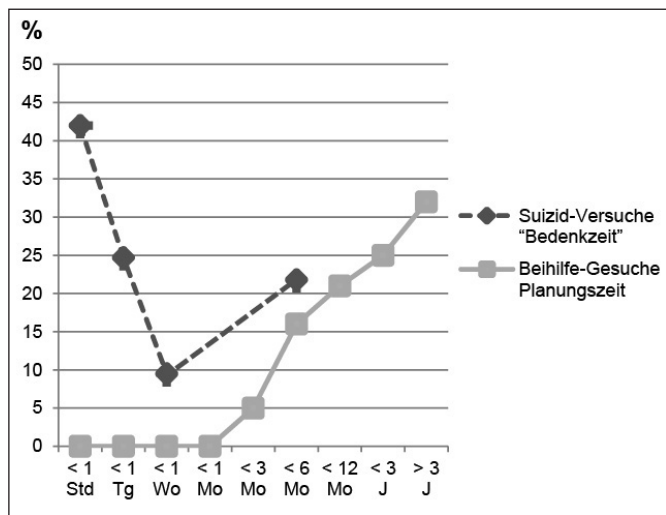


Abb. 1 Vergleich der verschiedenen angegebenen Bedenkzeiten (8) mit den Planungszeiten bei Beihilfesuchenden; Std: Stunden, Tg: Tage, Wo: Wochen, Mo: Monate, J: Jahre

Tab. 1 Vergleich der Bedenk- bzw. Planungszeiten bei einsamen vs. assistierten Suizidabsichten (χ^2 : $p < 0,001$, 2% bzw. 6% fehlende Angaben)

	≤ 1 Woche	> 1 Woche
Einsame Suizidversuche ("Bedenkzeit")	n = 155; 76,2%	n = 44; 21,8%
Suizidbeihilfe-Gesuche (Planungszeit)	n = 0	n = 197; 94%

gen differenziert, ergeben sich folgende Mittelwerte (Gesuche mit kombinierten körperlich/psychisch/altersbedingten Begründungen unberücksichtigt) (►Tab. 2).

Die Planungszeiten bei Beihilfesuchenden liegen wesentlich über den Bedenkzeiten von einsamen Suiziden; für psychopathologische Störungen und beim Alterssuizid sind sie länger als bei den eher akut beginnenden und häufig lebenslimitierenden körperlichen Krankheiten.

Altersverteilungen erfolgter Suizide

Die Altersverteilung der nach einer Begutachtung erfolgten assistierten Suizide (n = 261) kann mit der Altersverteilung der einsamen Suizide nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes (19) verglichen werden. Entsprechend den assistierten Suiziden wurde als Vergleichszeitraum der einsamen Suizide die Spanne 2001–2014 gewählt (n = 139738; jeweils absolute und nicht altersrelativierte Zahlen) (►Abb. 2).

Die beiden Verteilungen zeigen einen deutlichen Unterschied: Die einsamen Suizide weisen einen Schwerpunkt im jüngeren, die Suizidbeihilfen einen ausgeprägten Schwerpunkt im höheren Erwachsenenalter auf. Ein weiterer deutlicher Unterschied findet sich bei den Geschlechtern: Die Alters- und Geschlechterverteilung weisen bei einsamen gegenüber assistierten Suiziden umgekehrte Verhältnisse auf. Um die

	Langfristige Überlegungen (Jahre)	Konkretere Planungen (Jahre)
Somatische Krankheiten n = 296, mittleres Alter: 71 ± 13,8 Jahre	13 ± 14,9	3 ± 4,7
Psychische Störungen n = 130, mittleres Alter: 57 ± 16,5 Jahre	19 ± 17,3	7 ± 9,9
Alter mit geringen Krankheiten/Störungen n = 50, mittleres Alter: 79 ± 10,0 Jahre	27 ± 21,4	7 ± 9,6

Tab. 2 Langfristige Überlegungs- und konkretere Planungszeiten nach Angaben der Suizidäre

sich darin nahelegende Vermutung unterschiedlicher Begründungen für die einsamen gegenüber den assistierten Suiziden näher zu beleuchten, können die in der Begutachtung differenziert zu erfassenden Gründe bzw. Diagnosen betrachtet werden.

Begründungen

Nach primär uneingeschränkter Akzeptanz aller vorgebrachten Begründungen lassen sich in der eingehenden ärztlichen bzw. psychiatrischen Untersuchung vor einer Suizidbeihilfe die Gründe, insbesondere in Gestalt der medizinischen Diagnosen, detailliert erfassen. Exakt vergleichbare Daten lassen sich für die einsamen Suizide aus der Literatur nicht gewinnen. Hier finden sich Zahlen relativ erhöhter Suizidrisiken bei bestimmten Krankheitsgruppen, etwa den Malignomen (3, 9) oder den psychiatrischen Störungen (2). In Übersichtsarbeiten aus der klinischen Sicht finden sich Betonungen des Vorherrschens psychischer Störungen und der deutlich geringeren Bedeutung körperlicher Erkrankungen (20). Studien bei gerichtsmedizinischen Obduktionen, mit ihren Einschränkungen bezüglich der retrospektiven Aufklärung dem Suizid zugrunde liegender Motive bzw. Gründe, bekräftigen diese klinische Erfahrung (4, 6, 13): Die australische Studie (6) beschreibt Unterschiede bei bestimmten, sehr jungen im Vergleich zu mittleren Altersgruppen, die kanadische Studie nur die Altersgruppe ≥ 55 Jahre; beide sind also mit den eigenen Zahlen nicht vergleichbar. Nur die nach Obduktionen rekonstruierten Begründungen von Bratzke (4) können mit den eigenen Daten bei ausgeführten Beihilfen verglichen werden (►Abb. 4). Die Aufgliederung in Hintergründe bzw. Begründungen der Suizide folgt Bratzke. Im eigenen Kollektiv fanden sich keine akuten Konfliktreaktionen. Als Bilanzierungen wurden diejenigen Fälle ohne wesentliche körperliche Krankheit oder psychische Störung gezählt. Hier soll lediglich auf die Gegenüberstellung der somatischen vs. psychopathologischen Hintergründe der Suizide hingewiesen werden, die sich in einer Vierfeldertafel vergleichen lassen (►Tab. 3).

In der kritischen Diskussion der Suizidbeihilfe wird immer wieder die Forderung

nach vorrangiger Therapie erhoben. Zur Ergänzung zu diesem Aspekt werden die Zeiten psychiatrischer bzw. Psychotherapie (ohne Differenzierung) bei den maßgeblichen somatischen/psychopathologischen/Altersbegründungen (►Tab. 2) aufgeführt (Gesuche mit kombinierten körperlich/psychisch/altersbedingten Begründungen unberücksichtigt) (►Tab. 4).

Diskussion

Bei der Betrachtung der Vergleiche zwischen einsamen und assistierten Suiziden ist zu bedenken, dass es sich, abgesehen von den Zahlen des Statistischen Bundesamtes, nicht um exakt vergleichbare Zahlen handelt. Die Ergebnisse sind daher als erste Hinweise bei der aufgeworfenen Fragestellung anzusehen. In diesem Sinne sollen einige Interpretationsmöglichkeiten diskutiert werden.

Bei den Planungszeiten vor einem Suizid findet sich ein eklatanter Unterschied, der sich zwanglos aus der Unterschiedlichkeit der Ausgangssituationen erklärt. Bei den einsamen Suiziden wurden kurze „Bedenkzeiten“ bzw. „Entschlusszeiten“ berichtet. Bei den assistierten Suiziden ergibt sich bis zu der immer als existenziell erlebten Entscheidung eine längere Vorüberlegungszeit bis zur Mitgliedschaft in einem Verein. Danach ist zur Erfüllung der formalen Anforderungen meist eine längere Vorbereitungszeit notwendig. Kürzere Planungszeiten finden sich naturgemäß bei fortgeschrittenen körperlichen Erkrankungen, zum Teil sehr lange Vorüberlegungs- und konkrete Planungszeiten bei den psychischen Störungen oder in hohem Alter.

Einen in seiner Deutlichkeit unerwarteten Befund ergibt die Altersverteilung: Die einsamen Suizide zeigen ein deutliches Überwiegen bis zur 7. Lebensdekade, die assistierten Suizide ein ebenso deutliches Überwiegen jenseits des 70. Lebensjahres. Dieser Befund kann am ehesten in Zusammenhang mit der Darstellung der Suizidhintergründe in den forensischen Statistiken weiter diskutiert werden.

Bezüglich der Geschlechterverteilung finden sich nahezu inverse Verhältnisse. Für diesen Befund kann ergänzend der Partnerschaftsstatus betrachtet werden:

Abb. 2

Vergleich der Altersverteilungen bei den einsamen (19) und assistierten Suiziden (n = 261); (χ^2 : $p < 0,001$)

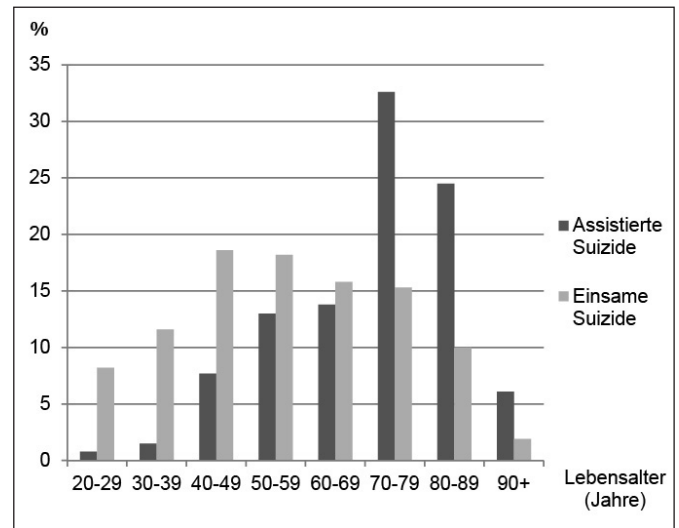


Abb. 3

Geschlechterverhältnis bei den einsamen (19) und assistierten Suiziden (n = 261)

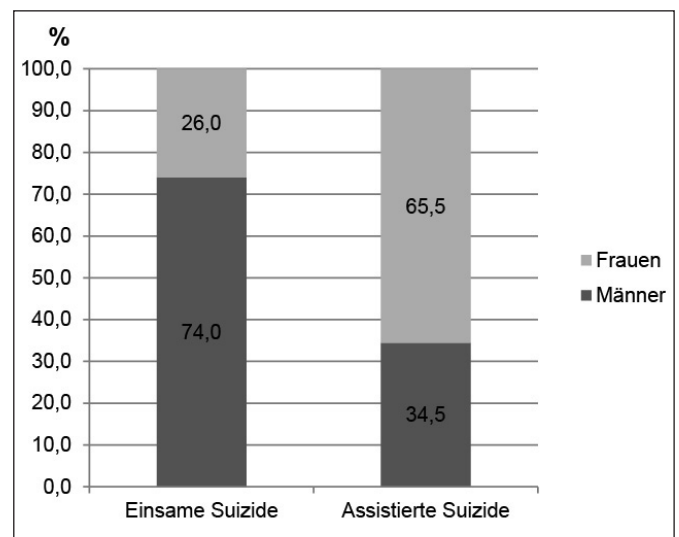
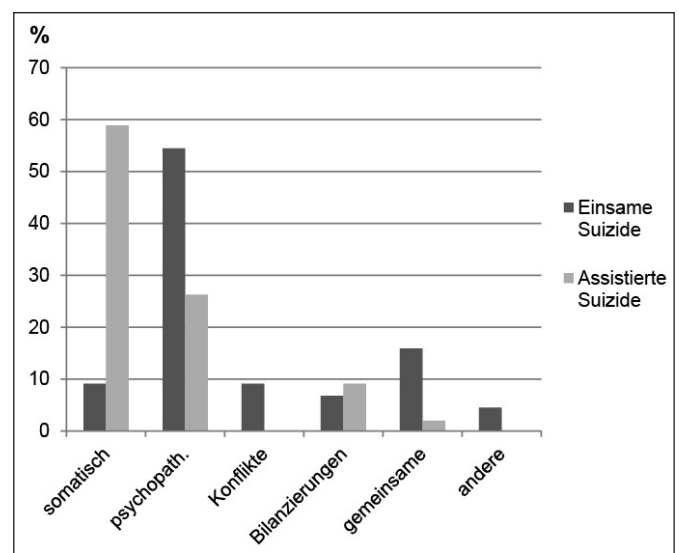


Abb. 4

Die Hintergründe bzw. Begründungen bei einsamen (4) und den assistierten Suiziden (n = 261)



Tab. 3 Vergleich der zugrunde liegenden somatischen Krankheiten und psychischen Störungen bei einsamen vs. assistierten Suiziden (χ^2 : $p < 0,001$)

	Somatische Krankheiten	Psychopathologische Störungen
einsame Suizide (n)	4	24
assistierte Suizide (n)	147	38

Männer leben relativ häufiger in einer festen Beziehung; bei meist schwerem Leiden finden sich ihre Frauen mit dem für sie nachvollziehbaren Sterbewunsch ab. Frauen stehen relativ häufiger allein, sodass der Verlust des Ehepartners nach oft sehr langer Ehe oder/und eine Vereinsamung für die Lebensbeendigungsabsicht von Bedeutung sind. Eine von außen heranzutragende, auf Resozialisierung zielende Therapie wird mit der Begründung des nach sehr guter Ehe nicht zu ersetzenden Verlustes oft erstaunlich nachdrücklich abgelehnt.

Bei den Hintergründen bzw. Begründungen von einsamen bzw. assistierten Suiziden erscheinen die Unterschiede bei näherer Betrachtung offensichtlich erklärlich. Neben uni- und bipolaren (episodischen) Depressionen und den Schizophrenien spielen bei den einsamen Suiziden in jüngerem Alter Entwicklungskrisen und im mittleren Alter Beziehungskonflikte eine wesentliche Rolle (6); erstere werden in der Begutachtung von Beihilfesuchen sehr selten, letztere überhaupt nicht beobachtet, weil sich diese Menschen nicht an eine Organisation wenden. Bratzke differenziert in seiner Statistik ferner gemeinsame von erweiterten Suiziden. Ausschließlich erstere werden unter den mit Beihilfe ausgeführten Suiziden bei Ehe- oder Lebenspartner-

schaften (6 Paare) beobachtet. Demnach ist nur das inverse Verhältnis von die Suizidabsicht begründenden somatischen und psychopathologischen Erkrankungen bzw. Störungen bemerkenswert.

Insbesondere von Seiten der Suizidprävention gibt es die Forderung nach vorrangiger psychiatrischer bzw. Psychotherapie vor einer Suizidbeihilfe (7, 20). Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei den psychopathologisch begründeten Beihilfesuchen weit überwiegend vieljährige Therapien erfolgt sind, häufig mit der resultierenden klaren Erkenntnis der psychodynamischen Bedingungen verbunden mit der Selbsterfahrung der Unüberwindbarkeit der gestörten Verhaltensmuster sowie der begrenzten Effektivität der erfolgten Therapien. Daraus resultiert eine realistische Trauer und nüchtern bilanzierte Resignation. In der Begutachtung ist es nicht möglich, die Qualität der erfolgten Therapien angemessen einzuschätzen. Das subjektive Urteil der Suizidäre hierüber war unterschiedlich. Nur in einem sehr kleinen Teil der Fälle war es möglich, überzeugend für einen nochmaligen Therapieversuch zu werben. Unbefriedigend sind die nach Beratung in Richtung einer Therapie dauerhaften Therapieverweigerungen und nach Ablehnung einer Beihilfe später folgende einzelne einsame Suizide.

Bei den deutlichen Unterschieden zwischen den Hintergründen und Begründungen von einsamen und assistierten Suiziden sollte berücksichtigt werden, dass Unterschiede zwischen Gruppen aufgezeigt wurden. Beim einzelnen einsam handelnden Suizidenten ebenso wie beim Suizidär finden sich unterschiedliche Kombinationen von Gründen und Motiven (15). Für eine Therapie bei einem Menschen nach Suizidversuch oder für die Beurteilung der Begründetheit eines Beihilfesuchs ist die

Fazit für die Praxis

Die Suizidprophylaxe und -therapie sind in der Psychiatrie und Psychotherapie etablierte Arbeitsfelder. Die professionell begleitete Suizidbeihilfe hat sich in verschiedenen Ländern unterschiedlich in den letzten Jahrzehnten entwickelt und steht deshalb in einem ungeklärten Verhältnis zu Prophylaxe und Therapie. In einer ärztlichen bzw. psychiatrischen Begutachtung vor einer Beihilfe zum Suizid lassen sich die Begründungen und Hintergründe für die Suizidabsicht eingehend untersuchen. In den Vorüberlegungs- und konkreten Planungszeiten, der Altersverteilung, dem Geschlechterverhältnis und in der Häufigkeit begründender Krankheiten finden sich offensichtliche Unterschiede. Für eine wohl noch in der Zukunft liegende, aus hiesiger Sicht sinnvolle und notwendige Kooperation zwischen der Suizidprophylaxe und -therapie und der Suizidbeihilfe finden sich damit beachtenswerte Gesichtspunkte.

differenzierte Analyse der individuellen Konstellation von Bedeutung.

Von Kritikern (7) wird die Gefahr der schiefen Ebene mit möglicher Entstehung eines psychischen oder sozialen Drucks auf ältere oder behinderte Menschen gegen den assistierten Suizid eingebracht. Aus den Gesprächen vor einer Beihilfe ist die suboptimale Altenpflege ein bedrängendes Problem. Eine gründliche, psychiatrisch wie medizinisch fundierte Untersuchung stellt den bestmöglichen Schutz vor etwaigem fremdmotiviertem Druck dar. Die denkbare Gefahr der schiefen Ebene darf auf der anderen Seite nicht – wie mit dem §217 StGB bewirkt – mangels realistischer Beihilfemöglichkeit zu einem Überlebens- und Erleidenszwang gegen den ausdrücklichen Selbstbestimmungswillen führen. In diesem ethischen Konflikt werden andere Sicherungen gefunden werden müssen.

Interessenkonflikt

Dem Autor sind im vorliegenden Zusammenhang mögliche Interessenkonflikte nicht erkennbar.

	Häufigkeit (%)	Dauer (Jahre)
Somatische Krankheiten n = 296, mittleres Alter: 71 ± 13,8 Jahre	26,7	5 ± 7,1
Psychische Störungen n = 130, mittleres Alter: 57 ± 16,5 Jahre	78,5	12 ± 11,6
Alter mit geringen Krankheiten/Störungen n = 50, mittleres Alter: 79 ± 10,0 Jahre	26,0	5 ± 7,7

Tab. 4 Zeiten psychiatrischer bzw. Psychotherapie bei den unterschiedlichen Begründungen (ohne Differenzierung ambulant/stationär, psychiatrisch/psychotherapeutisch).

Literatur

1. Amery J. Hand an sich legen: Diskurs über den Freitod. Stuttgart: Klett 1976.
2. Arsenaull-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 37.
3. Björkenstam C, Edberg A, Ayoubi S, Rosén M. Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? *Scand J Public Health* 2005; 33: 208–14.
4. Bratzke H. Der vollendete Suizid aus der Sicht der Rechtsmedizin. In: Wolfslast G, Schmidt KW (Hrsg.): Suizid und Suizidversuch – Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag. München: Beck 2005; 207–216.
5. Felber W, Wolfersdorf M. Sind Suizidprophylaxe und Sterbehilfe miteinander vereinbar? – Statement des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention. *Suizidprophylaxe* 1997; 92: 109–113.
6. Graham C, Burvill PW. A study of coroner's records of suicide in young people, 1986–88 in Western Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 1992; 26: 30–39.
7. Hohendorf G, Bruns F. Organisierte Suizidbeihilfe und ärztlich assistierter Suizid – Eine ethische Perspektive. *Nervenheilkunde* 2015; 34: 436–40.
8. Linden KJ. Der Suizidversuch – Versuch einer Situationsanalyse. Stuttgart: Enke 1969.
9. Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26: 4731–38.
10. Pohlmeier H. Selbstmordverhütung – Zur Ethik von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung. In: Hinrichsen K, Sass HM, Viefhues H (Hrsg.). „Medizinethische Materialien“ Ruhr-Universität Bochum 1994; 96: 18.
11. Pohlmeier H. Wann wird Selbstmordverhütung notwendig? In: Pohlmeier H (Hrsg.). Selbstmordverhütung – Anmaßung oder Verpflichtung. Bonn: Parerga 1994; 29–52.
12. Pohlmeier H. Freiverantwortlichkeit des Suizids aus medizinisch-psychologischer Sicht. In: Pohlmeier H, Schöch H, Venzlaff U (Hrsg.). Suizid zwischen Medizin und Recht. Stuttgart: Fischer 1996; 33–51.
13. Quan H, Arboleda-Flórez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ. Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 190–97.
14. Rippe KP, Schwarzenegger Ch, Bosshard G, Kiese-wetter M. Urteilsfähigkeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe. *SJZ* 2005; 101: 53–91.
15. Spittler JF. Argumente, Gründe und Motive auf dem Weg in einen assistierten Suizid. *Nervenheilkunde* 2006; 25: 855–60.
16. Spittler JF. Das geplante Verbot organisierter Sterbehilfe aus ärztlich-psychiatrischer Sicht. In: Benzin T (Hrsg.). Der Ausklang – Leitfaden für Selbstbestimmung am Lebensende. Norderstedt: Books on Demand 2015; 41–76.
17. Spittler JF. Selbstbestimmung und psychische Störung bei Suizid-Beihilfe-Ansinnen. *Nervenheilkunde* 2015; 34: 1026–31.
18. Spittler JF. Urteilsfähigkeit und Selbstbestimmung bei psychischer Störung und Suizid-Beihilfe-Ansinnen. *Schweiz Ärztezeitung* 16.3.2016; 435–437.
19. Statistisches Bundesamt (DESTATIS). Todesursachenstatistik „Selbstbeschädigung“ 2001–2014. GENESIS, Mitteilung vom 18.12.2015.
20. Wolfersdorf M. Suizidalität. *Nervenarzt* 2008; 79: 1319–36.
21. Hartog G den. Two kinds of suicide. *Bioethics* 2016; 30: 672–680.

Anzeige

