UMM
UNIVERSITÄTSMEDIZIN
MANNHEIM

Medizinische Fakultät Mannheim
der Universität Heidelberg

Universitätsklinikum Mannheim

1. Fachtagung

3. November 2021 in Ludwigshafen

SeniorInnen
DBSH
Deutscher Berufsverband
für Soziale Arbeit e.V.

Suizidalität im höheren Lebensalter

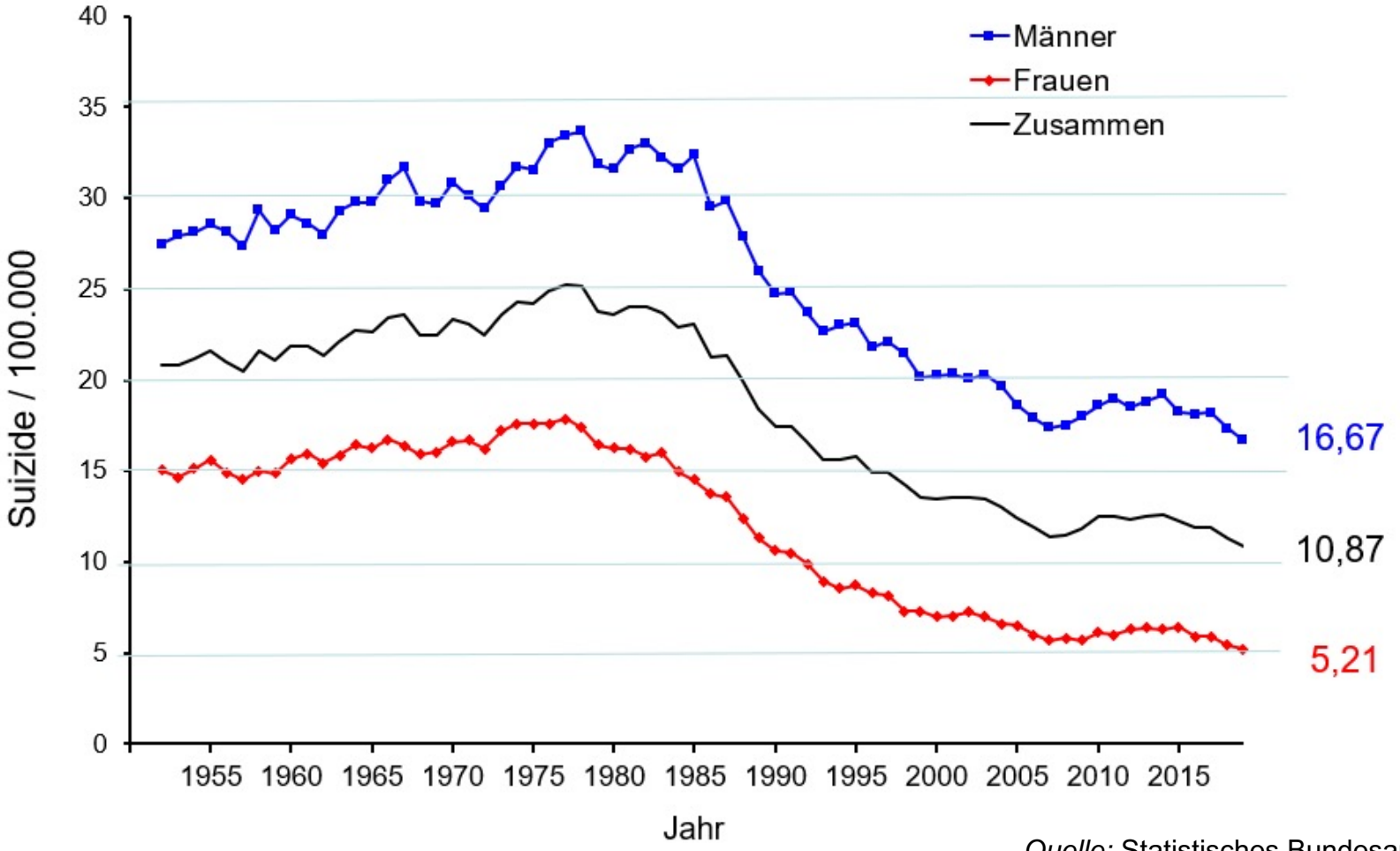
Uwe Sperling

IV. Medizinische Klinik, Geriatrisches Zentrum Mannheim

AG „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland NaSPro

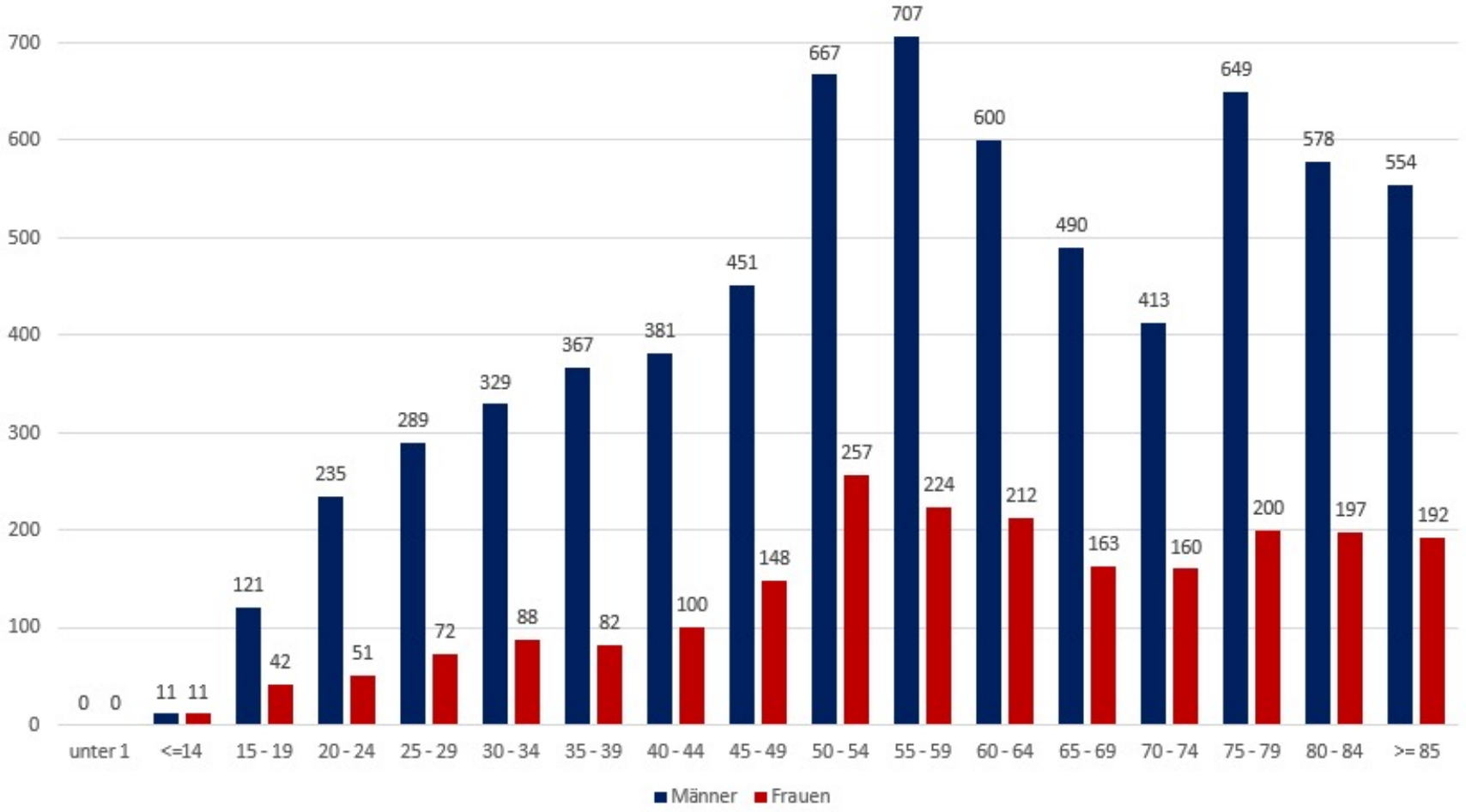
Nationales
Suizid Präventions
Programm

Suizidraten in Deutschland 1950-2019



Quelle: Statistisches Bundesamt (2021)

Anzahl der Suizide in den Altersgruppen, Deutschland 2019



Quelle: Statistisches Bundesamt (2021)

Suizidalität im höheren Lebensalter

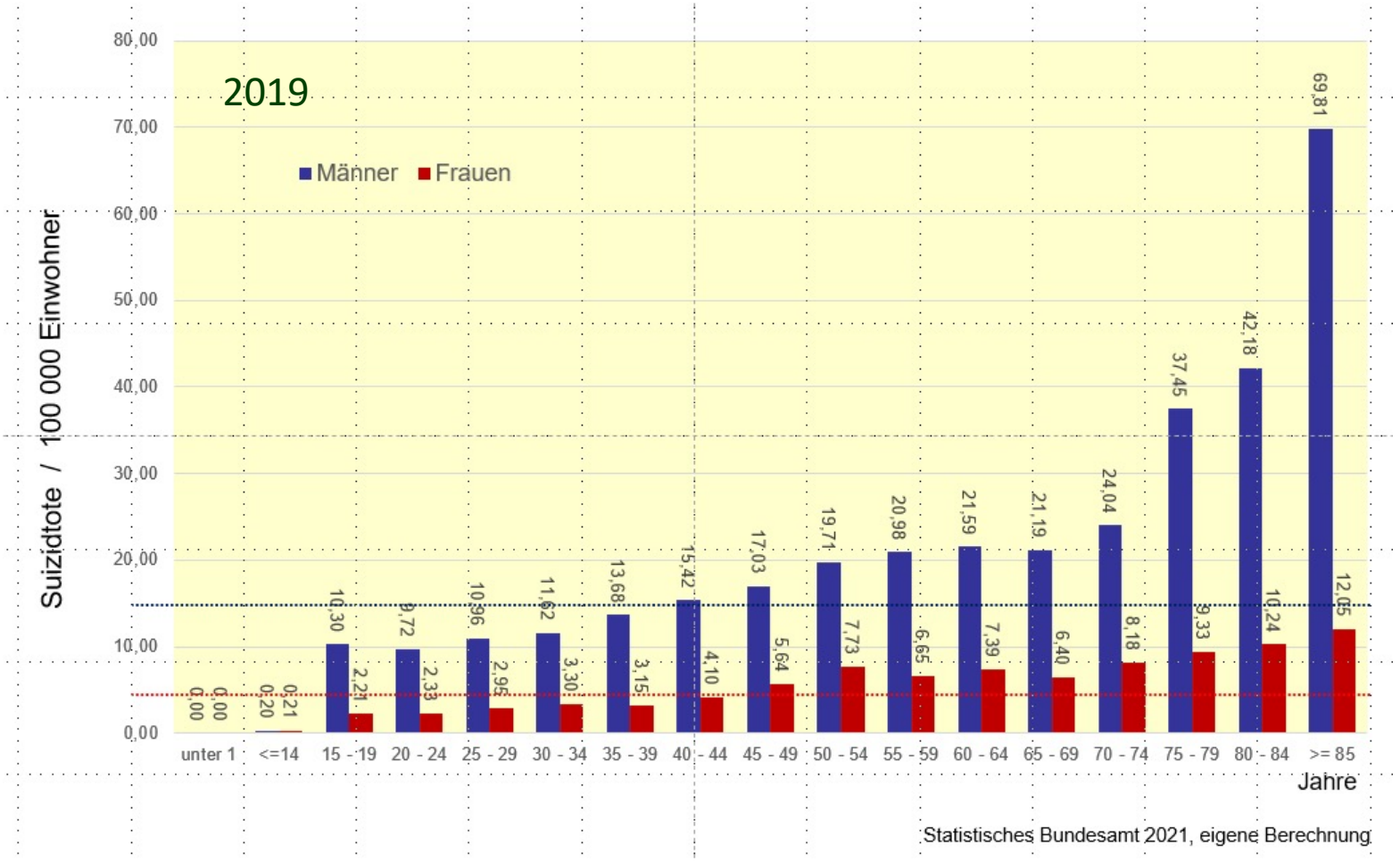
„Der Suizid trägt die Handschrift des Alters“

2019	Suizide		Suizidraten	
	Bevölkerung *83 166 711*	**davon 65+** *18 090 682 (21,8%)*	**Bevölkerung**	**davon 65+**
Gesamt	**9041**	**3596** (39,4%)	**10,87**	**19,87**
Männer	**6842**	**2684** (39,2%)	**16,67**	**33.85**
Frauen	**2199**	**912** (41,5%)	**5,21**	**8,97**

** Suizide pro 100 000 Einwohner. Statistisches Bundesamt 2021, eigene Berechnungen*

Suizidalität im höheren Lebensalter

„Der Suizid trägt die Handschrift des Alters“



Suizidalität im höheren Lebensalter

„Der Suizid trägt die Handschrift des Alters“

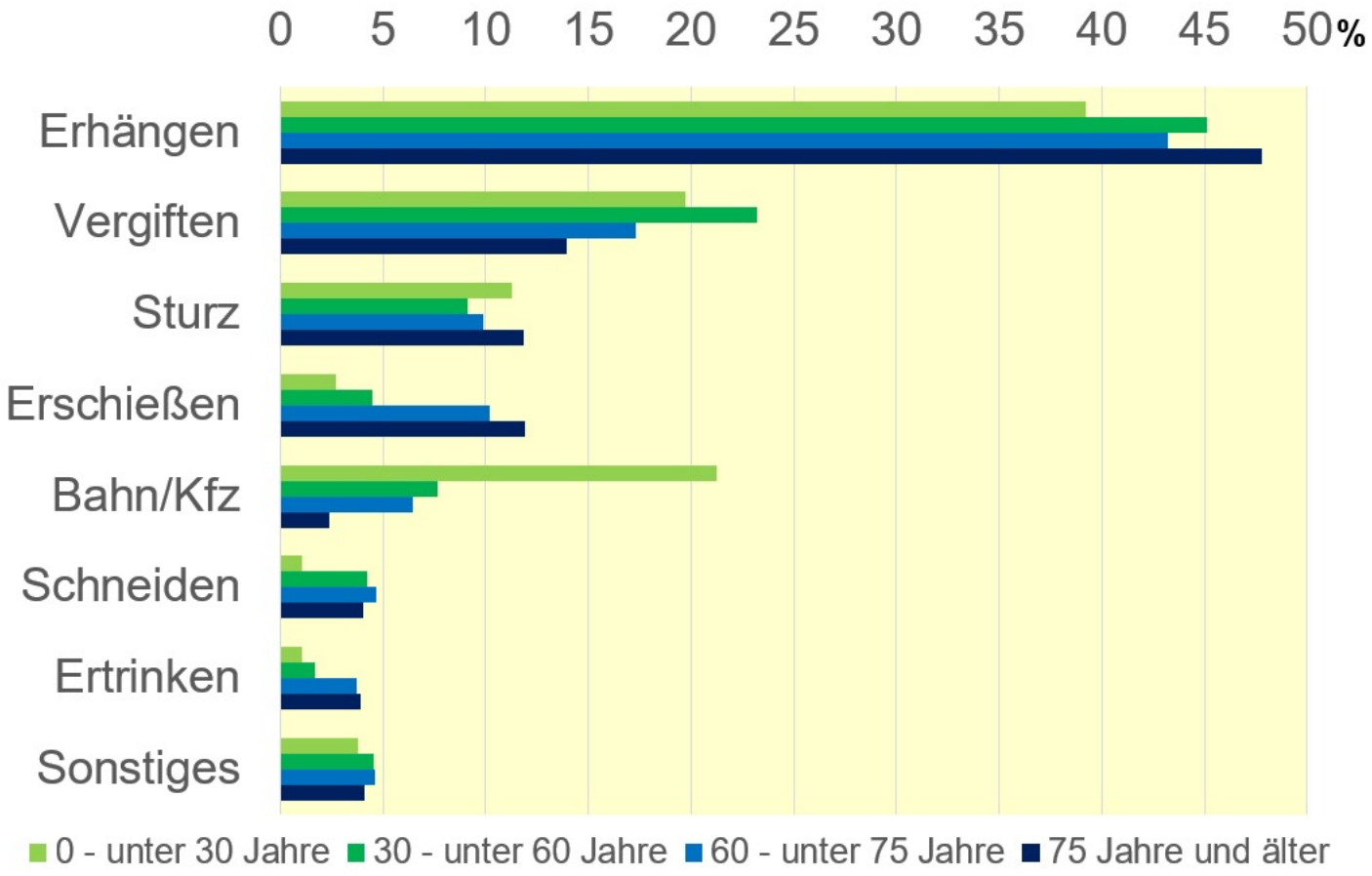
2019	Suizide		Suizidraten	
	Bevölkerung *83 166 711*	**davon 65+** *18 090 682 (21,8%)*	**Bevölkerung**	**davon 65+**
Gesamt	**9041**	**3596** (39,4%)	**10,87**	**19,87**
Männer	**6842**	**2684** (39,2%)	**16,67**	**33,85**
Frauen	**2199**	**912** (41,5%)	**5,21**	**8,97**

** Suizide pro 100 000 Einwohner. Statistisches Bundesamt 2021, eigene Berechnungen*

Suizidversuchsrate: 1,7 (Männer) bzw. 3,2 (Frauen) Suizidversuche pro Suizid
(Altersgruppe 60+, Schmidtke et al. 2009)

Suizidalität im höheren Lebensalter

Suizidmethoden (2015)



Quelle: Statistisches Bundesamt (2017)

Definitionen

Suizid
Der Akt der vorsätzlichen Selbsttötung (WHO, 2014)

Suizidhandlung mit unmittelbar oder mittelbar tödlichem Ausgang.
(nach Stengel, 1972)

Suizidhandlung
jeder Akt freiwilliger Selbstzerstörung, bei welchem die betreffende Person nicht sicher ist, zu überleben. (nach Stengel, 1972)

Suizidalität
umfasst das Potenzial aller seelischen Kräfte und Funktionen, das auf Selbstvernichtung tendiert. (nach Haenel und Poeldinger, 1986)

Definitionen

Suizidalität

Summe aller Denk- und Verhaltensweisen

von Menschen / Gruppen von Menschen,

die in Gedanken / durch aktives Handeln /
durch Handelnlassen / durch Unterlassen

den eigenen Tod anstreben / als möglichen Ausgang in Kauf nehmen

(nach Wolfersdorf 2007)

Suizidalität („Kontinuitätsmodell“)

Wunsch nach Ruhe, Pause, Unterbrechung im Leben

Wunsch tot zu sein

Suizidgedanken

Suizidabsicht

Suizidhandlung

eher passive Suizidalität

zunehmender Handlungsdruck

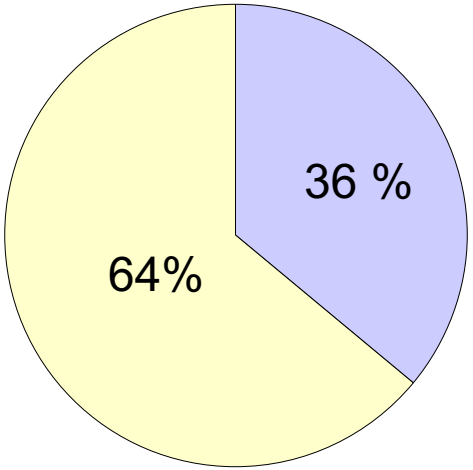
eher aktive Suizidalität

Nach Woflersdorf, 2000

Häufigkeit von Todeswünschen/Suizidalität (Screening)

Screening negativ:

Im letzten halben Jahr
kein Wunsch tot zu sein,
keine Suizidgedanken,
-pläne oder -versuch



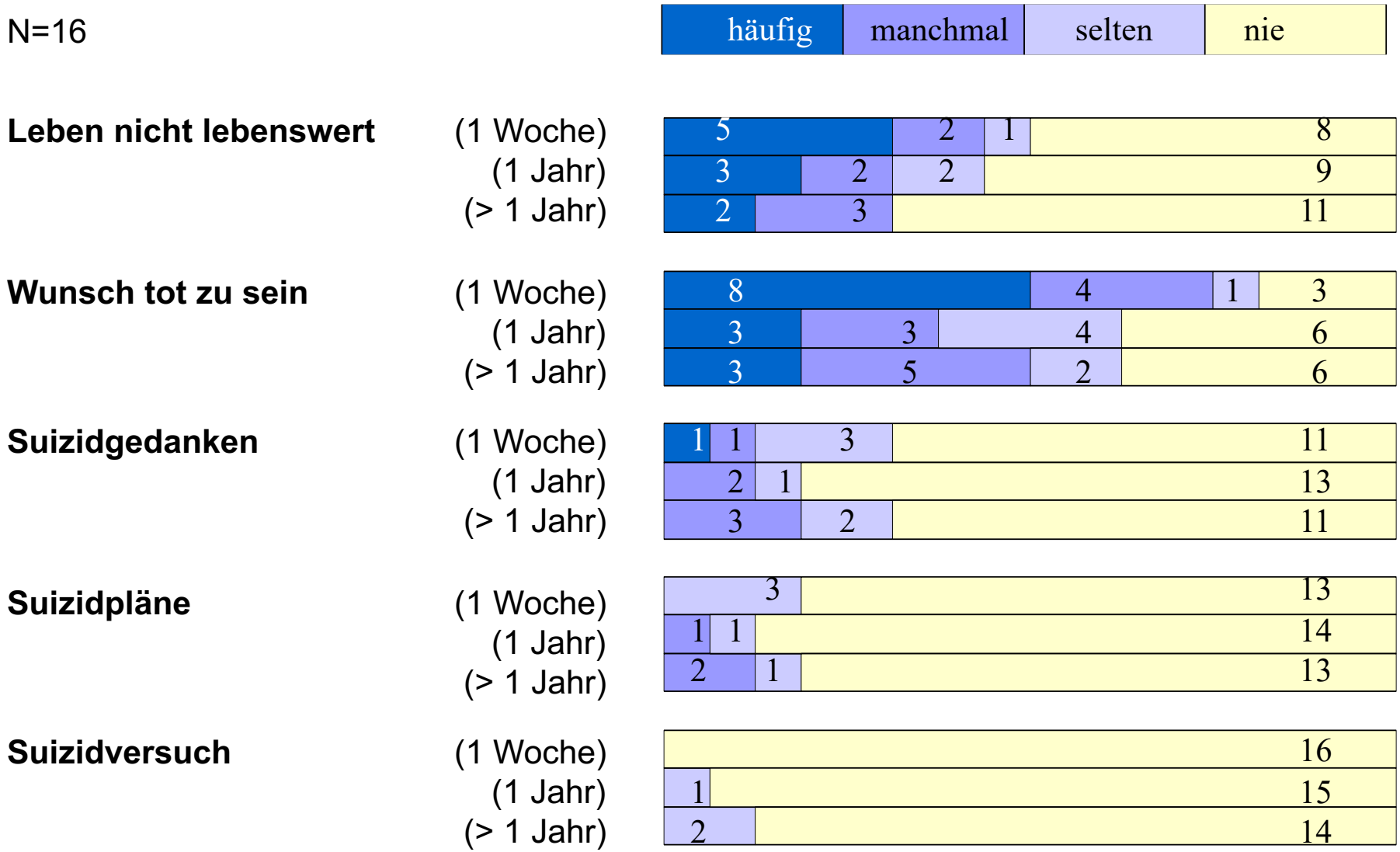
Screening positiv:

Wunsch tot zu sein,
Suizidgedanken,
-pläne oder -versuch
im letzten halben Jahr

n=138 Patienten einer geriatrischen Akutklinik

Sperling et al. (2009)

Todeswunsch/Suizidalität in der Fallgruppe (Interview)



Was gibt es da zu sprechen ….

- Umgang mit Verlusten und Krankheit
- Verwitwung
- Lebenssinn
- Interessen
- (Verdacht) auf Depression
- Biografische Erfahrungen: Ressource oder Belastung?
- Zukunftsperspektive
- Schmerzen
- Alles verpasst
- Körperbild
- Angst vor Siechtum
- Kriegserinnerungen und Kriegsfolgen
- Suizid im persönlichen Umfeld
- Ausgebranntsein
- Aggression
- Probleme aufgrund der medizinischen Behandlung
- Spannungen in der eigenen Familie
- Gesprächsabbruch
- Das Schöne im Leben (auch gegenwärtig)
- Belastungen durch die Gesundheitssituation und durch die Behandlung
- Paradiesesvorstellungen
- (Leichte) kognitive Beeinträchtigung
- Spirituelle Themen
- Sohn/Tochter-Eltern-Konflikt

Stabilität vs. Veränderung von Todeswunsch/Suizidalität nach 1 Woche

Fallgruppe (n=16)

	Leben nicht lebenswert	Wunsch tot zu sein	Suizidgedanken	Suizidpläne
09	nein	ja	ja	ja
03	ja	↑	↑	nein
05	ja	ja	nein	nein
11	ja	ja	nein	nein
15	ja	ja	nein	nein
07	nein	ja	nein	nein
16	ja	ja	↓	nein
12	ja	ja	↓	nein
13	nein	↑	↓	nein
01	ja	↓	nein	↓
04	↑	↓	nein	nein
14	↓	↓	↓	↓
02	↓	nein	nein	nein
06	.	.	.	.
08	.	.	.	.
10	.	.	.	.

Kontrollgruppe (n=21)

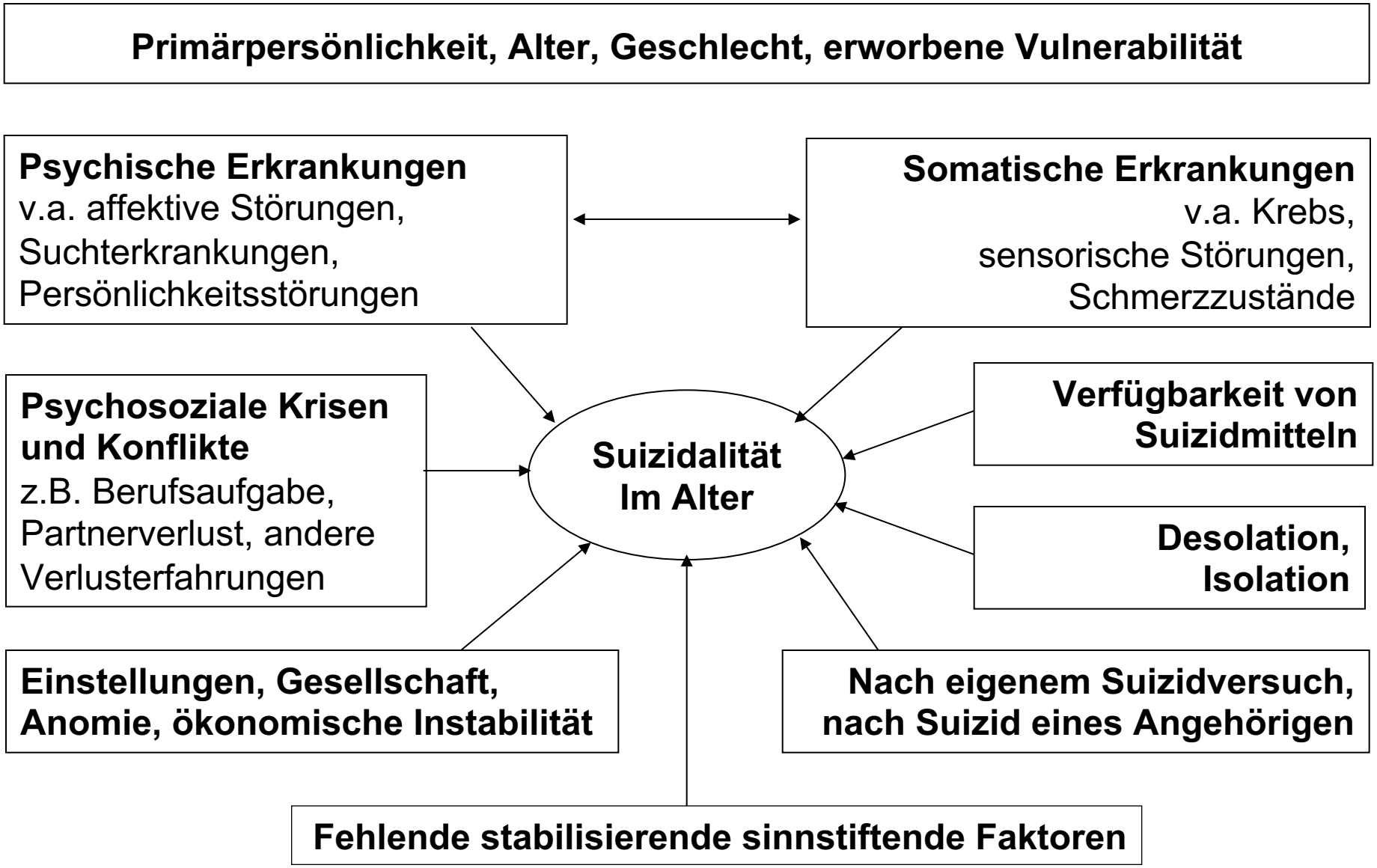
Leben nicht lebenswert	Wunsch tot zu sein	Suizidgedanken	Suizidpläne	Anzahl
nein	nein	nein	nein	19
nein	↑	nein	nein	1
↓	nein	nein	nein	1

ja	stabil: ja
↑	Veränderung: nein (T1) → ja (T2)
nein	stabil: nein
↓	Veränderung: ja (T1) → nein (T2)
.	Missing (keine Daten zu T2)

Gründe für geringe Beachtung der Alterssuizidalität

- Suizid seltene Todesursache
- Dominanz anderer Altersprobleme
- Negatives Altersbild
- Höhere Akzeptanz des Suizids im Alter
- Geringe Nutzung von Hilfeeinrichtungen

Einflussfaktoren für Suizidalität im Alter



Erkrankungen bei älteren Suizidopfern

Psychische Krankheiten	
Affektive Störungen, insbesondere Depression	23 – 83%
Alkohol- und Substanzmissbrauch/ -abhängigkeit	4 – 44%
Schizophrenie und andere psychotische Störungen	0 – 8%
Demenz	0 – 14%
Körperliche Krankheiten	
Maligne Tumorerkrankungen	2 – 21%
Schmerzsyndrome	31 – 94%
Sensorische Störungen	6 – 32%
Schlaganfall	11 – 30%

Schutzfaktoren vor Suizidalität im Alter

- Psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz)
- Kohärenzgefühl (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit des eigenen Daseins)
- Anpassungsbereitschaft
- Soziale Einbindung und emotionale Unterstützung
- Sinnstiftender Wertehorizont (Spiritualität u. a.)
- Frühzeitige Beschäftigung mit Risiken und Chancen des Älter- und Altwerdens (Antizipation)
- Einstellungswandel zum Alter, Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens und zunehmender Autonomieeinbußen
- Inanspruchnahme von Beratung und Vorsorge

Herausforderungen im Alter

- Anerkennung unvermeidbarer Verluste und Veränderungen
  - Tod von Angehörigen
  - Trennung
  - Verlust von Aspekten der eigenen Person
    - Selbstkonzept
    - Körperliche Erscheinung und Funktion
    - Soziale Bedeutung und Möglichkeiten
    - Psychische Fähigkeiten
- Individuelle Erlebnisverarbeitung
  - Verluste
  - Kränkungen des Selbstgefühls
  - Einschränkungen

Kränkungen

- Interpersonelle Konflikte in langen Beziehungen
  - In der gleichen Generation, z.B. Ehekonflikte
  - Intergenerationell, z.B. Eltern-Kind-Konflikte
- Bedrohung der weiblichen / männlichen Identität
- Verlust an Einfluss und Macht
- Erleben von Abhängigkeit

Warum sind Kränkungen so schmerzlich?

- Sie berühren Gefühle
  - abhängig zu sein
  - ausgeschlossen zu sein
  - wertlos zu sein
  - sterblich zu sein

Psychodynamik der suizidalen Krise

- In unerträglichen Krisensituationen suchen Suizidale nach „Ruhe, Schmerzfreiheit und Harmonie“
- Der Suizidale wünscht eine Änderung des Lebens, ohne zu wissen wie
- Illusionäre Wunschvorstellungen werden im Tod gesucht
- Durch die suizidale Handlung soll das Unerträgliche in paradiesischen Frieden verwandelt werden

Gute Erfahrungen mit wichtigen Personen des Lebens und ein entsprechend sicheres Selbstwertgefühl ermöglichen das Ertragen von Verlusten und äußerer Abhängigkeit

Wie erkenne ich suizidale Tendenzen bei älteren Menschen ?

- An Suizidalität denken und danach fragen
- Geäußerte Probleme ernst nehmen
  - Lebensüberdruss
  - „Gedenktage“
  - Wiedervereinigungswünsche
- Verhaltensauffälligkeiten
  - Endgültige Regelung von Angelegenheiten, Verschenken von Wertgegenständen, Testament
  - Sammeln von Suizidmitteln
  - Verweigerung der Nahrungsaufnahme
  - Verweigerung medizinischer Maßnahmen
- Risikofaktoren beachten
  - An die Möglichkeit einer psychiatrischen Erkrankung denken
  - Substanzmissbrauch ernst nehmen (v.a. Alkohol)
- Eigene Gefühle und Wahrnehmungen ernst nehmen

Suizidprävention Deutschland

Aktueller Stand und Perspektiven

Herausgeberinnen & Herausgeber:

Barbara Schneider, Reinhard Lindner, Ina Giegling, Sina Müller, Hannah Müller-Pein, Dan Rujescu, Barbara Urban, Georg Fiedler

In Zusammenarbeit mit:

Hellmuth Braun-Scharm, Sabine Fink, Karoline Lukaschek, Klaus Maria Perrar, Paul Plener, Frank Schwab, Uwe Sperling, Raymond Voltz, Birgit Wagner, Manfred Wolfersdorf

Projektdaten:

- Laufzeit 2017-2020/21
- Gefördert vom BMG aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages (Drs. 18/12782)
- Förderbetrag ca. 300 000 EUR
- 63 Haupt- und 14 Co-Autor*innen
- Internationaler Wissenschaftlicher Beirat
- 967 Einzelpersonen, Unternehmen und Institutionen nahmen an Befragungen teil
- Projektabschlusstagung am 3.09.2021 in Berlin und online

Suizidprävention Deutschland
Aktueller Stand und Perspektiven

Ein Projekt der Deutsche Akademie für Suizidprävention

Auf Initiative und in Kooperation mit Nationales Suizid Präventions Programm

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Suizidprävention Deutschland

Aktueller Stand und Perspektiven

Herausgeberinnen & Herausgeber:

Barbara Schneider, Reinhard Lindner, Ina Giegling, Sina Müller, Hannah Müller-Pein, Dan Rujescu, Barbara Urban, Georg Fiedler

In Zusammenarbeit mit:

Hellmuth Braun-Scharm, Sabine Fink, Karoline Lukaschek, Klaus Maria Perrar, Paul Plener, Frank Schwab, Uwe Sperling, Raymond Voltz, Birgit Wagner, Manfred Wolfersdorf

Im Projekt arbeiteten acht Teilprojektgruppen:

- Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln
- Suizidprävention in den Medien und Öffentlichkeitsarbeit
- Suizidprävention in der Kindheit und Jugend
- Suizidprävention im beruflichen Umfeld
- Suizidprävention für alte Menschen
- Suizidprävention in der medizinischen Versorgung
- Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung
- Niedrigschwellige Suizidprävention

https://www.suizidpraevention.de/
https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf

Suizidprävention Deutschland

Aktueller Stand und Perspektiven

Herausgeberinnen & Herausgeber:

Barbara Schneider, Reinhard Lindner, Ina Giegling, Sina Müller, Hannah Müller-Pein, Dan Rujescu, Barbara Urban, Georg Fiedler

In Zusammenarbeit mit:

Hellmuth Braun-Scharm, Sabine Fink, Karoline Lukaschek, Klaus Maria Perrar, Paul Plener, Frank Schwab, Uwe Sperling, Raymond Voltz, Birgit Wagner, Manfred Wolfersdorf

Im Projekt wurden folgende Fragestellungen bearbeitet:

1. Wie ist der aktuelle Stand der Suizidprävention?
2. Welche Hemmnisse stehen der Verbesserung der Suizidprävention entgegen?
3. Welche Maßnahmen wurden bislang ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?
4. Welche Vorschläge gibt es für konkrete Maßnahmen, Handlungsempfehlungen?

https://www.suizidpraevention.de/
https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf

Aktueller Stand

Struktur des deutschen Versorgungssystems für suizidale alte Menschen

Systemebene	ambulant	stationär
A. Krisenintervention	• Krisentelefon/ Telefonseelsorge, Notrufeinrichtungen • (Therapeutische) Kriseninterventionseinrichtungen, Krisenberatungsstellen • Psychiatrische Krisen- und Notfalldienste	• Kriseninterventionsstationen in Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken • Therapiezentren für Suizid-gefährdete
B. Psychosoziale Einrichtungen und Hilfen	• Geronto- und sozialpsychiatrische (Fach-)Dienste/ Beratungsstellen • Ehe-, Familien- und Lebens-beratung, Altenberatungs- und tagesstellen, Seniorenbüros • Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologen, Psychologische Psychotherapeuten, Neurologen	• Psychiatrische und psychosomatische Kliniken, (mit Betreuung suizidaler Menschen), Polikliniken, Institutsambulanzen,
C. Ärztliche und seelsorgliche Hilfen	• Hausärzte, Fachärzte mit und ohne psychotherapeutische Kompetenz • Seelsorger	• Somatische Krankenhäuser (Intensivstationen, Allgemeinstationen, Geriatrie, Chirurgie u.a. Abteilungen mit alten Patienten), psychiatrische Liaisondienste, Hospize
D. Sonstige Hilfeeinrichtungen	• Gesundheitsamt, Polizei, allg. Sozialdienst • Berufsbetreuer • Selbsthilfegruppen (etwa für Verwitwete nach Suiziden) • Besuchsdienste • Home Treatment, ambulante Pflegedienste	• Alten- und Pflegeheime, Seniorenresidenzen
E. Subprofessionelle Ebene	• Ehrenamtliche Helfer und gesetzl. Betreuer • Familie • Informelle Netze • Öffentliche Meinung, Medien	

Drinkmann & Würfflein (2014)

Aktueller Stand

Laufende Aktivitäten zur Suizidprävention in der Altenhilfe

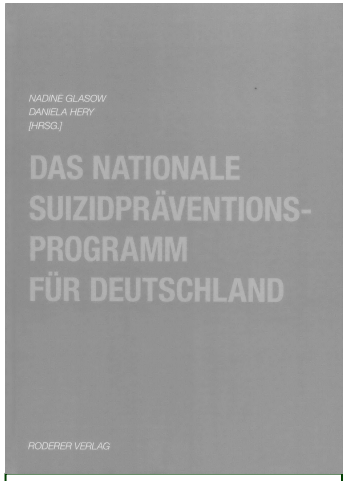
- ***Suizidpräventionsmaßnahmen***
  - ***Universell****: Aufklärung, Prävention psych. Gesundheit, Resilienzförderung*
  - ***Selektiv****: häufiger für depressive, hinterbliebene, einsame Personen; weniger für Männer, Migrantinnen und Migranten*
  - ***Indiziert****: Behandlung suizidaler Personen oder nach Suizidversuch, Krisendienste, Gerontopsychiatrie, Fort- und Weiterbildungsangebote*
- ***Verstärkte Zusammenarbeit*** *bei der Entwicklung von Suizidprävention und Unterstützung für ältere Menschen essentiell*
- *Was fehlt?* ***Lücken im Netz****: niederschwellige flächendeckende Erreichbarkeit, spezifische Suizidprävention (auch außerhalb des Depressionskontextes)*
- *Nur wenige Projekte mit spezifischer Ausrichtung auf suizidale ältere Menschen*

E-Mail-Befragung

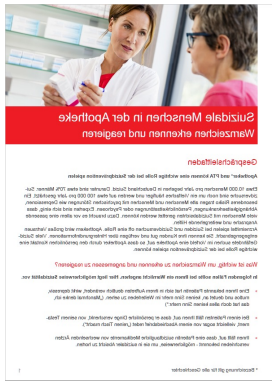
Aktueller Stand

Kontinuierliche Aktivität der AG „Alte Menschen“ im NaSPro seit 2002

- *Entwicklung von Maßnahmen zur Suizidprävention im Alter*
- *Entwicklung von Materialien zum Training im Bereich der Suizidprävention im Alter*
- *Forum zur Kontaktaufnahme mit (möglichen) Akteuren im Bereich der Suizidprävention im Alter*
- *Wissenschaftliche Beratung von Stakeholdern über das Themenfeld des assistierten Suizids*
- *Forschungsaktivitäten zur Suizidprävention bei alten Menschen*



(2016). S. 25-28
Lindner, R., Sperling, U.
AG „Alte Menschen“



Aktueller Stand

Aktuelle Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien und in Deutschland relevante Veröffentlichungen

Zentrale Themen

- *Maßnahmen gegen Vereinsamung und Rückzug*
- *bessere niedrigschwellige Präventionsarbeit in der med. Grundversorgung (Frühwarnzeichen, Hilfsmöglichkeiten)*
- *intensivere Aufklärung in der Gesellschaft (Enttabuisierung, Abbau von Altersdiskriminierung), breite gesellschaftliche Diskussion*
- *Gatekeepertraining*
- *Unterstützung für Angehörige*
- *aufsuchende Präventionsarbeit; Online-Beratung und –Therapie*
- *mehr spezielle Angebote für ältere Menschen*
- *Fokussierung auf Depression zu eng*
- *Intensivierung der Forschung*

Lapierre et al. (2011); Mellqvist-Fässberg 2012, Okolie et al. (2017), Sakashita & Oyama (2019), *Mezuk et al. (2014), Erlangsen et al. (2011), AG „Alte Menschen im NaSPro & DGS (2015), u.a.*

Handlungsempfehlungen

Zentrale Maßnahme

- ***Kontinuierliche finanzielle Förderung***
  des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro)

Vorrangige Maßnahmen

- *Verbesserung der **Erreichbarkeit** von Krisendiensten, Beratung und Psychotherapie für Menschen im höheren und hohen Lebensalter*
- ***Gatekeepertrainings** und Förderung der Kompetenz der Professionellen im Feld der Hilfen für ältere Menschen*
- *Förderung der ambulanten und stationären **Psychotherapie für alte suizidale Menschen***

Weitere Maßnahmen

- *Konkrete Empfehlungen für Maßnahmen der universellen, selektiven und indizierten Suizidprävention*

Handlungsempfehlungen

Weitere Maßnahmen: Konkrete Empfehlungen für Maßnahmen der universellen, selektiven und indizierten Suizidprävention

- *Den **öffentlichen Diskurs** zur Suizidalität im Alter progressiv führen*
- ***Kampf gegen Vereinsamung***
- *Förderung von **Barrierefreiheit***
- *Verstärktes Angebot im Bereich **Gerontopsychiatrie** (ambulant & stationär)*
- *Größere Verbreitung von **Psychotherapie im höheren Lebensalter** (Schulung, Erreichbarkeit, Verfügbarkeit, Entwicklung von Therapien und Evaluation)*
- *Erhöhung der **Kompetenz** des medizinisch-psychologisch-sozialarbeiterischen **Fachpersonals in der Primärversorgung** (Risikoscreening)*

Grundsatz der Straflosigkeit des Suizids und Ausnahmen dieses Grundsatzes

- Selbsttötung ist straflos (cave: strafbare Tötungsdelikte richten sich gegen andere Menschen)
- Teilnahme an der Selbsttötung grundsätzlich straflos
- Außer: wenn Selbsttötungsentschluss unfrei war und ein Dritter dies erkannt oder billigend in Kauf genommen hat
- Für Garanten: Fahrlässige Tötung bei fahrlässiger Verkennung der Unfreiheit, fahrlässiger Schaffung oder Nichtbeseitigung der erkennbaren Gefahr eines nicht frei verantwortlichen Suizids
- Für Nichtgaranten: Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung
- Trotz inzwischen fast allgemeiner grundsätzlicher Anerkennung von Straflosigkeit der Unterstützung eines freiverantwortlichen Suizids rechtliche Beurteilung noch nicht eindeutig

Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (6.11.2015)

§ 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“

BVerwG

Zugang zu einem Betäubungsmittel, das eine schmerzlose Selbsttötung ermöglicht, darf in extremen Ausnahme-situationen nicht verwehrt werden.

Urteil vom 2.3.2017. Pressemitteilung Nr. 11/2017 BVerwG 3 C 19.15

Argumentation:

- Allgemeines Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs 1 GG) umfasst auch das Recht eines schwer und unheilbar kranken Patienten zu entscheiden, wann er sein Leben beenden will.
- Versagungsbescheid des BfArM rechtswidrig.
- BTM-Gesetz: Grundsätzlich nicht möglich, den Erwerb eines BTM zum Zweck der Selbsttötung zu erlauben.
- Im Licht des Selbstbestimmungsrechts (s.o.) ist in Extremfällen eine Ausnahme zu machen (hohe Hürden)
- Dies hätte BfArM prüfen müssen - jetzt nach dem Tod der Patientin nicht mehr möglich. (BfArM: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte)

Bundesverfassungsgericht (BVerfG) Urteil vom 29.2.2020

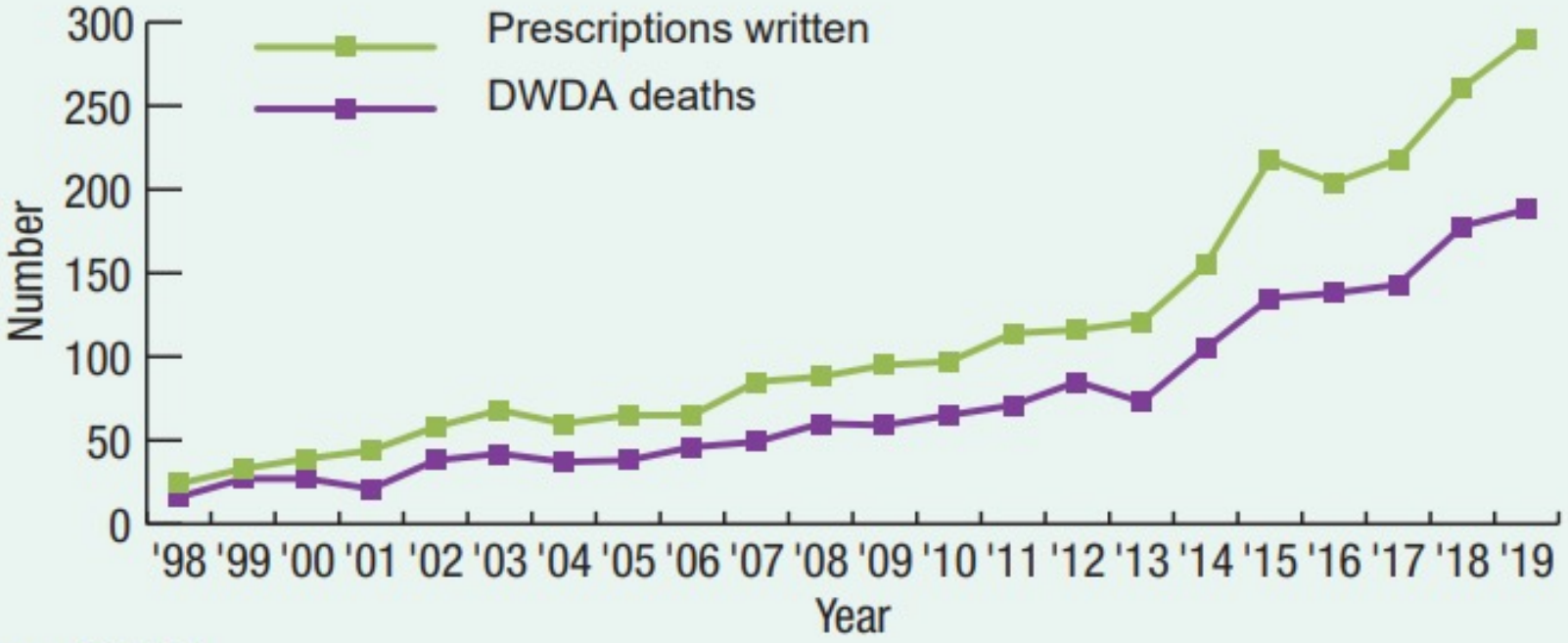
Aus den Leitsätzen zum Urteil

- Allg. Persönlichkeitsrecht (Art.2 GG) umfasst als Ausdruck der persönlichen Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Schließt ein: Freiheit, sich das Leben zu nehmen. Umfasst Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.
- Hoher Rang von Autonomie und Leben: Staatliche Maßnahmen können Grundrechte beeinträchtigen. Aber: Maßstab strikter Verhältnismäßigkeit!
- Wenn die Rechtsordnung bestimmte, für die Autonomie gefährliche Formen der Suizidhilfe unter Strafe stellt, muss sie sicherstellen, dass trotz des Verbots im Einzelfall ein Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe real eröffnet bleibt.
- Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten

Death With Dignitiy Act Oregon (seit 1997)

- Schriftliche Anfrage für ein Medikament, um das eigene Leben zu beenden, zwei Zeugen
- Nur bei terminaler Krankheit nach Konsultation eines Arztes (hohes Alter oder Behinderung sind als Gründe nicht ausreichend)
- Sicherheitsmaßnahmen
  - Pflichten des Arztes
  - Recht die Anfrage zurückzuziehen
  - Wartezeiten
  - Wohnort in Oregon
  - Berichtspflichten

Figure 1: DWDA prescription recipients and deaths*, by year, Oregon, 1998-2019



*As of January 17, 2020

See Table 2 for detailed information

During 2019, the estimated rate of DWDA deaths was 51.9 per 10,000 total deaths.

https://deathwithdignity.org/oregon-death-with-dignity-act-annual-reports/

Oregon: ca. 4,2 Mio. Einwohner. 188 DWDA-Tote (2019). Deutschland: ca. 83 Mio. Einwohner. Fiktive Hochrechnung DWDA-Tote auf Basis der Zahlen von Oregon: 3715)

DWDA, Oregon

Characteristics	2019 (N=188)		2018 (N=178)		1998-2017 (N=1,291)		Total (N=1,657)	
Underlying illness								
Cancer	**128**	**(68.1)**	**114**	**(64.0)**	**1,002**	**(77.6)**	**1,244**	**(75.1)**
Neurological disease	**26**	**(13.8)**	**25**	**(14.0)**	**136**	**(10.5)**	**187**	**(11.3)**
Amyotrophic lateral sclerosis	19	(10.1)	15	(8.4)	102	(7.9)	136	(8.2)
Other neurological disease	7	(3.7)	10	(5.6)	34	(2.6)	51	(3.1)
Respiratory disease [e.g., COPD]	**14**	**(7.4)**	**13**	**(7.3)**	**62**	**(4.8)**	**89**	**(5.4)**
Heart/circulatory disease	**9**	**(4.8)**	**17**	**(9.6)**	**50**	**(3.9)**	**76**	**(4.6)**
Infectious disease [e.g., HIV/AIDS]	**0**	**(0.0)**	**0**	**(0.0)**	**13**	**(1.0)**	**13**	**(0.8)**
Gastrointestinal disease [e.g., liver disease]	**3**	**(1.6)**	**1**	**(0.6)**	**8**	**(0.6)**	**12**	**(0.7)**
Endocrine/metabolic disease [e.g., diabetes]	**2**	**(1.1)**	**2**	**(1.1)**	**9**	**(0.7)**	**13**	**(0.8)**
Other illnesses[3]	**6**	**(3.2)**	**6**	**(3.4)**	**11**	**(0.9)**	**23**	**(1.4)**

https://deathwithdignity.org/oregon-death-with-dignity-act-annual-reports/

KASTEN 1

Schweizweite Regelungen mit Einfluss auf die Suizidbeihilfepraxis über die Zeit

1942 – Strafgesetzbuch Art. 115: Beihilfe zum Suizid ist straffrei, sofern keine selbstsüchtigen Motive der helfenden Person vorliegen.

1951 – Betäubungsmittelgesetz Einsatz des Sterbemittels Natrium-Pentobarbital (NaP)

1982 – Gründung erster Suizidbeihilfeorganisationen

2004 – Medizinisch-ethische Richtlinien für die Ärzteschaft von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

- Erkrankung des Patienten rechtfertigt Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- Urteilsfähigkeit wurde festgestellt (Zivilgesetzbuch Art.16).
- Autonomie, Wohlerwogenheit und Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches liegen vor.

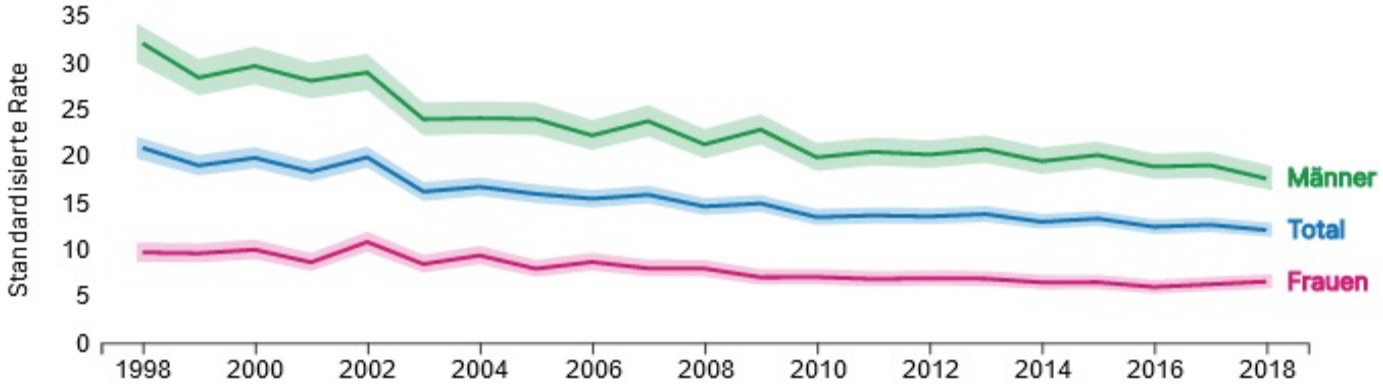
2006 – Bundesgerichtsentscheidung

- persönliche Untersuchung durch einen Arzt
- Prüfung der Urteilsfähigkeit
- Diagnose, Indikationsstellung und Aufklärungsgespräch durch den Arzt
- Suizidbeihilfe bei psychischen Erkrankungen nur mit äußerster Zurückhaltung, fachpsychiatrisches Gutachten zwingend erforderlich

2007 – Strafprozessordnung Art. 253: außergewöhnliche Todesfälle

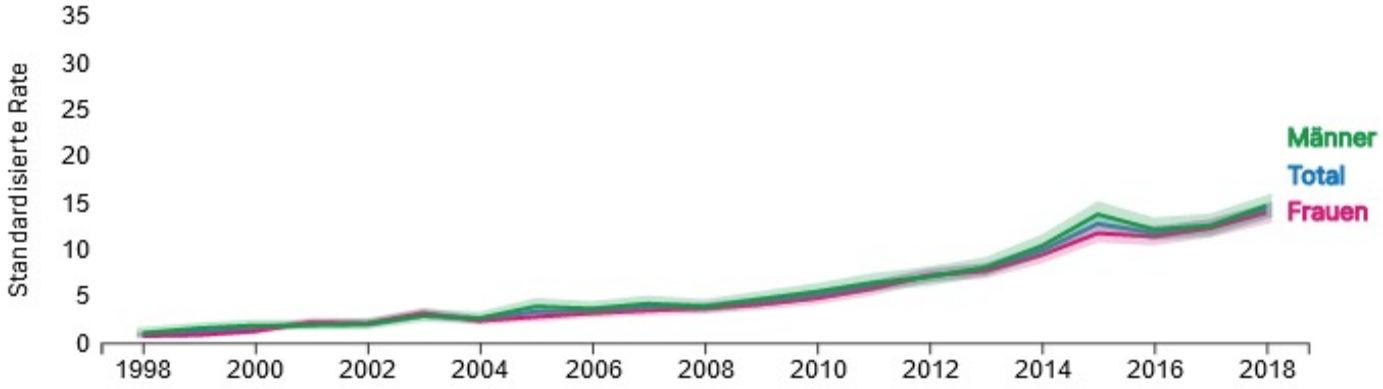
Bartsch C, Landolt K, Ristic A, Reisch T, Ajdacic-Gross V: Assisted suicide in Switzerland—an analysis of death records from Swiss institutes of forensic medicine. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 545–52. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0545

Suizidrate (exkl. Suizidhilfe)



© Obsan 2021

Suizidhilferate



© Obsan 2021

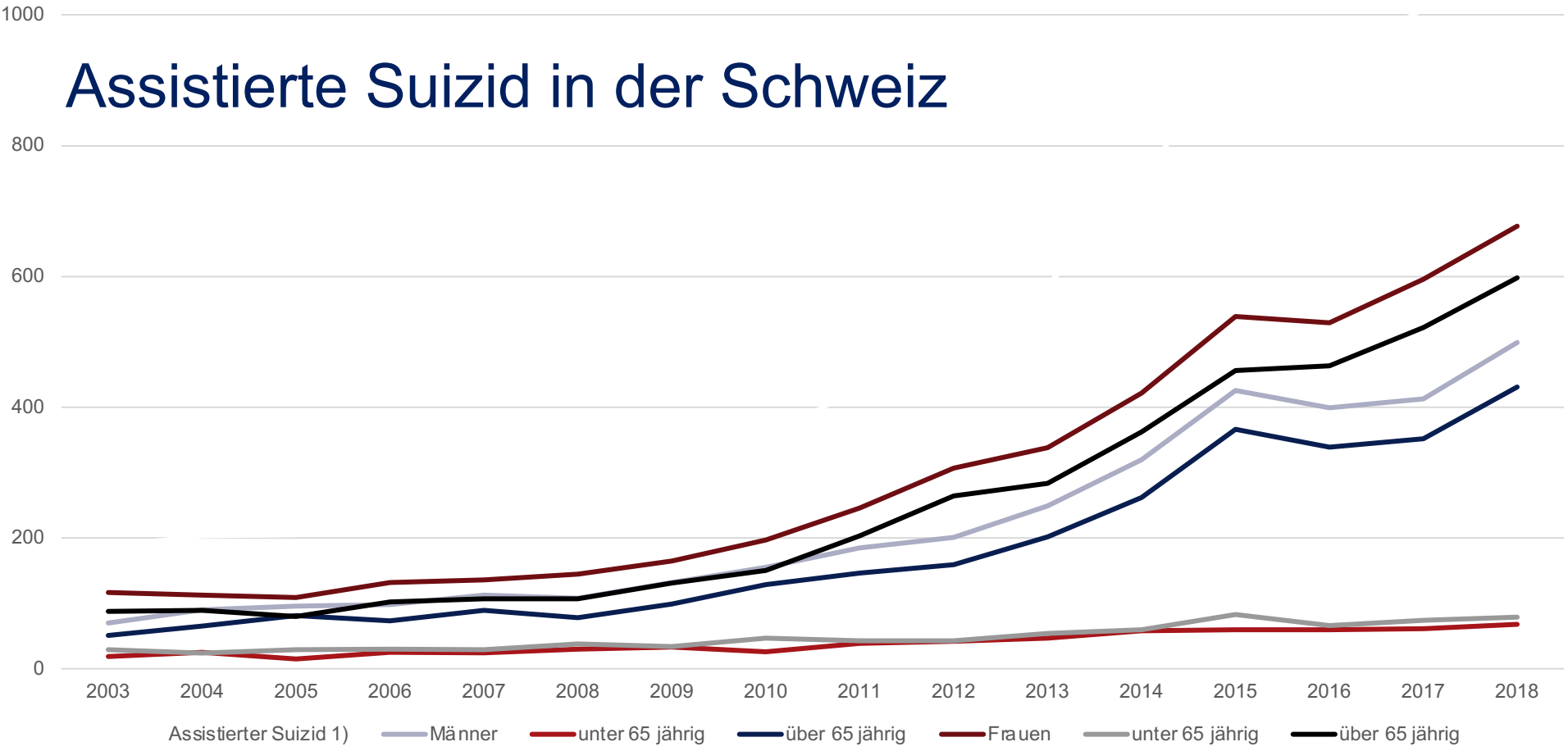
Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen (TU) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

Die Daten sind mit dem 95% Vertrauensintervall dargestellt. Der Bereich innerhalb der Fehlerbalken enthält mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% den tatsächlichen Wert in der Bevölkerung.

Die standardisierten Raten basieren auf der europäischen Standardpopulation 2010.

https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/suizid-und-suizidhilfe

Assistierte Suizid in der Schweiz



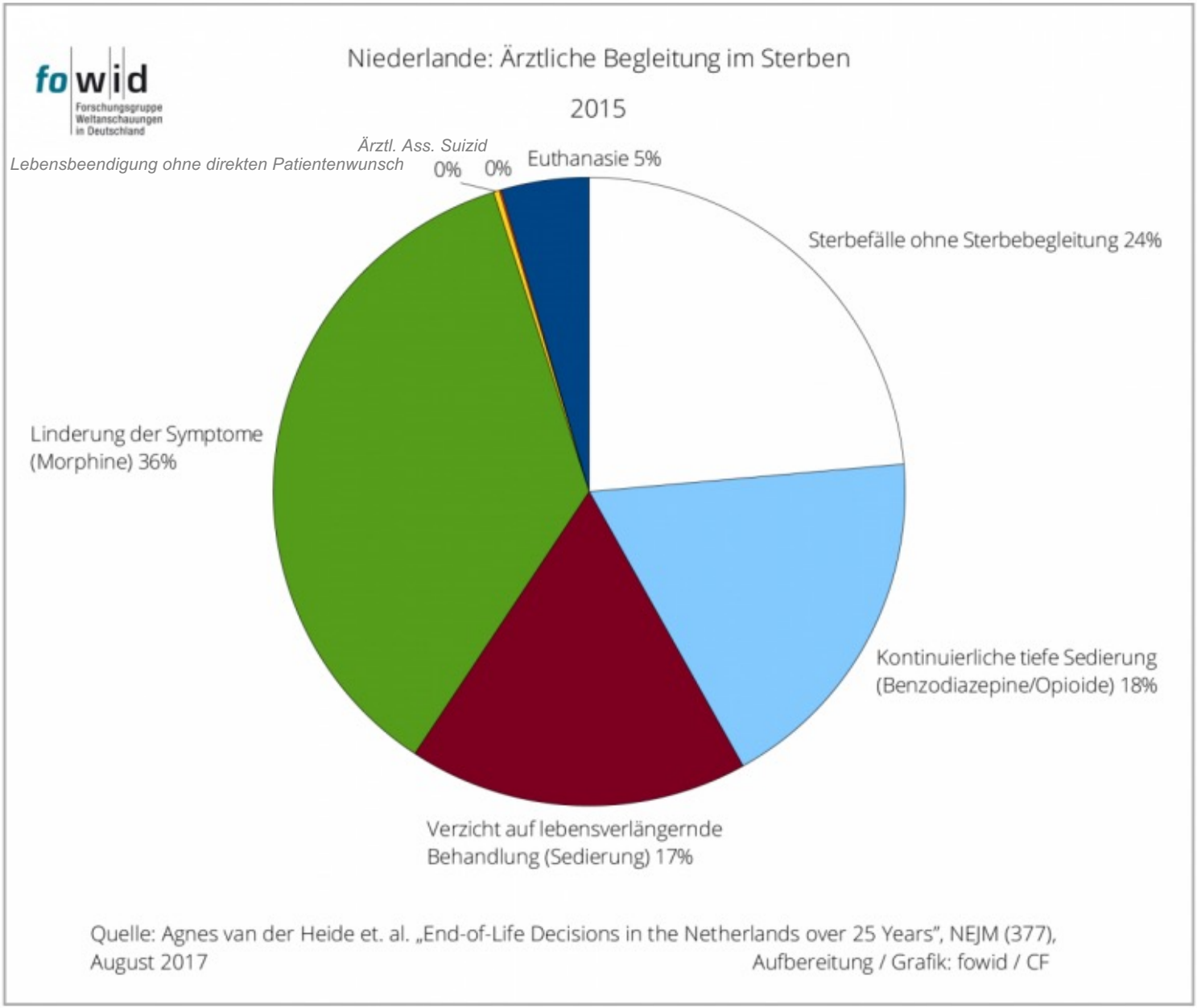
https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.assetdetail.3902305.html

Dignitas: Freitodbegleitungen nach Jahr und Herkunft, 1998 - 2015									
Jahr	Summe pro Jahr	Darunter aus:						Summe (6) CH,D,GB,FR,IT,AT	Alle Anderen
		CH	D	GB	FR	IT	AT		
1998	6	6	0	0	0	0	0	6	0
1999	5	4	1	0	0	0	0	5	0
2000	7	4	3	0	0	0	0	7	0
2001	50	11	31	0	2	1	1	46	4
2002	76	17	50	1	4	0	2	74	2
2003	100	9	45	15	12	2	2	85	15
2004	105	14	66	10	3	0	2	95	10
2005	138	12	78	15	12	4	3	124	14
2006	195	15	120	26	16	2	2	181	14
2007	138	6	75	17	18	1	3	120	18
2008	132	10	59	23	19	1	4	116	16
2009	89	4	35	27	7	4	3	80	9
2010	97	6	29	26	9	4	1	75	22
2011	160	11	72	22	15	14	2	136	24
2012	198	13	84	33	20	22	4	176	22
2013	205	8	92	29	22	14	7	172	33
2014	204	6	80	29	35	10	3	163	41
2015	222	4	86	37	33	14	8	182	40
Summe	2.127	160	1.006	310	227	93	47	1.843	284
Anteile (%)	*100*	*7,5*	*47,3*	*14,6*	*10,7*	*4,4*	*2,2*	*86,6*	*13,4*

https://fowid.de/meldung/sterbehilfe-und-organisationen-schweiz

Gesetzliche Regelungen Niederlande

- Aktive Sterbehilfe und ass. Suizid generell strafbar (Art. 293 und 294 nlStGB)
- Strafausschließungsgründe ausschließlich für Ärzte (Art. 293 Abs.2 und 294 Abs.2 nlStGB): Einhaltung von Sorgfaltskriterien und Meldepflicht
  - Freiwillig, nach reiflicher Überlegung
  - Zustand aussichtslos, Leiden unerträglich
  - Aufgeklärt
  - Keine andere annehmbare Lösung
  - Anderer unabhängiger Arzt zu Rate gezogen
  - Lebensbeendigung / Suizidassistenz mit medizinischer Sorgfalt
- Unzulässig und strafbar bei Minderjährigen unter 12 Jahren
- Zulässig auch bei schwer dementen Patienten


fowid
Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland
Niederlande: Ärztliche Begleitung im Sterben
2015
Lebensbeendigung ohne direkten Patientenwunsch
Ärztl. Ass. Suizid
0%
0%
Euthanasie 5%
Sterbefälle ohne Sterbebegleitung 24%
Linderung der Symptome (Morphine) 36%
Kontinuierliche tiefe Sedierung (Benzodiazepine/Opioide) 18%
Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung (Sedierung) 17%
Quelle: Agnes van der Heide et. al. „End-of-Life Decisions in the Netherlands over 25 Years", NEJM (377), August 2017
Aufbereitung / Grafik: fowid / CF

Niederlande, Tötung auf Verlangen 2019

6361 Tötungen auf Verlangen im Jahr 2019

52% Männer

91% schwere Erkrankung

- 64% Krebs
- 6,4% Nervenleiden (Parkinson, MS, ALS)
- 10% Kombination von Erkrankungen
- 2,5% beginnende Demenz (2 Pat. mit fortgeschrittener Demenz)

83% vom Hausarzt gemeldet

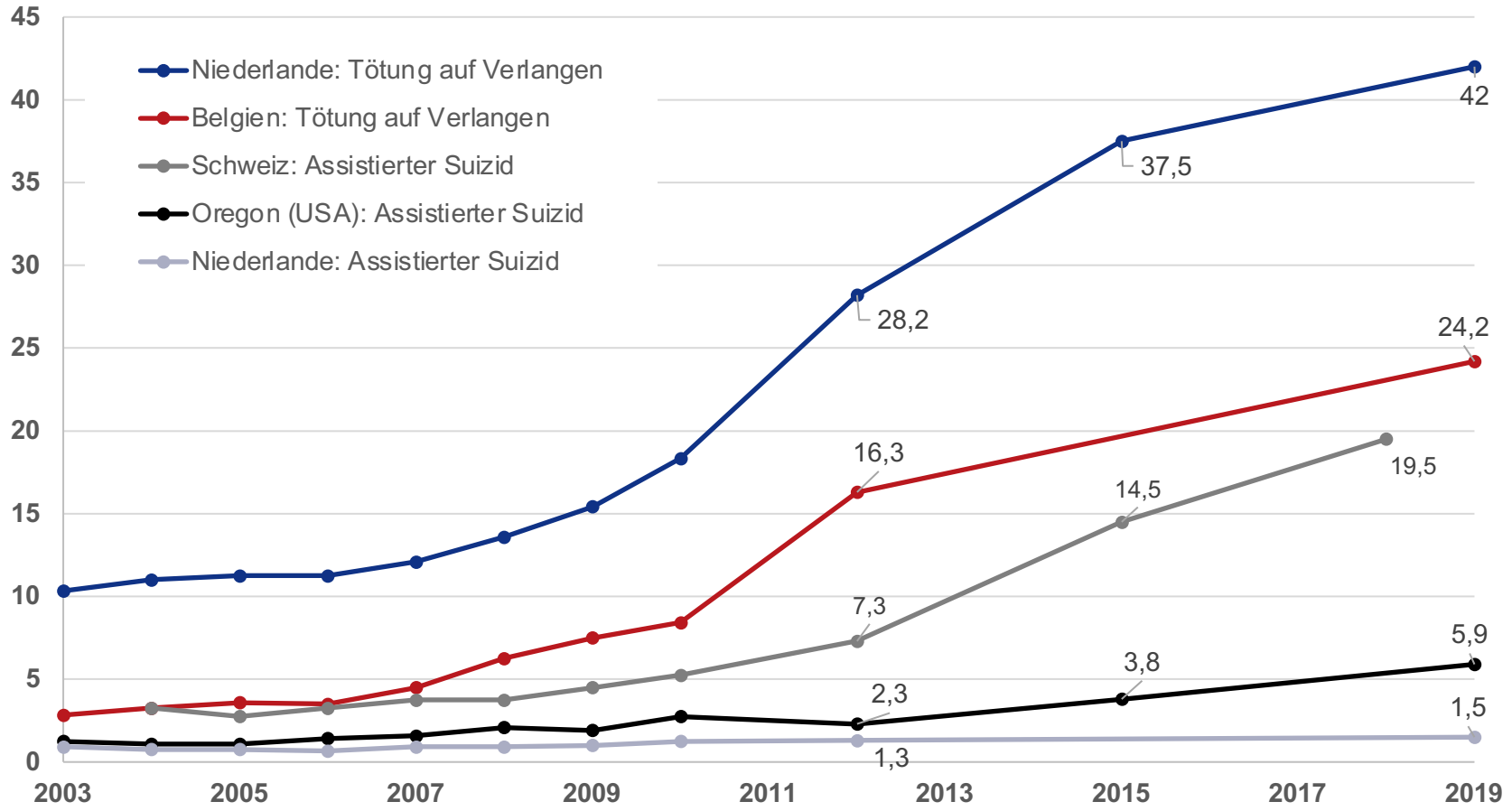
79,9% zu Hause gestorben

4 Beanstandungen, davon 1 strafrechtlich relevant

Quelle: Staeck (2020). In Holland mehr Fälle von Tötung auf Verlangen in 2019. Ärztezeitung. https://www.aerztezeitung.de/Politik/In-Holland-mehr-Faelle-von-Toetung-auf-Verlangen-in-2019-408830.html

Tötung auf Verlangen und assistierter Suizid

Anzahl pro 1000 Todesfälle



Borasio, Jox, Taupitz, Wiesing (2014) Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids, S. 56

RTE Regionale Toetsingscommissies Euthanasie Hrsg. (2016). , Jaarverslag 2015, S. 10, (bzw. 2020)

Oregon Public Health Division (2016). Oregon Death With Dignitiy Act: 2015 Data Summary, S. 2 (bzw. 2020)

Eigene Berechnung BFS : 2014: 12/1000 (bzw. 2020)

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Sterbehilfe Helling-Plahr, Lauterbach, Sitte, Schulz, Fricke (2021)

Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende - Suizidhilfegesetz

1. Recht auf Hilfe zur Selbsttötung
2. Recht zur Hilfeleistung, niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten
3. Autonom gebildeter freier Wille
4. Beratung. Recht, sich zu Fragen der Suizidhilfe beraten zu lassen (unverzüglich, unentgeltlich), Möglichkeit der Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Betreuungsangeboten, weitere medizinische, soziale und juristische Information
5. Beratungsstellen (Länder: ausreichend plural, wohnortnah, Anspruch auf öffentliche Förderung, durch keine organisatorischen und wirtschaftlichen Interessen mit Einrichtungen, in denen Suizidhilfe geleistet wird, verbunden)
6. Verschreibung eines Arzneimittels zum Zwecke der Selbsttötung
7. Berichtswesen (jährlich), Evaluation (alle 3 Jahre)

Änderung Betäubungsmittelgesetz: Abgabe auch, wenn die Voraussetzungen des § 6 des Suizidhilfegesetztes vorliegen

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben Künast, Keul, … (2021)

- Eröffnet Sterbewilligen den kontrollierten Zugang zu Betäubungsmitteln
- Niemand ist verpflichtet, Suizidhilfe zu leisten
- Verfahren des Zugangs in medizinischer Notlage
- Allgemeines Verfahren des Zugangs
- Minderjährige (kinderpsychologisches/-psychiatrisches Gutachten, Genehmigung durch Personensorgeberechtigten)
- Ordnungswidrigkeiten: vorsätzliches oder grob fahrlässiges Handeln, grob anstößige Werbung
- Evaluierung: Meldung, Bericht alle 3 Jahre an den Bundestag
- Änderung Betäubungsmittelgesetz: Abgabe aufgrund Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 Selbstbestimmtes-Serben-Gesetz

Eckpunkte für einen Gruppenantrag zur Regulierung der Beihilfe zum Suizid Castellucci, Heveling, Kappert-Gonther, Pilsinger, Strasser, Vogler, … (2021)

- Grundsätzliche Straffreiheit der Hilfe beim Suizid
- Grundsätzliche Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Suizidhilfe, jedoch unter bestimmten Umständen nicht unrechtmäßig
- Schwerpunkt muss auf der Feststellung der Freiverantwortlichkeit der Willensentscheidung liegen: mind. 2 Untersuchungen, hinreichender Abstand, Facharzt/ärztin Psychiatrie. Abweichung bei Härtefällen. Multiprofessionelle interdisziplinäre Beratung (individuell, umfassend, ergebnisoffen, soll Zugang zu Hilfsangeboten öffnen)
- Beratung muss in ein verbindliches Konzept staatlicher und gesellschaftlicher Suizidprävention und einen Anspruch darauf eingebettet sein
- Für Minderjährige ausgeschlossen
- Nahe Angehörige immer straffrei
- Kein Anspruch auf Hilfe bei Selbsttötung gegenüber staatlichen Stellen oder Dritten
- Werbung strafbar

Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung der Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der freiverantwortlichen Tötungsentscheidung Hausinterner Entwurf BMG (2021)

- Grundsätzliche Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung
  Ausnahme: Volljährig/Genehmigung Familiengericht, ärztlich aufgeklärt, Wille frei und unbeeinflusst, 6 Monate Wartezeit (§ 217)
  Verbot der Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung. Information möglich (§ 217a)
- Gesetz zur Regelung der Hilfe zur Selbsttötung (Selbsttötungshilfegesetz -StHG)
  - Niemand zu Hilfeleistung verpflichtet
  - Feststellung freier unbeeinflusster Wille / Handeln (zwei Ärzte unabhängig)
  - Beratung: Lösungsmöglichkeiten und Hilfen
  - Verkürzung der Wartezeit bei unzumutbarer Härte
  - Informationsmaterial durch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
  - Mindestens eine zentrale Beratungsstelle in jedem Bundesland (Berichtspflicht und Überprüfung, öffentliche Förderung durch die Länder)

Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung der Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der freiverantwortlichen Tötungsentscheidung Hausinterner Entwurf BMG (2021)

- Anbieter der Hilfe zur Selbsttötung:
  - gemeinnützig
  - Kosten: nur Ersatz der angefallenen Kosten, angemessene Entschädigung oder nachgewiesene Auslagen. Oder gesetzlich festgelegte Gebühr
- Bundesstatistik
- Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Anwendung ist begründet, wenn die Voraussetzungen nach § 217 Absatz 2 StGB erfüllt sind. Nur Ärzte)
- Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Krankenkassen)
- Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Krankenkassen)

Niedrigschwellige Prävention!
Initiative für ein Suizidpräventionsgesetz in Deutschland

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention DGS
Teil I

Leitsätze

Assistierter Suizid ist wie jeder Suizid keine allgemeine Handlungs- oder Behandlungsalternative, sondern die letzte Handlung in einer als ausweglos erlebten (existenziellen) Situation.

Niedrigschwellige Prävention - aber nicht niedrigschwellige Suizidassistenz

2021
https://www.suizidprophylaxe.de/
https://www.suizidprophylaxe.de/files/2021_Initiative%20Suizidpraeventionsgesetz_Teil_I.pdf

Eckpunkte für die gesetzliche Verankerung und Umsetzung einer substanziellen Suizidprävention in Deutschland

1. Verankerung der Suizidprävention als Pflichtaufgabe der Daseinsvorsorge.
2. Nachhaltige Finanzierung der Suizidprävention in Deutschland.
3. Ausbau und Sicherung dauerhafter flächendeckender Strukturen der Suizidprävention.
4. Einrichtung einer bundesweiten Suizidhotline, die auch in die regionalen persönlichen Hilfsangebote weitervermitteln kann.
5. Bestehende Beratungs- und Therapieangebote erhalten und ausbauen. Forcierung des Aufbaus von niedrigschwelligen und zugehenden Angeboten.
6. Vernetzung im Bereich der Suizidprävention stärken.
7. Schaffung einer diagnoseunabhängigen Finanzierung von Beratung und Therapie bei eigener Suizidalität oder Suizidalität von Angehörigen.
8. Förderung von Maßnahmen der indizierten, selektiven und universellen Suizidprävention.

Eckpunkte für die gesetzliche Verankerung und Umsetzung einer substanziellen Suizidprävention in Deutschland

9. Weiterer Ausbau der Prävention und Verbesserung der Behandlung psychischer Erkrankungen.
10. Beseitigung bestehender Defizite bei der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf. Förderung innovativer Wohn-, Lebens- und Teilhabeformen bei erhöhtem Pflegebedarf.
11. Weiterer Ausbau der Palliativmedizin und -pflege und Aufklärung über deren Möglichkeiten.
12. Verankerung von Suizidalität und Suizidprävention als Pflichtthemen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Angehörige der medizinischen und sozialen Berufsgruppen.
13. Nachhaltige Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung.
14. Vorrang für Maßnahmen der Suizidprävention vor Maßnahmen der Suizidassistenz.

Vielen Dank für Ihr Interesse!

Kontakt: uwe.sperling@umm.de

Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland NaSPro
https://www.suizidpraevention.de/

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention DGS
https://www.suizidprophylaxe.de/

UMM UNIVERSITÄTSMEDIZIN MANNHEIM

Nationales Suizid Präventions Programm