Ethische Aspekte der Suizidprävention

Hans Wedler

06.06.2019

Wandlungen und Konstanten

Suizid

- Menschliche Option zu allen Zeiten, in allen Gesellschaften
- Suizidhäufigkeit: unterschiedlich je nach Zeit und Gesellschaft
- Suizidmethodik: global erhebliche Unterschiede
- Suizidmotive: individuell, gesellschaftlich, ökonomisch

Suizidprävention

- Generell menschliches Grundanliegen
- Präventionsansätze unterliegen starkem Wandel in der Zeit
- Regionale – kulturell und spirituell bedingte – Unterschiede von Intensität und Methodik

Ethische Aspekte

Albert Camus: „Es gibt nur ein wirklich ernstes philosophisches Problem: den Selbstmord.“ (Der Mythos des Sisyphos, 1965)

Karl Jaspers: „... Der Selbstmord wird die letzte Freiheit des Lebens.“ (Philosophie Band II 1932)

David Foster Wallace: „Suizid läuft so vielen in der Festplatte verdrahteten Instinkten und Trieben zuwider, dass niemand, der bei klarem Verstand ist, ihn ohne allerlei inneres Hüh und Hott begeht, Zeitabschnitten, in denen man es sich fast wieder anders überlegt.“ (Good Old Neon. In: Oblivion 2004)

Wolfgang Herrndorf: „Ich wollte ja nicht sterben, zu keinem Zeitpunkt, und will es auch jetzt nicht. Aber die Gewissheit, es selbst in der Hand zu haben...“ (Arbeit und Struktur 2013)

Martin Luther: „… in tausend Jahren keiner gewesen, dem die Welt so feind war wie mir. Ich bin ihr auch feind und weiß im ganzen Leben nichts mehr, wozu ich Lust hätte, und bin gar müde zu leben.“ (Nach: Waltraut Lewin in *DIE ZEIT* 45/2016)

Albert Camus: „falsche Antwort auf die Absurdität des Lebens“ (ebd.)

Ethische Argumente für und gegen den Suizid

- **Pro** moralische Erlaubtheit des Suizids:
- Freie Selbstbestimmung (Autonomie)
- Menschliche Würde
- Glücksstreben (Utilitarismus)
- Gelassenheit gegenüber dem (ohnehin unvermeidbaren) Tod

- **Contra** moralische Erlaubtheit des Suizids:
- Unnatürlich, widerspricht dem Selbsterhaltungsprinzip
- Leben steht in der Verfügung Gottes
- Christliches Tötungsverbot
- Sozialethische Verpflichtung

Hochrangige ethische Grundprinzipien unserer Gesellschaft:

- freie Selbstbestimmung (Autonomie)
- Sozialethische Verpflichtung: Lebensschutz (soziale Fürsorge)

➔ Kollision dieser beiden Prinzipien, wenn sich (meist nahe dem Lebensende) mit zunehmender, unumkehrbarer Einschränkung der Freiheitsgrade im wachsenden Maße die Sinnfrage des Weiterlebens stellt

➔ Für die rechtliche Wertung dieser Situation gibt es zurzeit in unserer Gesellschaft keine einheitliche ethische Position

➔ In anderen Ländern unterschiedliche ethische Positionen und teilweise gesetzliche Regelungen

Suizidprävention: Anmaßung oder Verpflichtung?

Alternativen:

- Suizidprävention immer unter allen Umständen geboten, somit allgemeine Verpflichtung?
- Suizidprävention erlaubt, jedoch dem jeweiligen persönlichen Engagement und individuellen Überzeugungen anheimgestellt?
- Suizidprävention in bestimmten Fällen unangebracht, Anmaßung gegenüber der autonomen Entscheidung des Individuums?

Ethik der Suizidprävention: Schwacher Paternalismus

Eingreifen ist moralisch geboten zur Lebensrettung vor oder nach erfolgter Suizidhandlung, unter folgenden Prämissen auch entgegen dem Willen des Betroffenen:

- Im Akutfall zunächst sofortiges Eingreifen, notfalls auch mit Zwangsmaßnahmen
- Handeln des Helfers orientiert sich am hypothetischen Wollen des Suizidgefährdeten
- Zeitliche Begrenzung der Zwangsmaßnahmen
- Förderung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung
- Objektive Vernünftigkeit des Suizidwunsches nicht maßgebend

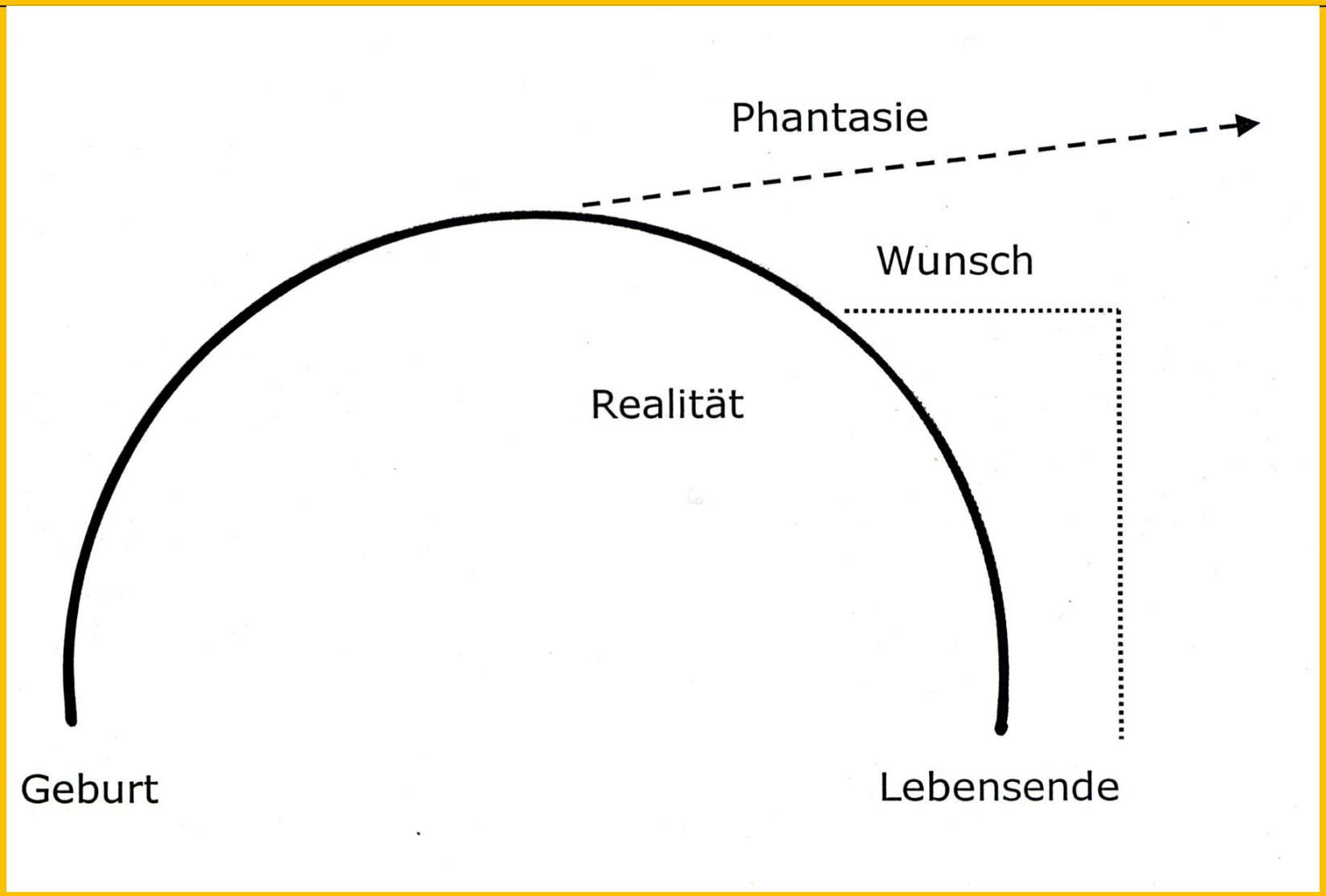
Gründe für Annahme eines „hypothetischen Wollens“

- Suizidalität enthält immer Ambivalenz
- Selbstbestimmung nicht selten eingeschränkt, vor allem durch affektive Störungen (Depression)
- Mehr als 90% sind nach einer überlebten Suizidhandlung dankbar für die Rettung

Aber:

- Hypothese ist immer nur eine Vermutung
- Suizidwahrscheinlichkeit nach überlebtem Suizidversuch bis zu 10mal häufiger

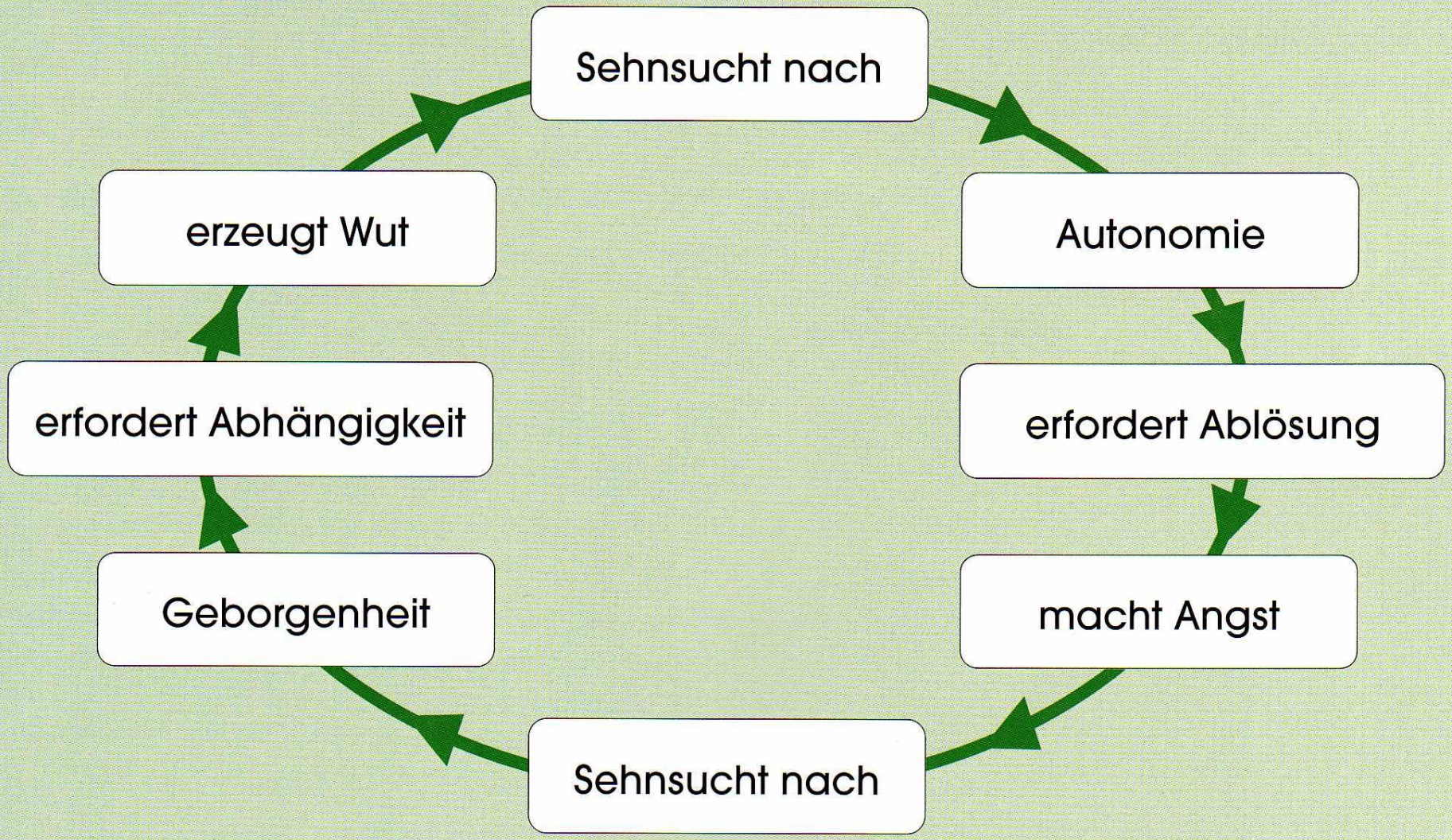
Autonomie im Lebensverlauf
zwischen Wunsch und Realität



AUTONOMIEGRAD

ALTER

Autonomie und Abhängigkeit: gegenseitige Bedingtheiten



Definition „Menschenwürde“

(Schaber P (2012) Menschenwürde: ein für die Medizinethik irrelevanter Begriff? Ethik Med 24:297-306)

Würde ist die Wahrung der *normativen Autorität* über das eigene Leben

d.h. die Fähigkeit, gemäß den persönlich anerkannten und verantworteten Werten zu denken und zu handeln

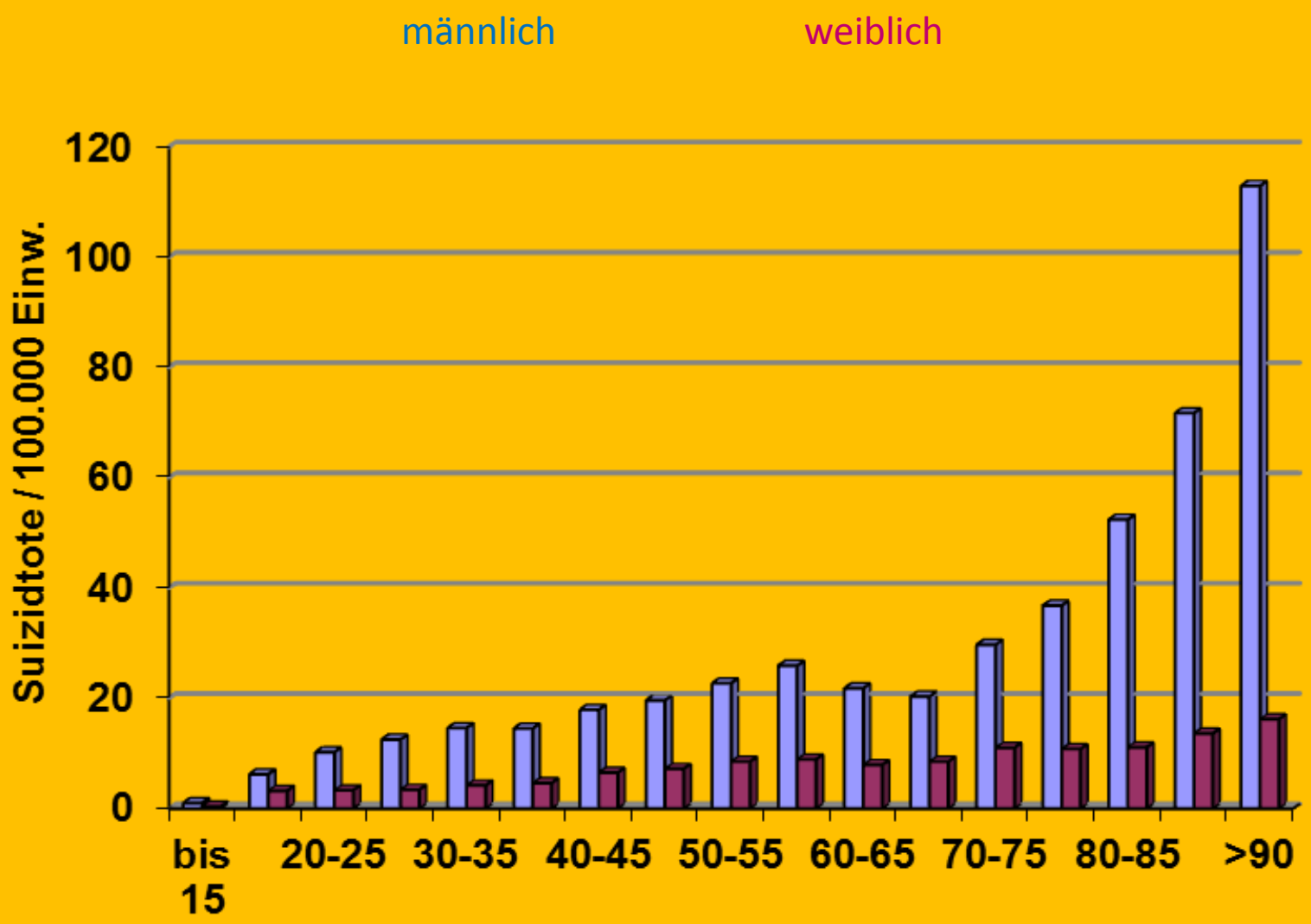
Nicht jede Autonomieverletzung ist auch eine Würdeverletzung

Ursachen für Suizidalität

- Generelle Risikofaktoren:

- Geschlecht
- Alter
- Ethnizität
- sexuelle Orientierung
- frühere Suizidversuche

Suizide Deutschland 2015 nach Alter und Geschlecht



Ursachen für Suizidalität

- Generelle Risikofaktoren:

Geschlecht, Alter, Ethnizität, sexuelle Orientierung, frühere Suizidversuche

- Zusätzliche Einflussfaktoren:
  - Psychische Krankheit (Depression, Psychose, Suchterkrankung, beginnende Demenz)
  - (chronisch) körperlich Kranke
  - soziale Desintegration/Isolierung
  - Familienstand, beruflicher Status
  - Hinterbliebene nach Suizid
  - Menschen in Lebenskrisen
  - Emotionen: Wut, Angst, Hoffnungslosigkeit
  - Zugang zu Suizidmethoden
  - Erschöpfung am Lebensende

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%

Anteil affektiver Störungen

Dag Tidemalm et al.: Risk of suicide after suicide attempt BMJ 2008; 337: a2205

	Suizidversuche 1973-82 (21-31 Jahre alt 53% weiblich)	Suizide 1973-2003
gesamt	39.685	4.421
Affektive Störungen	6.125 (15,4%)	974 (22,0%)
Keine psychiatrische Erkrankung	27.004 (68,0%)	2.241 (55,2%)

Zahl tödlicher Rezidive von 39.685 wegen Suizidversuch stationär behandelter Patienten über 21-31 Jahre nachbeobachtet *(Tidemalm et al. 2008)*

Diagnose		SV gesamt	Suizide	%
Uni-/bipolare affektive Störung	m	395	141	35,7
	w	684	130	20,1
Andere Depressionen	m	1.718	273	15,9
	w	3.364	430	12,8
Schizophrenie	m	397	153	38,5
	w	316	76	24,1
Angststörungen	m	429	95	19,8
	w	899	99	11,O
Alkoholabhängigkeit	m	2.200	294	13,4
	w	502	63	12,5
Persönlichkeitsstörungen	m	329	65	19,8
	w	335	36	19,7
Keine psychiatrische Diagnose	m	12.724	1.426	11,2
	w	14.280	1.015	7,1

Kontroversen in der ethischen Wertung des Suizids

Selbstdestruktiver Formen der Lebensbeendigung

(Margaret Pabst Battin: ***The Ethics of Suicide Digital Archive*** http://ethicsofsuicide.lib.utah.edu)

Beispiele:

- *Hungerstreik und Suizid als sozialer Protest*
- *Religiöse und rituale Praktiken mit Todesfolge (z.B. Initiationsriten)*
- *Suizid aus Ehre oder aus Loyalität*
- *Selbstaufopferung und Märtyrertum*
- *Suizidattentate und andere derartige Formen der Selbsttötung*
- *Ärztlich assistierter Suizid bei terminaler Erkrankung*

Patienten – Wünsche für das Lebensende

- Grundsätzlich:
  - Leidensminderung
  - Begleitung
  - Erleichterung des Sterbens

- In der konkreten Situation:
  - Beschränkung auf Palliativmaßnahmen
  - ggfs. Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen
  - ggfs. bei unerträglichem Leiden ärztliche Hilfe zum Suizid
  - ggfs. bei nicht mehr selbst durchführbarem Suizid ärztliche Hilfe zur Lebensbeendigung

Staaten mit legalisierter Suizidassistenz

- Belgien, Luxemburg, Niederlande
- Schweiz (außer bei selbstsüchtigen Motiven)
- Schweden, Estland (falls Helfer Privatperson)
- Deutschland (falls Helfer Angehöriger oder Nahestehender und nicht geschäftsmäßig tätig)
- USA-Staaten: Oregon, Washington, Vermont, Montana, Kalifornien, Colorado, District of Columbia, (New Mexico)*
- Kanada, Kolumbien
- (Japan)**
- *Gerichtsentscheid, Revision steht noch aus
- ** keine gesetzliche Regelung, Toleranz seitens Gerichtsentscheidungen

Liberalisierungsbemühungen zum assistierten Suizid

- 24 weitere US-Staaten
- Großbritannien
- Irland
- Frankreich
- Australien
- Südafrika
- Peru

Gesetz zur Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung (Artikel 2) (Niederlande 2002): Sorgfaltskriterien

- Wunsch nach Lebensbeendigung ist freiwillig und nach reiflicher Überlegung
- Zustand des Patienten ist aussichtslos, ein Leiden unerträglich
- Patient ist über Situation und Aussichten voll aufgeklärt
- Gemeinsame Überzeugung von Arzt und Patient, dass für die Situation keine andere annehmbare Lösung vorhanden ist
- Untersuchung durch mindestens einen zweiten, unabhängigen Arzt, der sich zu vorgenannten Punkten schriftlich äußert
- Gebotene Sorgfalt bei der Lebensbeendigung
- Meldung an den zuständigen Leichenschauer der Gemeinde

Sterbehilfe in Europa

assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen

Land	Anzahl Sterbehilfe pro Jahr	% aller Todesfälle
Niederlande	ca. 6.000	ca. 4%
Belgien	2.300	ca. 2%
Schweiz	500 (Schweizer Bürger)	0,8%

Strafgesetzbuch (StGB)
§ 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.

Suizidassistenz: pro und contra

- pro
  - Todesart und -zeitpunkt selbstbestimmt
  - Absprache/Beratung mit Nahestehenden möglich
  - Kein einsames Sterben
  - Begleitung beim Suizid
  - Keine grausame Suizid-Methodik
  - Keine Gefährdung und Traumatisierung anderer

- contra
  - Fähigkeit zur Selbst-bestimmung am Lebens-ende oft eingeschränkt
  - Ambivalenz
  - Sterbeentscheid für Angehörige nicht immer nachvollziehbar
  - Vorhandene Möglichkeit ersetzt persönliches Motiv
  - Gefahr der Fremdmotivation

Effects of euthanasia on the bereaved family and friends

N.B. Swarte et al. (2003) BMJ 327:189

	Euthanasie n=58	Natürlicher Tod (Krebs) n=114
Frauen/ Männer	37/21	70/41
Mittleres Sterbe-Alter	61 Jahre	62 Jahre

Angehörigen-Befragung 29-43 Monate nach dem Sterbefall:

Durchschnittliche Punktwerte (%)	Euthanasie n=189	Natürlicher Tode n=316
Traumatische Form der Trauer (ITG)	39	45
Aktuelle Trauer (TRI)	46	42
Stressreaktionen (IES)	13	18
Zahl psychischer Symptome (SCL)	116	121
Depressionssymptome (DACL)	9	9

Wandel gesellschaftlicher Einstellung zum Suizid

- Enttabuisierung
- Geschenk des Lebens ist keine Verpflichtung mehr zum Leben (aus christlicher Sicht)
- Leidensminderung am Lebensende hat Vorrang vor Lebenserhaltung
- Wunsch des Patienten ist für ärztliche Behandlung maßgebend (Patientenverfügung)
- Wunsch nach Selbstbestimmung am Lebensende

Suizidprävention der Zukunft?

- Aufklärung der Öffentlichkeit: Frühzeitige Wahrnehmung von allen eine Suizidgefährdung andeutenden Signalen
- Vorhaltung einer raschen, ergebnisoffenen Beratung durch kompetente Stellen
- Krisenintervention, incl. psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote
- Einbeziehung des sozialen Umfelds
- Bei schwer Leidenden nahe dem Lebensende Ermöglichung eines Abschieds vom Leben in Begleitung durch Nahestehende ohne strafrechtliche Konsequenzen (FVNF oder ärztliche Suizidassistenz)