



Suizidprävention endet nicht bei Krankheit und im Alter

Pressekonferenz zum Welttag der Suizidprävention am 10. September 2014

4. September 2014

Weltweit sterben mehr als eine Million Menschen durch Suizid. Es sterben nach Angaben der WHO mehr Menschen durch eigene Hand als durch die Hand anderer - also durch Krieg, Mord oder Totschlag. Mehr als sechs Millionen Menschen leiden jedes Jahr neu durch den Verlust eines Angehörigen, Freundes, Kollegen oder Mitschülers. Diese Fakten wurden auf der Presskonferenz zum Welttag der Suizidprävention in Hamburg mitgeteilt. Am Welttag der Suizidprävention soll auf diese Fakten hingewiesen werden und die Notwendigkeit einer aktiven Suizidprävention in das öffentliche Bewusstsein gerückt werden. In Deutschland finden an diesem an verschiedenen Orten Veranstaltungen statt, unter anderem eine Veranstaltung vor dem Berliner Tor. Nähere Informationen können auf der Webseite des Welttages der Suizidprävention unter www.welttag-suizidpraevention.de abgerufen werden.

Aus aktuellem Anlass gingen die Veranstalter auf die Sterbehilfediskussion ein, Sie äußerten die Befürchtung, dass die Art und Weise der gegenwärtigen Diskussion jahrelange Bemühungen der Suizidprävention konterkarieren könnten. So konnte in den letzten Jahren die wenig hinterfragte Akzeptanz gegenüber dem Suizid älterer Menschen abgebaut und der Anspruch auch älterer suizidgefährdeter Menschen auf psychosoziale Hilfen gestärkt werden. Zur Zeit wird dagegen diskutiert, ob den Betroffenen nach einer Zurechnungsfähigkeitsprüfung ein tödliches Medikament verabreicht werden darf. Dies zeigt, wie wenig in dieser Diskussion suizidales Befinden und Verhalten verstanden wird.

Beide Experten wiesen darauf hin, dass ein Suizidwunsch auch bei schwer erkrankten und sterbenden Menschen als Hilferuf in einer hoffnungslos erlebten Situation verstanden werden kann. In dieser Situation sollte das Gespräch mit den Leidenden im Vordergrund stehen und nicht die Verabreichung tödlich wirkender Medikamente. Vor diesem Hintergrund wird auch eine Erlaubnis zum assistierten Suizid durch Angehörige oder Ärzte problematisch gesehen.

Es stelle sich die Frage ob in der aktuellen Debatte auf die Ängste der heute noch Gesunden vor dem Alter, vor schwerer Krankheit und vor Leiden angemessen eingegangen und aufgeklärt wird. Damit zu argumentieren, das mehr als 70% der Deutschen für den assistierten Suizid seien, ist „fragwürdig“, sagte Prof. Schmidtke, es könne auch „dahingehend interpretiert werden, dass die Möglichkeiten einer palliativmedizinisch leidensmindernden Sterbebegleitung und bestehende Patientenrechte der Mehrheit nicht bekannt sind“.

Viele Argumente in der Diskussion sind zu hinterfragen. „Nur äußerst wenige der 10.000 Suizide in Deutschland werden von schwer erkrankten sterbenden Mensch verübt“ stellte der Vorsitzende des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro), Prof. Schmidtke, klar, er äußerte sich aber sehr besorgt über die Bestrebungen, den assistierten Suizid einem legalen Rahmen zu geben und den Kreis der Betroffenen erheblich auszuweiten. Schwere Suizidversuche, wie Suizide auf Bahngleisen oder Stürze, würden auch nicht durch Sterbehilfeangebote verhindert. „Das ist eine eindeutig falsche Behauptung von Sterbehilfebürwortern die jeglicher wissenschaftlichen Grundlage entbehre“ merkte der Sekretär des NaSPro, G. Fiedler an.

Besonders wurde die gegenwärtige Praxis der Sterbehilfe kritisiert, die häufig von medizinischen Laien gefordert und ausgeübt werde, nicht dokumentiert würde und vor dem persönlichen Wertesystem der Sterbehelfer statfinde. Aus Sicht der Suizidprävention wird eine gesetzliche Regelung gefordert, die keine legale gewerbsmäßig, geschäftsmäßig oder durch Laien ausgeübte Suizidbeihilfe in Deutschland ermöglicht und den Vorrang von Therapie, Prävention und Leidensminderung in den Vordergrund.

Es sei zu hoffen, dass fragwürdige Argumente für die Sterbehilfe in der weiteren öffentlichen Diskussion des Gesetzgebungsverfahrens an Bedeutung verlieren würden.

G. Fiedler (presse@naspro.de)
Prof. A. Schmidtke

Anlage

Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) und der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) zur Diskussion gesetzlicher Änderungen bezüglich eines Verbots der gewerbsmäßigen und geschäftsmäßigen Sterbehilfe.

PK Dt. Gesellschaft für Suizidprävention 4.9.2014

Zentrale Veranstaltung und ökumenischer Gottesdienst
in Berlin / zentrale PK hier

Zw. 2 -20 Pressevertreter, Sprecher von der Dt.

Gesellschaft

Thema Sterbehilfe

Grußwort

Ich begrüße Sie herzlich hier in der Hauptkirche St.
Jacobi.

Als die Anfrage kam, die zentrale PK der Dt.
Gesellschaft für Suizidprävention in diesem Jahr bei
uns zu machen, haben wir gerne zugesagt, denn seit
Jahren gestalten wir den Welttag der Suizidprävention
am 10.9. bei uns in besonderer Weise:

Wir halten an diesem Tag abends um 18 Uhr einen
Gottesdienst, den ich gemeinsam mit Betroffenen
gestalte; mit Menschen, die einen nahen Angehörigen -
ein Kind, ein Elternteil, den/die Lebenspartner/in -
durch Suizid verloren haben.

Betroffene treten vor den Altar. Sie sprechen von den
Fragen, die sich nicht beantworten lassen, von ihrer
Trauer, ihrer Wut und ihren Schuldgefühlen. Davon,
wie sie versuchen, mit dem Tod zu leben.

Sie bringen ihre je eigene Geschichte mit. Dadurch
helfen sie anderen, die vielleicht in einer ähnlichen
Situation sind, zu spüren, wie hilfreich es sein
kann, die eigenen Erfahrungen erzählen zu dürfen und
die anderer zu hören. Wie wichtig es in der
Begleitung von Angehörigen oder Freunden überhaupt
ist, da zu sein und zuzuhören.

Dass im Zugehört-Bekommen manchmal schon ein Trost
stecken kann - in allem, worin uns die Trauer um den
Tod eines geliebten Menschen einsam macht und einsam
fühlen lässt.

Hier in der Kirche bekommen die Klagen Raum, die
Tränen, die Ohnmacht, der Schmerz. Aber es findet
eben auch der Platz, was für manchen zum Anker
geworden ist, um nicht selber an dem Schmerz und den

Fragen zu zerbrechen, die jeder Suizid in uns auslöst.

In diesem Jahr haben wir den Gottesdienst unter das Motto gestellt:

„AnkerGründe - Rettungsanker“.

Weil wir in diesem Jahr im Gottesdienst danach fragen, worin wir gründen. Weil wir uns vergewissern und daran erinnern möchten, was uns im Leben hält, was uns Mut zum Leben gibt.

Dieses Thema werden Sie auch in der Ausstellung finden, die nebenan gerade aufgebaut wird. Auch das ist ein fester Bestandteil bei uns an St. Jacobi, dass in den Tagen rund um den Welttag der Suizidprävention der Künstler Piet Morgenbrodt - der selbst seinen Sohn durch Suizid verloren hat - eine Ausstellung zeigt, die sich dem Thema nochmal auf ganz andere Weise nähert.

Als Kirche sehen wir uns in besonderer Verantwortung, ja wir verstehen es als eine unserer ureigenen Aufgaben, Menschen zu begleiten, die in Not sind, die Trauer tragen, die um Mut ringen zum Leben. Wir möchten sie dabei unterstützen, „Ankergründe“ und „Rettungsanker“ für sich zu finden. Wir möchten für eine Hoffnung eintreten, die das Leben stark macht.

Als Christin, als Geistliche empfinde ich es als meinen Auftrag - im Bild gesprochen - einander Rettungsanker zuzuwerfen und Wege aufzuzeigen, „Ankergründe“ für sich zu finden. Also alles uns Menschen Mögliche zu tun, dass Menschen nicht am Leben verzweifeln. Alles zu versuchen, was dem Anker der Hoffnung Grund gibt und Halt. Auch wenn ich weiß und spüre, dass es nicht in unserer Hand liegt, ob dieses gelingt, dass wir immer wieder auch scheitern und mit unseren Möglichkeiten und Versuchen, einen Suizid zu verhindern, an Grenzen stoßen.

Zu den Rettungsankern, die auszuwerfen dieser Tag ermutigt, gehört für mich auch, Raum zu bieten, über ein gesellschaftlich nach wie vor tabuisiertes Thema

wie Suizid überhaupt zu sprechen; die damit verbundenen Fragen und Gedanken in die Öffentlichkeit zu tragen und Worte zu geben, wo nicht geschwiegen werden darf.

Wir wünschen uns, dass hierzu am Weltsuizidpräventionstag auch unser Gottesdienst und die Ausstellung, und last not least diese Pressekonferenz heute, helfen.

Hauptpastorin und Pröpstin Astrid Kleist, Hauptkirche St. Jacobi

Pressekonferenz zum Welttag der Suizidprävention am 10. September 2014

Beitrag von G. Fiedler und Prof. A. Schmidtke

Die gesellschaftliche Diskussion über ein Verbot der gewerbsmäßigen und geschäftsmäßigen Sterbehilfe in Deutschland hat zu öffentlichen Stellungnahmen und Forderungen geführt, die Grundprinzipien der Suizidprävention insgesamt in Frage stellen. Diese Forderungen erstrecken sich nicht nur auf die Situation von Personen mit tödlich verlaufenden Erkrankungen, sondern gehen so weit, tödlich wirkende Medikamente einem breiten Kreis von Personen zur Verfügung zu stellen, die Suizidwünsche äußern. Darüber hinaus ist ein Bestreben vorhanden, die geschäftsmäßig und organisierte Suizidassistenten, -auch von Laien- zu legalisieren.

Es stellt sich die Frage, ob die Art und Weise der gegenwärtigen Diskussion leidenden Menschen Hoffnung geben kann oder sie in der Auffassung bestärkt, es gäbe keine Alternative zu einem schnellen Tod.

Würde die Diskussion des assistierten Suizids auf schwer erkrankte sterbende Menschen begrenzt werden, ginge es nur um äußerst wenige Fälle.

Nur sehr wenige der ungefähr 10.000 Suizide im Jahr in Deutschland werden von schwer erkrankten sterbenden Menschen verübt. Es sind auch nur wenige Menschen, die sich in die Hände von Sterbehelfern begeben. Die im Hintergrund bestehenden Erkrankungen sind in der Mehrzahl bestimmte neurologische Erkrankungen sowie bestimmte Krebserkrankungen. Allerdings wird schon jetzt diskutiert, den Kreis der „Berechtigten“ erheblich auszuweiten.

Die Verfügbarkeit tödlich wirkender Medikamente verhindert keine schweren Suizidversuche.

Anders als von mehreren Befürwortern der Sterbehilfe behauptet, wird die leichtere Verfügbarkeit von tödlichen Medikamenten die Anzahl schwere Suizide, besonders Suizide auf Bahngleisen oder Stürze von Gebäuden oder Brücken nicht verhindern. Suizide auf Bahngleisen werden in der Mehrzahl von Menschen mit besonders schweren psychischen Erkrankungen -und nicht mit somatischen Erkrankungen- ausgeübt. Über 80% dieser Suizide in Deutschland erfolgten nach einer Untersuchung auf Streckenabschnitten, die nicht mehr als 2.000 Meter von einer Psychiatrischen Klinik entfernt waren. Die Einschränkung des physischen und psychischen Zugangs zu Suizidmethoden oder -mitteln ist eines der wirksamsten Mittel der Suizidprävention und hilft vielen Menschen, akute suizidale Krisen zu überleben und ermöglicht Hilfe und psychosoziale Unterstützung.

Die Äußerung eines Suizidwunsches ist nicht in erster Linie als der Wunsch, zu sterben.

Jeder Suizidwunsch und auch jeder Suizidversuch kann in erster Linie als Hilferuf in einer unerträglich erlebten Situation und nicht allein als unmittelbarer Todeswunsch verstanden werden kann. Suizidwünsche können sich durch eine Änderung der psychischen, sozialen und somatischen Situation auch ändern. Das Anerkennen und individuelle Verstehen eines Suizidwunsches in einer therapeutischen Beziehung kann auch zu dessen Überwindung führen. Es gibt nach unserer Kenntnis bislang keinen Beweis dafür, dass dies für schwer erkrankte und sterbende Menschen i.d.R. nicht gilt. In diesen dynamischen Prozessen wirken die Einordnung in Kategorien wie „freiverantwortlich“ versus „krankhaft“ für höchst problematisch. Es stellt sich die Frage, ob ein Diagnostiker der „Freiverantwortlichkeit“ die hinter dem Todeswunsch stehenden Bedürfnisse überhaupt erfassen kann. Vor diesem Hintergrund ist auch die diskutierte Möglichkeit, Ärzten und Angehörigen die Suizidassistenten zu gestatten, zu hinterfragen.

Es stellt sich die Frage ob nicht die Ängste der heute noch Gesunden vor dem Alter, vor schwerer Krankheit und vor Leiden in der aktuellen Debatte die das Eingehen auf die tatsächlich schwer Erkrankter erschweren.

Praxis der gegenwärtigen Sterbehilfe wird ungenügend hinterfragt

In Deutschland sind derzeit mehrere Organisationen sowie einzelne Personen an der Beihilfe zum Suizid beteiligt. Bei vielen der mit Hilfe dieser Organisationen zu Tode gekommenen Personen hätte es durchaus

die Möglichkeit einer medizinischen Behandlung (z.B. einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung oder im Rahmen der Palliativmedizin) gegeben.

Die Sterbehilfeorganisationen versprechen dagegen eine „schnelle Hilfe“ durch Beihilfe zum Suizid, indem sie nicht professionelle Beratung, Behandlung und Hilfe, sondern die Suizidmittel direkt bereitstellen. In diesem Rahmen werden Maßnahmen der Sterbehilfe häufig nicht dokumentiert. Sie unterliegen keinen definierten Qualitätskriterien. D.h., die Entscheidungen sind i.d.R. nicht überprüfbar und tödliche Medikamente werden auch von medizinischen Laien zur Verfügung gestellt. Deshalb ist auch unbekannt, in welchem Umfang tödliche Medikamente -auch nicht sterbenden Menschen- zur Verfügung gestellt wurden und welche Komplikationen es gegeben hat. Als Beispiel sei auf einen Berliner Urologen hingewiesen, der häufig als „Experte“ eingeladen wird, da er nach eigener Auskunft mehr als 200 Menschen zum vorzeitigen Tode verholfen hat, dessen Indikationsfindung unklar ist, der allein über den Lebenswert entscheidet und dessen Tätigkeit und ihre Folgen nach unserer Kenntnis nicht dokumentiert sind.

Es ist fragwürdig damit zu argumentieren, mehr als 70% der Deutschen wünsche eine Legalisierung des assistierten Suizids.

Dieser Bezug auf Umfragen ist höchst problematisch und sollte nicht entscheidungsleitend sein. So berücksichtigen diese Umfragen in der Regel nicht Alternativen wie die palliativmedizinische Versorgung und auch nicht die Kenntnisse der Befragten über die Möglichkeit der Palliativmedizin heute. In einer Umfrage der Deutschen Hospizstiftung aus dem Jahre 2007 wurde die Forderung nach aktiver Sterbehilfe der palliativmedizinischen Behandlung gegenübergestellt. Hier sprachen sich 35% für die Sterbehilfe und 56% für die palliativmedizinische Behandlung aus. Die in Umfragen erhobenen Mehrheiten für eine aktive Sterbehilfe können also auch dahingehend interpretiert werden, dass die Möglichkeiten einer palliativmedizinisch leidensmindernden Sterbebegleitung nicht bekannt sind. Darüber hinaus herrscht aus unserer Sicht - auch bei Mitarbeitern im Gesundheits- und Pflegebereich- eine Unkenntnis bezüglich des Rechtes der Patienten auf die Verweigerung einer - auch lebenserhaltenden und -verlängernden - Behandlung bei gleichzeitigem Anspruch auf leidensmindernde Maßnahmen. Die Aufklärung über diese Sachverhalte und deren Kenntnis ist aus unserer Sicht ein absolut notwendiger Beitrag für eine qualifizierte Diskussion und Entscheidungsfindung zum würdigen Sterben.

Hamburg, 4. September 2014



Suizidales Verhalten in Deutschland

Pressekonferenz zum Weltsuizidpräventionstag

A. Schmidtke

04. 09. 2014 Hamburg

Foreign Adjunct Professor für Public Health Sciences, Suicidology and Suicide Prevention am Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences, Stockholm, und WHO Forschungsgruppe Würzburg
Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)



Größe des Suizidproblems

Todesfälle durch **Suizid** gehören weltweit für alle Altersgruppen zu den **20 Haupttodesursachen**.

Jedes Jahr stirbt etwa eine Million Menschen durch Suizid.

Alle 3 Sekunden versucht weltweit sich jemand selbst zu töten

Weltweit sind die Suizidraten in den letzten 45 Jahren 60 % angestiegen.

(WHO, 2010, 2012)

Suizide und Suizidversuche in der Bundesrepublik Deutschland und WHO Catchment Area Würzburg

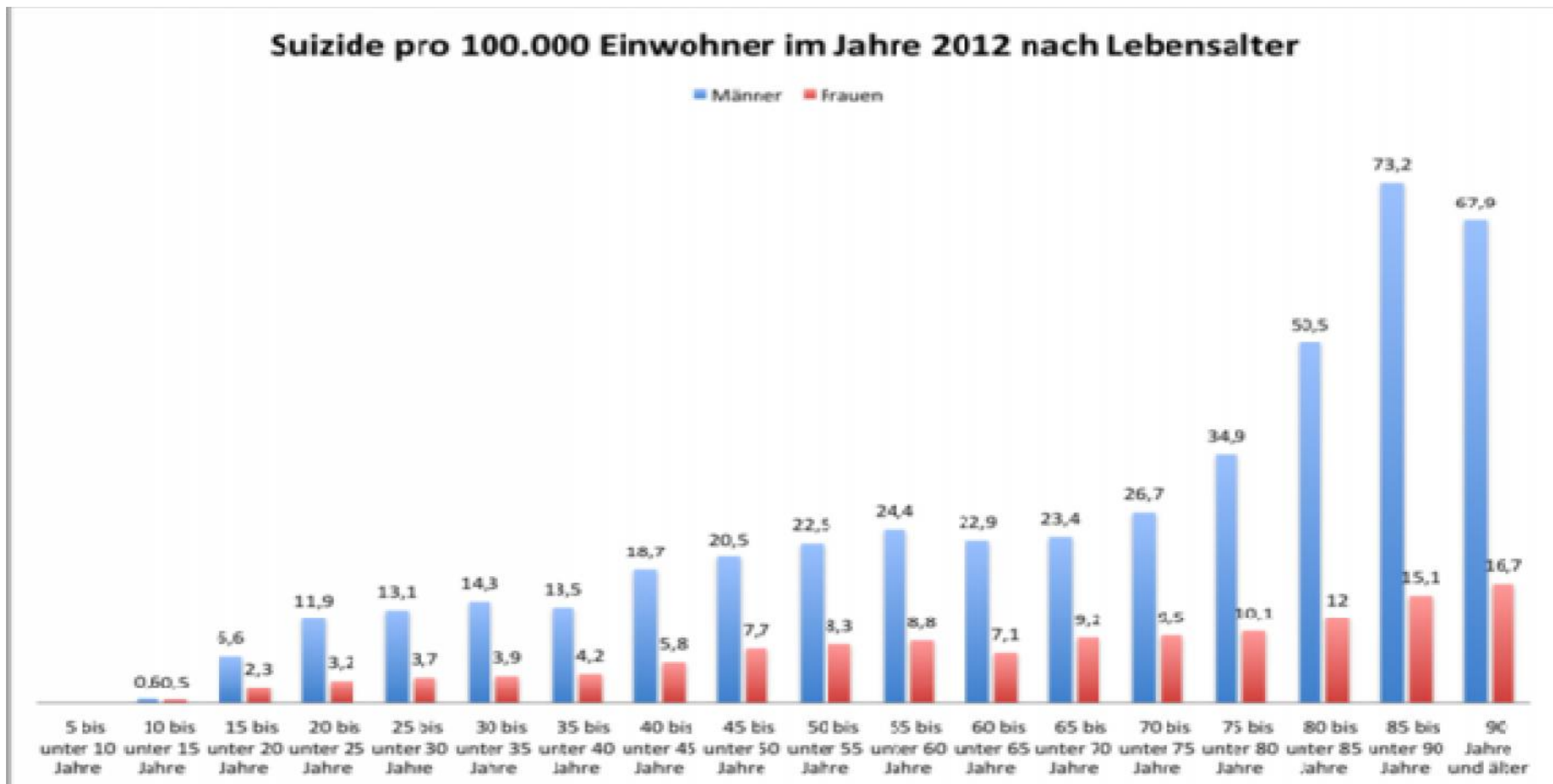


	Männer	Frauen
Deutschland Suizide (2012)	7287	2603
(Suizide/100.000)	18,1	6,3
„Nicht Deutsche“	314	112
Suizidversuche Würzburg 15+	62,0	89,1
Suizidversuche/100.000 (AM 2006 - 2008)	1: 3,3	1: 14,9
Verkehrstote 2012	2971	1038
	2,6: 1	2.4:1

Zunahme des Sterbealters von Suizidenten

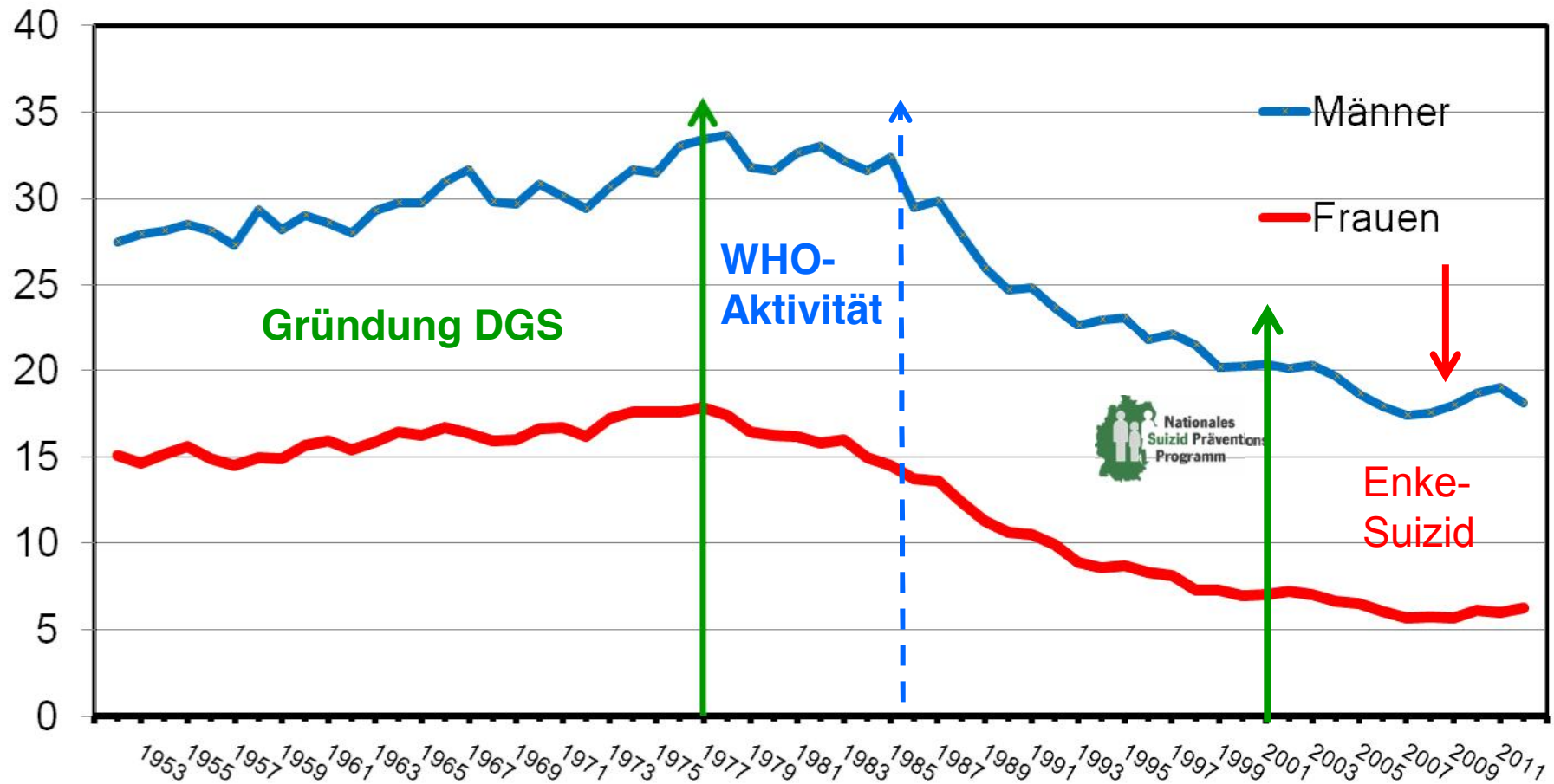
Im Jahre 2012 betrug das durchschnittliche Lebensalter eines durch Suizid verstorbenen Menschen 56,9 Jahre. Das durchschnittliche Sterbealter steigt, 1998 lag es noch bei 53,2 Lebensjahren. Besonders bei Männern stieg es von 51,6 (1998) auf 56,1 Lebensjahre (2012). Bei Frauen stieg es im gleichen Zeitraum von 57,6 auf 59,0 Lebensjahre.

Suizidziffern einzelner Altersgruppen in Deutschland: Ältere Personen haben eine höhere Suizidgefährdung (Daten: 2012)



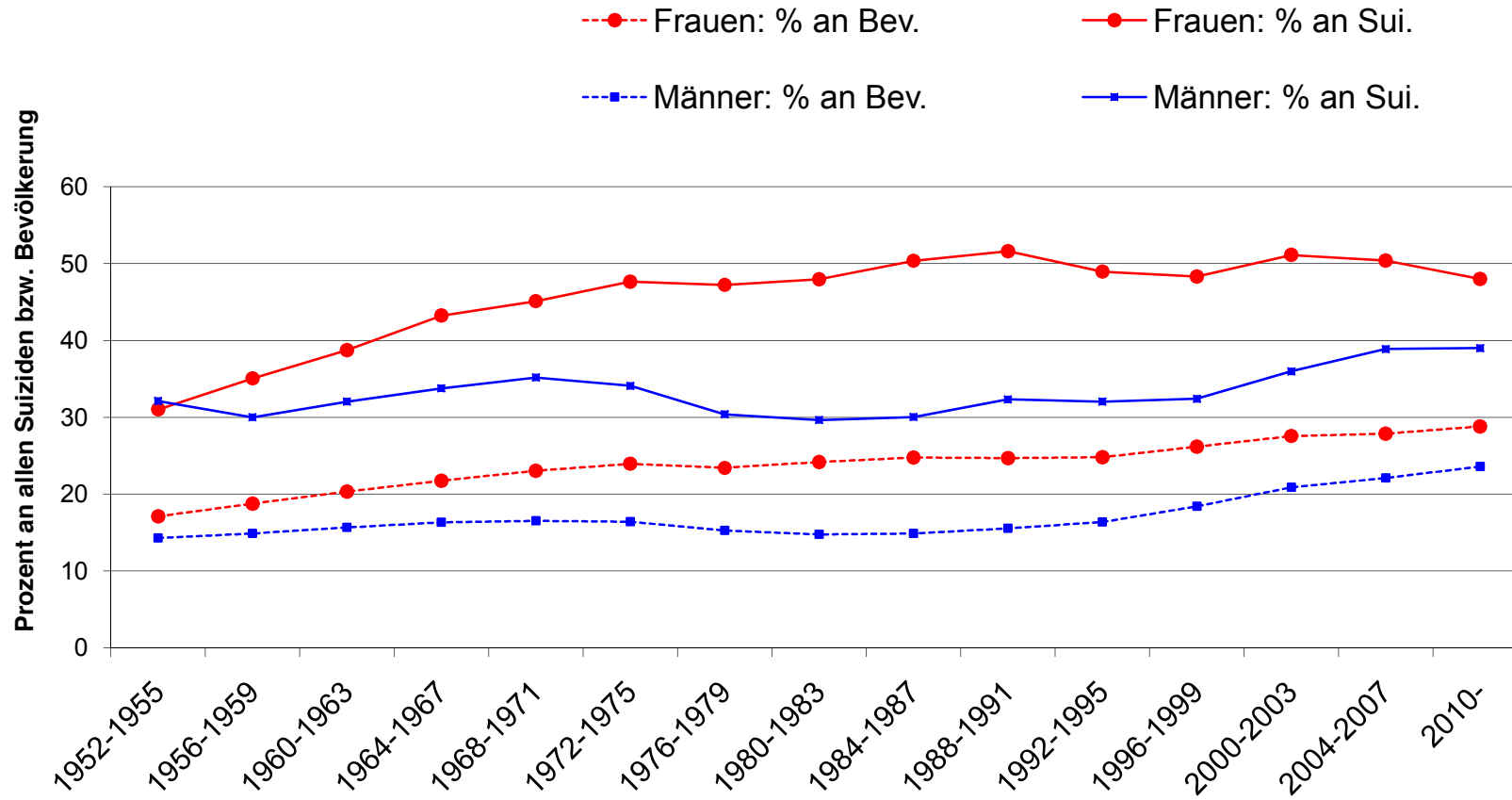
Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 12.12.2013 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2014

Deutsche Aktivitäten und Verlauf der Suizidziffern in Deutschland 1952 - 2012



Die Anteile alter Menschen an der Gesamtzahl der Suizide nehmen deutlich zu

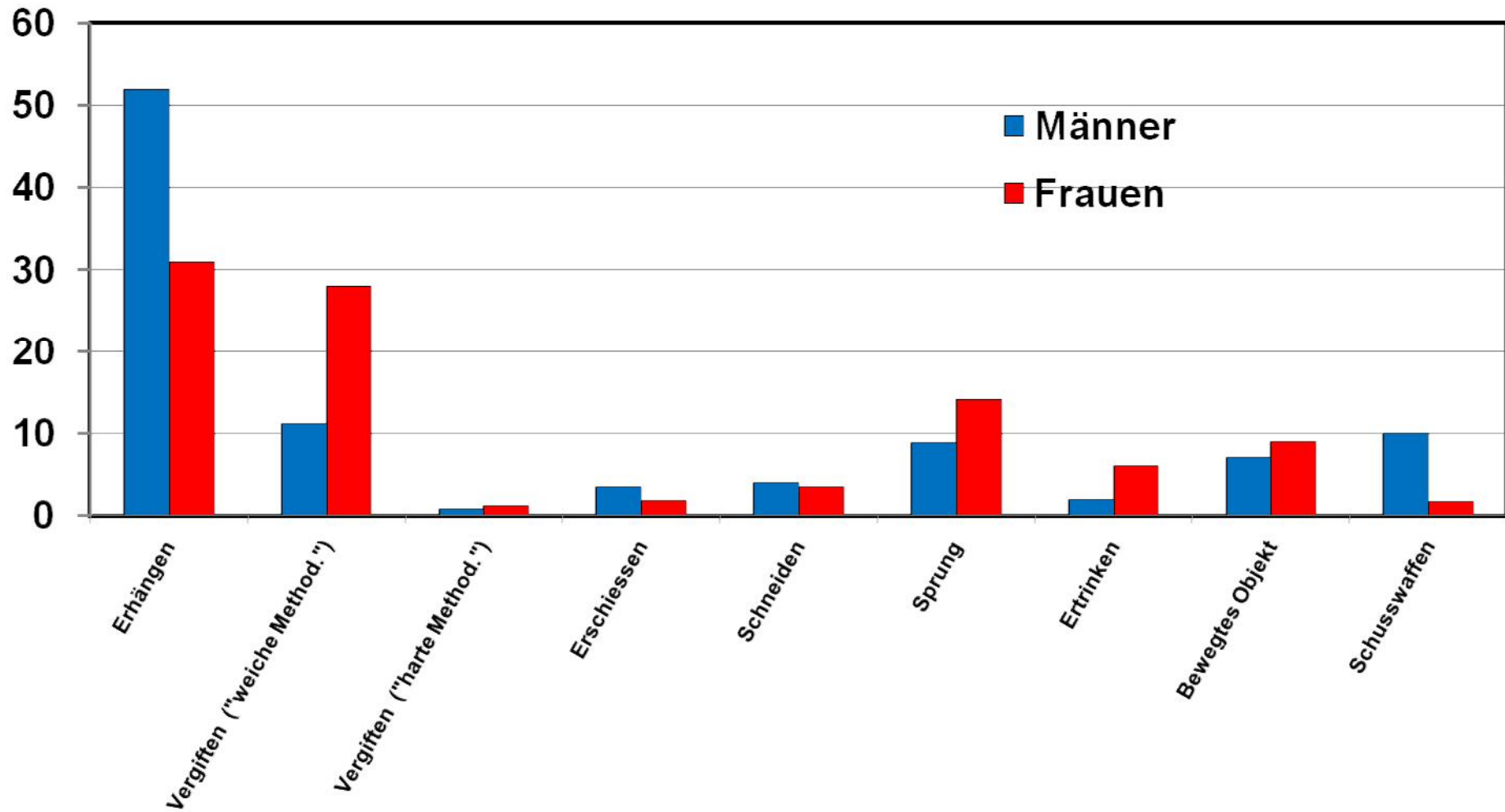
(Veränderungen der Prozentanteile der Bevölkerung 60+ an allen Suiziden und an der Gesamtbevölkerung: 1952 – 2010, 4-Jahres-Intervalle)



Suizidmethoden in Deutschland

Alle Altersgruppen – Beide Geschlechter

(Daten 2012)

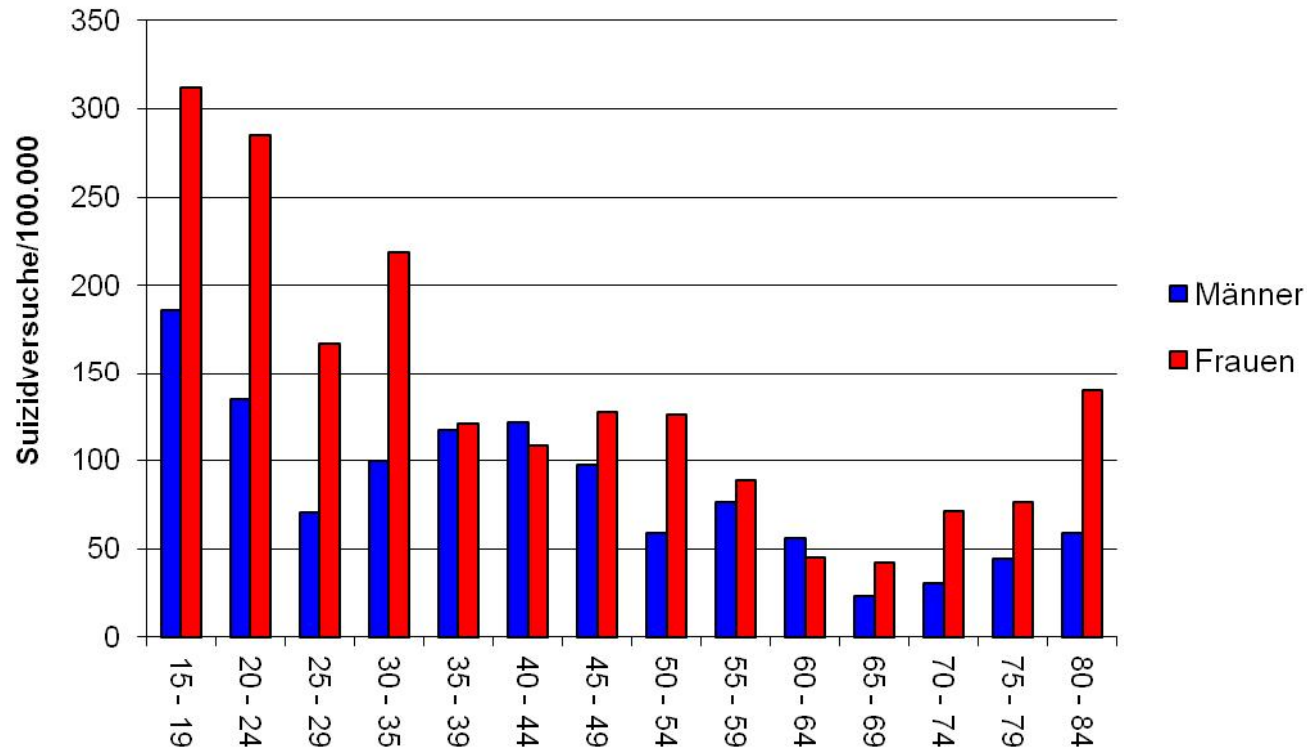


Häufigkeit von Suizidversuchen

**In Deutschland mindestens 100.000
Personen im Jahr mit Suizidversuchen,
die mit dem Versorgungssystem in
Kontakt kommen.**

Quelle: Schmidtke et al., 2004; WHO Multicenter Studie: gemittelte Raten 2001 - 2006

Altersverteilung von Suizidversuchen

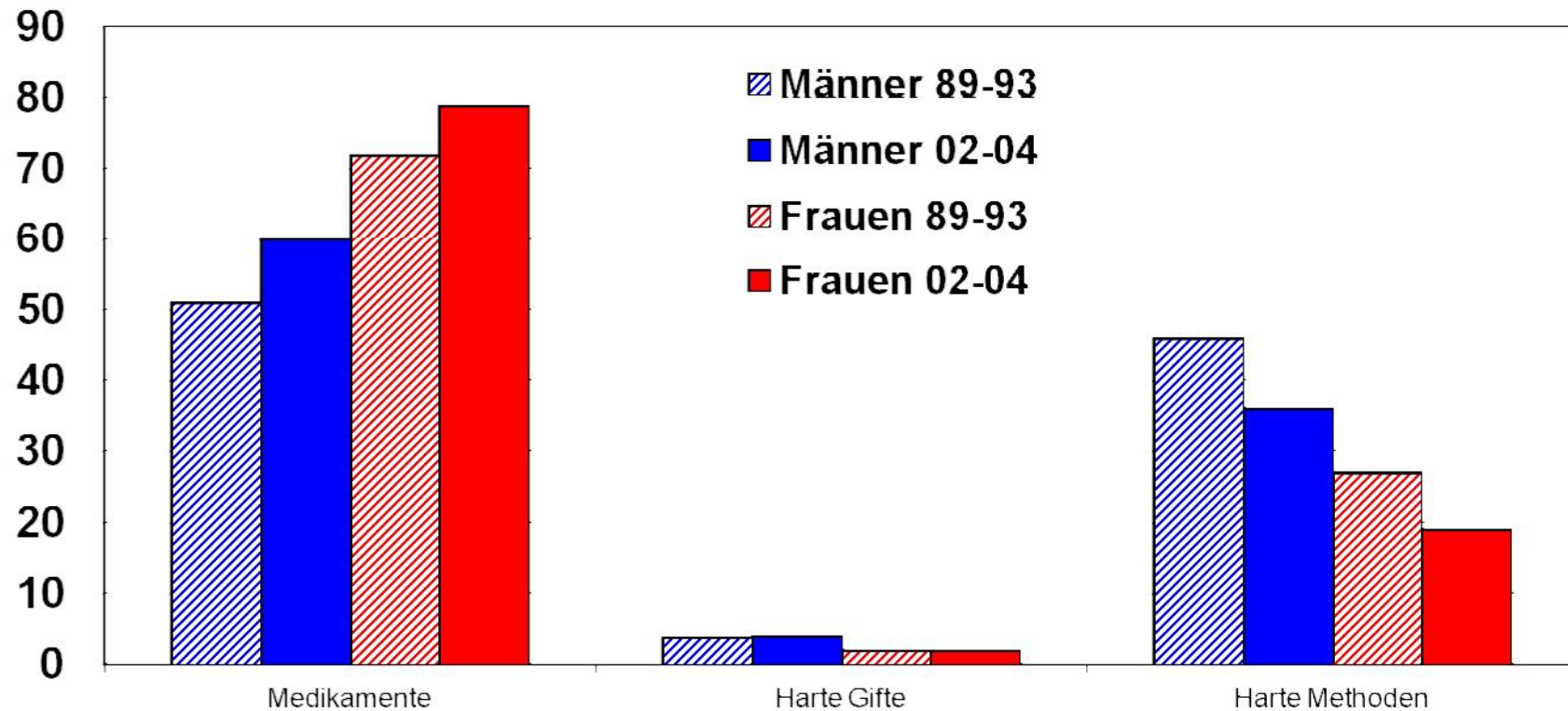


Quelle: Schmidtke et al., 2004; WHO Multicenter Studie: gemittelte Raten 2001 - 2006

Quelle: WHO Multicenter Studie: gemittelte Raten 2001 - 2006

Suizidversuchsmethoden

WHO Multicentre Study on Suicidal Behaviour



(Löhr, Schmidtke et al., 2006)

Auswirkungen auf andere Personen

Jeder Suizid hat im Durchschnitt Auswirkungen auf **mindestens 6 - 23 andere Personen**

(WHO, 2000)

Postvention-
problematik



Motive für Suizidversuche

Alter

Bis 25 Jahre

Mehr Interpersonelle Probleme

< 45 – 64

Mehr Finanzielle Probleme

> 65 Jahre

Mehr somatische Erkrankungen

Geschlecht

Männer

Mehr finanzielle Probleme

Frauen

Mehr Interpersonelle Probleme

Schlechte Behandlung durch Partner

Soziale Risikofaktoren

Schlechte ökonomische Bedingungen

Arbeitslosigkeit

Berufliche/Finanzielle Probleme (u. a. "Mobbing")

Sozial benachteiligt (Randgruppen, Gesellschaftsgruppen mit erhöhtem Pegel von Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit)

Vereinsamung (verwitwet/geschieden)

Arbeitslosigkeit

Alter

Suizidversuche und Migration/Immigration

Die Ergebnisse der WHO/EURO Multicentre Study (MONSUE) zeigen, dass 27 von 56 Immigrantengruppen im Vergleich zum “Gastland” höhere Suizidversuchsraten aufweisen.

Nur 4 Gruppen weisen niedrigere Raten auf

Die Raten sind zum Teil 2 – 5 fach höher

(Razum & Zeeb, 2004 ; Löhr et al., 2006; Sayil, 2006; Wohner et al., 2006; Bursztein et al., 2009, 2010)

Risikogruppen

- Affektive Psychosen (4% - 15% einer Kohorte sterben durch Suizid)
- Alte und Vereinsamte („ungarisches Muster“)
- Somatisch (chronisch) Kranke (mit Schmerzen und fehlender Heilungsaussicht). Jedoch nur 2 - 3% in psychologischen Autopsien gefunden.
- Alkoholabhängige (bis 14%, besonderes Risiko nach 8 – 10 Jahren)
- Drogenabhängige (bis 30 % der „Drogentoten“ sind sicher Suizide)

Risikogruppen

- Personen mit Suizidankündigungen
- Personen nach Suizidversuch (10% Wiederholungen in den ersten 12 Monaten)
- Schizophrene (14% einer Kohorte; besonders gefährdet junge Männer, junge Akademiker, besonders aus Akademikerfamilien)
- Homosexuelle (Schätzungen: 2 – 3fach höher)
- Haft (besonders U-Haft)



Informationen zur Suizidprävention in Deutschland

www.suizidpraevention-deutschland.de

Informationen über Suizide in Deutschland und die Aktivitäten zur Suizidprävention

Folgende Flyer und Broschüren stehen zum Download oder zur Bestellung bereit:

Wenn das Älterwerden zur Last wird.
Suizidprävention im Alter – Broschüre

Wenn das Altwerden zur Last wird.
Hilfe bei Lebenskrisen
und Selbsttötungsgefahr älterer Menschen -
Flyer

Darüber reden kann leben retten.
Hilfe bei Lebenskrisen und
Selbsttötungsgefahr junger Menschen

Suizide, Suizidversuche, Suizidalität,
Empfehlungen für die Berichterstattung in den
Medien

Niedergeschlagen? Schlecht drauf?
Nicht zögern! Reden!
Informationen für Inhaftierte (in 14 Sprachen)

Wenn ein Mensch sich getötet hat.
Hilfen für Angehörige in den ersten Tagen

Nüchtern hätte ich das nicht gemacht.
Krisen bei Sucht- und Selbsttötungsgefahr:
Hilfe für Betroffene und Angehörige

Wenn die Zukunft dunkel scheint
Empfehlungen für Betroffene
bei Erwerbslosigkeit

Leistungssportler in der Krise ?
Hilfe bei Lebenskrisen
und Selbsttötungsgefahr im Leistungssport

Hinsehen, zuhören, reden ...
Suizide und Suizidversuche im Justizvollzug
Informationen für Vollzugsbedienstete

Informationen über Veranstaltungen
am **Welttag der Suizidprävention** am 10. September

finden Sie unter

www.welttag-suizidpraevention.de

Melden Sie Ihre Veranstaltung am Welttag der Suizidprävention dort an



**In Würde leben, in Würde sterben.
Suizidprävention und Palliativmedizin fördern.**

**Aufklären, Hilfen bereitstellen und Leiden wirksam behandeln
statt assistierter Suizid.**

**Stellungnahme des
Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSP) und der
Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)**

**zur Diskussion gesetzlicher Änderungen bezüglich eines
Verbots der gewerbsmäßigen und geschäftsmäßigen Sterbehilfe**

Juni 2014

**Für das Nationale Suizidpräventionsprogramm
für Deutschland**

**Prof. Dr. Armin Schmidtke
Dipl. Psych. Georg Fiedler**

**Für die Deutsche Gesellschaft für
Suizidprävention**

**Univ. Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer
Prof. Dr. Barbara Schneider**

Koordination

**Dipl. Psych. Georg Fiedler
PD Dr. Reinhard Lindner**

**Kontakt:
info@naspro.de
presse@naspro.de**

Stellungnahme

Die gesellschaftliche Diskussion über ein Verbot der gewerbsmäßigen und geschäftsmäßigen Sterbehilfe in Deutschland hat zu öffentlichen Stellungnahmen und Forderungen geführt, die Grundprinzipien der Suizidprävention insgesamt in Frage stellen. Diese Forderungen erstrecken sich nicht nur auf die Situation terminal Erkrankter, sondern gehen so weit, tödlich wirkende Medikamente einem breiten Kreis von Personen zur Verfügung zu stellen, die Suizidwünsche äußern. Darüber hinaus ist ein Bestreben vorhanden, die Möglichkeit der Suizidassistenz -auch von Laien- geschäftsmäßig und organisiert ausgeübt zu legalisieren.

Vorab soll darauf hingewiesen werden, dass nur äußerst wenige der ungefähr 10.000 Suizide im Jahr in Deutschland von sterbenden Menschen verübt werden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle geschehen Suizide vor dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung. Suizidale Äußerungen und suizidale Handlungen hingegen dürfen nicht als Ausdruck des unbedingten Willen zum Sterben verstanden werden sondern als ein Ausdruck der Befindlichkeit, unter den derzeit gegebenen Umständen nicht mehr weiter Leben zu können. Der angemessene Umgang mit Suizidalität ist das individuelle Gespräch und ggf. eine angemessene medikamentöse Behandlung, aber in keinem Fall die Gabe eines tödlichen Medikaments.

Vor diesem Hintergrund setzen wir uns für eine gesetzliche Regelung ein, die keine legale gewerbsmäßig oder geschäftsmäßig ausgeübte Suizidbeihilfe in Deutschland ermöglicht und den Vorrang von Therapie, Prävention und Leidensminderung sowohl feststellt als auch aktiv befördert.

Aus unserer Sicht müssen bei einer gesetzlichen Regelung folgende Aspekte berücksichtigt werden

1. Die geschäftsmäßige, gewerbsmäßige und von Laien ausgeübte Beihilfe zum Suizid soll ausgeschlossen werden. Dies sollte jedwede Werbung für Angebote der Suizidbeihilfe und für Suizidmittel einschließen.
2. Die *qualifizierte* ärztliche leidensmindernde - und damit ggf. auch lebensverkürzende - Behandlung zur Erleichterung des Sterbeprozesses darf von dieser gesetzlichen Regelung nicht berührt und unter Strafe gestellt werden
3. Eine gesetzliche Regelung darf nicht zu einer Tabuisierung der Suizidproblematik führen. Die Thematisierung suizidaler Befindlichkeiten durch Betroffene, sowohl in therapeutischen als auch in öffentlichen Kontexten, darf nicht strafbewehrt sein.

Eine gesetzliche Regelung muss aus unserer Sicht zwingend von Maßnahmen begleitet werden, die einen Anspruch auf Hilfe und Beistand leidender Menschen begründen. Damit soll vermieden werden, dass in der Not Hilfe in der Illegalität gesucht werden muss.

4. Ambulante und stationäre palliativmedizinische Angebote für die Behandlung Sterbender und Schwerstkranker müssen qualifiziert und flächendeckend ausgebaut und zur Verfügung gestellt werden. Dies beinhaltet einen Anspruch auf palliativmedizinische Behandlung und die massive Förderung der Qualifikation der im Gesundheitswesen Tätigen.
5. Die Aufklärung über palliative Behandlung und über Patientenrechte muss gefördert werden. Dazu gehört auch die Information über das Recht, eine lebenserhaltende Behandlung zu verweigern bei gleichzeitigem Anspruch auf leidensmindernde, das Sterben erleichternde Maßnahmen.
6. Die Förderung und der Ausbau des breiten Spektrums suizidpräventiver Maßnahmen, die dem vielfältigen Charakter suizidaler Phänomene gerecht werden. Dazu gehört u.a. die Förderung und der Ausbau auch niedrighschwelliger Angebote für unterschiedliche spezifische Risikogruppen, insbesondere Ältere und körperlich Erkrankte, Aufklärung über das Phänomen „Suizid“ und die Hilfsmöglichkeiten sowie die massive Förderung der Qualifikation der im Gesundheitswesen Tätigen.

Erläuterung

Die Forderungen sollen wie folgt begründet werden. Der Fokus liegt aufgrund der gegenwärtigen Diskussion auf den aus der Suizidforschung bekannten Erkenntnissen zur Suizidalität und besonders auch auf der Situation sowohl alter als auch schwerstkranker und sterbender Menschen.

ad 1. In Deutschland sind derzeit mehrere Organisationen sowie weitere einzelne Personen an der Beihilfe zum Suizid beteiligt. Bei vielen der mit Hilfe dieser Organisationen zu Tode gekommenen Personen hätte es durchaus die Möglichkeit einer medizinischen Behandlung (z.B. einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung oder im Rahmen der Palliativmedizin) gegeben. Derartige Organisationen versprechen eine „schnelle Hilfe“ durch Beihilfe zum Suizid, indem sie nicht professionelle Beratung, Behandlung und Hilfe, sondern die Suizidmittel direkt bereitstellen. In diesem Rahmen werden Maßnahmen der Sterbehilfe häufig nicht dokumentiert. *Sie unterliegen keinen definierten Qualitätskriterien. D.h., die Entscheidungen sind i.d.R. nicht überprüfbar und tödliche Medikamente werden auch von medizinischen Laien zur Verfügung gestellt.* Deshalb ist auch unbekannt, in welchem Umfang tödliche Medikamente – auch nicht sterbenden Menschen – zur Verfügung gestellt wurden und welche Komplikationen es gegeben hat.

Bei Suizidgedanken älterer und/oder schwer erkrankter Menschen sollte die Auseinandersetzung mit der Angst vor Abhängigkeit, den Erfahrungen von Einsamkeit, Isolation und mit Trauerprozessen im Vordergrund stehen. *Auch wenn die psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische und palliativmedizinische Versorgung von schwer Erkrankten und Älteren Menschen bislang nicht ausreichend ist, so ist dies kein Grund, Menschen mit Problemen im Alter dem Suizid zu überlassen.* Vielmehr bedarf es gesundheits-politischer Anstrengungen, die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung Älterer zu verbessern. Hierzu gehört auch die gesellschaftliche Förderung der Suizidprävention und der Palliativmedizin.

ad 2. *Eine gesetzliche Regelung darf qualifizierte palliativmedizinische Maßnahmen hinsichtlich einer leidensmindernden Behandlung nicht einschränken.* Dies gilt auch, wenn dadurch gleichzeitig in seltenen Fällen das Leben verkürzt wird. In sehr seltenen Fällen, in denen palliative Symptom-linderung nicht ausreichend möglich ist kann die Behandlung unter strenger Beachtung des Patientenwillens das Leben beenden (z.B. durch terminale Sedierung, terminales Wheening oder eine, das Sterben beschleunigende Medikation). Diese Entscheidung sollte reflektiert, qualifiziert kollegial supervidiert und mit dem Betroffenen und

seinen Angehörigen geklärt sein. *Sie sollte deshalb im Falle eines Sterbewunsches nicht i.S. einer „Beihilfe zum Suizid“ gewertet und strafbewehrt werden.* Ärzte brauchen im Rahmen einer palliativ-medizinischen Behandlung die Rechtssicherheit, in diesem Fall Leiden mindernde Maßnahmen durchführen zu dürfen, auch wenn diese das Leben ihrer Patienten möglicherweise verkürzen.

ad 3. Eine gesetzliche Regelung sollte weiterhin ermöglichen, dass über Lebensmüdigkeit und über Suizidwünsche, sowohl im öffentlichen Diskurs als auch in Therapien, frei gesprochen werden kann, ohne in Gefahr zu geraten, an der Mitwirkung an einer Selbsttötung beteiligt zu sein. Professionelle Gespräche, nicht nur am Lebensende, bedürfen eines geschützten Raumes, in dem Verstehen vor sofortigem Handeln steht. Die ärztliche und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung suizidgefährdeter Patienten kann es u.a. erforderlich machen, dass der Behandler in der Absicht, eine Behandlung überhaupt erst zustande kommen zu lassen, die suizidale Befindlichkeit des Patienten akzeptiert, sie nicht ausredet oder unmittelbar Zwangsmaßnahmen ergreift.

Auch die von Betroffenen oder von Hilfseinrichtungen organisierten Diskussionen zu suizidalen Befindlichkeiten, z.B. in Internetforen, sollten durch eine gesetzliche Regelung nicht kriminalisiert werden, sofern sie nicht dazu dienen, gewerblich oder nicht gewerblich Suizidmittel zur Verfügung zu stellen bzw. mittelbar oder unmittelbar Werbung für eine Sterbehilfeorganisation zu machen.

ad 4. Menschen, die sich einer unheilbaren Krankheit und dem nahen Lebensende gegenüber sehen, befürchten oftmals, ohne jede Hilfe erst nach einem langen Leidensprozess und bei unwürdiger Behandlung sterben zu müssen. Hierbei kann der Wunsch nach einem baldigen, selbst bestimmten und selbst herbeigeführten Ende sehr drängend werden. Es darf nicht verschwiegen werden, dass eine palliativ-medizinische Unterstützung für diese Menschen bislang nicht in ausreichendem Maß flächendeckend zur Verfügung steht und es noch einen dringenden Qualifizierungsbedarf für im Gesundheitswesen Tätige gibt.

Diese unheilbar Kranken und Sterbenden sollten von daher einen Anspruch auf eine bedarfsgerechte Behandlung haben, die den Sterbeprozess insbesondere durch eine ausreichende Schmerzbeikämpfung, Linderung von Atemnot und Übelkeit erleichtert und eine psychosoziale Begleitung ermöglicht.

Mehr Fortbildungen hinsichtlich der Möglichkeiten der palliativmedizinischen Versorgung, der Patientenrechte und in psychotherapeutisch orientierter Gesprächsführung sind dringend notwendig. Die gewonnene Kompetenz dient der Verbesserung der

medizinischen Versorgung schwerst kranker, sterbender, lebensmüder und suizidaler Patienten.

ad 5. Die in Umfragen erhobenen Mehrheiten für eine aktive Sterbehilfe können auch dahingehend interpretiert werden, dass die Möglichkeiten einer palliativmedizinisch leidensmindernden Sterbebegleitung nicht bekannt sind. Darüber hinaus herrscht aus unserer Sicht - auch bei Professionellen im Gesundheits- und Pflegebereich - ein Unkenntnis bezüglich des Rechtes der Patienten auf die Verweigerung einer - auch lebenserhaltenden und -verlängernden - Behandlung bei gleichzeitigem Anspruch auf leidensmindernde Maßnahmen. *Die Aufklärung über diese Sachverhalte und deren Kenntnis ist aus unserer Sicht ein absolut notwendiger Beitrag für eine qualifizierte Diskussion und Entscheidungsfindung zum würdigen Sterben.*

Ad 6. Besonders ausserhalb der Lebenssituation schwerst körperlich Kranker und Sterbender gilt: *Menschen mit Suizidgedanken wollen nicht unbedingt sterben.* Sie wissen meist nicht, wie sie in der Situation, in der sie sich erleben, weiterleben können. Ihre Stimmung ist geprägt von Gefühlen von Hoffnungslosigkeit, Aussichtslosigkeit, Scham und Wut auf sich und die Anderen. Häufig suchen sie mehr oder weniger Hilfe. Sie können diesen Wunsch jedoch in ihrer psychischen Befindlichkeit oft nicht adäquat artikulieren oder werden durch Ängste und Befürchtungen gehemmt. Suizidalität kann also als ein Zustand der Zuspitzung einer seelischen Krise verstanden werden, in denen die Betroffenen in ihrem Denken nicht selten so weit eingeengt sind, dass sie ohne Unterstützung keine Wege mehr sehen, die Krise mit anderen Mitteln als mit suizidalen Handlungen zu lösen. *Ungefähr 70% der Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben begehen keinen weiteren Suizidversuch und 90% der Menschen mit einem Suizidversuch sterben nicht durch Suizid.*

Auch wenn Einzelfälle dagegen sprechen mögen – es ist keinesfalls suizidpräventiv, wenn suizidgefährdete Menschen in einer akuten Krise legal Suizidmittel zur Verfügung gestellt würden. *Eine der wirksamsten Methoden der Suizidprävention ist die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln. Dies hilft Menschen oft über den Zeitraum akuter Krisen hinweg und ermöglicht psychosoziale Hilfe und Unterstützung.* Aus Studien ist bekannt, dass ein großer Teil derjenigen, die durch Suizid starben, in den vier Wochen vor dem Suizid einen Arzt aufgesucht haben. Allerdings haben sie ihre Selbstgefährdung oft nicht angesprochen.

Es gibt zu wenig spezielle Hilfsangebote für suizidgefährdete Menschen, welche ihre psychische Befindlichkeit berücksichtigen. Vorhandene Angebote werden deshalb viel zu selten angenommen. Die Wartezeiten bei Psychiatern und Psychotherapeuten sind zu lang, in Kliniken müssen erst Gespräche mit

vielen Ärzten und Therapeuten geführt werden, bis es zu einer Behandlung kommt. Darüber hinaus erschweren Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen, als auch gegenüber suizidgefährdeten Personen die Suizidprävention. Hierzu zählen Vorstellungen, wie “durch Nachfragen bei gefährdeten Menschen kann man diese erst auf Suizidgedanken bringen”, “Wer darüber spricht tut es nicht” und “Man kann niemanden davon abhalten, wenn er es wirklich will”. Vorurteile und Unwissen verhindern auch nicht selten eine angemessene leidensmindernde Sterbebegleitung schwerkranker sterbender Menschen und können zu bei diesen den Wunsch nach einem assistierten Suizid fördern.

Eine Hamburger Studie ergab, dass es suizidgefährdete ältere Menschen gibt, die in ärztlicher oder psychiatrischer Behandlung sind, ihre Suizidgedanken aber nicht ansprechen. Sie befürchten, die Beziehung zu ihrem Arzt zu gefährden. Diese Gruppe von Suizidgefährdeten hat Angst, abgelehnt zu werden, in die geschlossene Psychiatrie eingeliefert und ihrer Autonomie beraubt zu werden oder als schwach und psychisch krank zu gelten. Suizidgedanken werden als ein Stigma empfunden, das besser nicht offenbart wird.

Es werden deshalb deutlich mehr wirkungsvolle, regional angepasste Strukturen für eine bessere Primärprävention (allgemeine suizidpräventive Maßnahmen), sekundäre (Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Menschen) und tertiäre Prävention (Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch) benötigt. Jeder, der Hilfe sucht, sollte unkompliziert und schnell qualifizierte Hilfe finden können.

Anlage

Suizidalität

Jedes Jahr nehmen sich in Deutschland ungefähr 10.000 Menschen das Leben, davon sind etwa 70% Männer. Das Suizidrisiko steigt bei Frauen und Männern mit dem Lebensalter. Das durchschnittliche Lebensalter eines durch Suizid Verstorbenen liegt bei ca. 57 Jahren – mit steigender Tendenz. In Deutschland sterben ungefähr genau so viele Menschen durch Suizid wie durch Verkehrsunfälle, AIDS, illegale Drogen und Gewalttaten zusammen. (Informationen über die aktuellen Suizidzahlen finden sie hier: Suizide in Deutschland)

Die Anzahl der Suizidversuche kann auf mindestens 100.000 im Jahr geschätzt werden. Suizidversuche werden besonders häufig von Frauen und in jüngerem Lebensalter unternommen. Suizidversuche können oft als „Hilferufe“ interpretiert werden. Sie müssen immer ernst genommen werden, da sie einen Hinweis auf das Vorhandensein ernstzunehmender psychischer Probleme sind. Ungefähr jeder Dritte unternimmt nach dem ersten einen weiteren Suizidversuch und jeder Zehnte stirbt später durch Suizid. Eine Unterscheidung zwischen „ernsthaften“ und „nicht ernsthaften“ Suizidversuchen wird in der Suizidforschung mehrheitlich nicht mehr getroffen.

Das Suizidrisiko ist bei allen psychischen Erkrankungen erhöht. Dazu gehören besonders Psychosen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen. Der Anteil psychiatrischer Erkrankungen an Suiziden ist methodisch nur sehr schwierig zu erheben. Die vorliegenden Studienergebnisse unterscheiden sich erheblich: je nach Studie wurden 15% bis 95% der durch Suizid Verstorbenen als depressiv beurteilt. Auch ist zu berücksichtigen, dass aus Suizidgedanken nicht zwangsläufig auf eine psychische Erkrankung zu schließen ist. Das Suizidrisiko ist im Vergleich mit dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung erhöht bei: Männern, Menschen im höheren Lebensalter, Menschen mit gleichgeschlechtlicher sexueller Orientierung und jungen Frauen mit Migrationshintergrund. Traumatisch erlebte Ereignisse wie der Verlust wichtiger Bezugspersonen, schwerere Erkrankungen, Veränderungen von Lebensumständen, wie Verlust des Arbeitsplatzes oder Untersuchungshaft bzw. schon die Angst vor solchen Ereignissen können bei vulnerablen Menschen Suizidgedanken auslösen. Jedoch ist das Vorhandensein auch mehrerer Risikofaktoren kein Indikator für Suizidgefährdung und keiner dieser Faktoren erklärt einen Suizid alleine.

Bekannt sind auch lebensgeschichtliche Ereignisse, die zu erheblicher Suizidalität führen können, wie z.B. die

Erfahrungen von Ablehnung oder physischer und sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend. Gerade die spätere Verarbeitung dieser frühen Beziehungserfahrungen scheint für das spätere Auftreten von Suizidalität bis hin in das hohe Lebensalter bedeutsam zu sein.

Zu berücksichtigen ist unbedingt, dass suizidale Äußerungen und auch suizidale Handlungen nicht unbedingt als ein Wunsch zu sterben zu interpretieren sind, sondern vielmehr als Ausdruck der Befindlichkeit, unter den bestehenden Umständen nicht mehr weiter leben zu können. Bis zu 70% der Menschen, die eine Suizid vollendeten, haben im Monat vor dem Suizid einen Arzt aufgesucht. **Suizidalität ist vor diesem Hintergrund als Hilferuf zu verstehen, und nicht als Wunsch, getötet zu werden.** Die bedeutet, das aus psychiatrischer Sicht Suizidwünsche im Gespräch qualifiziert exploriert und ggf. behandelt werden müssen.

Suizidalität ist ein tabuisiertes Thema. Betroffenen Menschen fällt es - nicht selten auch während der Behandlung einer Erkrankung, wie einer Depression - schwer über ihre Suizidgedanken mit ihrem Arzt oder Therapeuten zu sprechen. Aus Studien ist bekannt, dass Menschen vor einem vollendeten Suizid viel

häufiger als üblich einen Arzt aufgesucht haben, die Suizidgefährdung aber nicht erkannt wurde. Häufig besteht die Angst darin, nicht ernst genommen zu werden, soziale Kontakte zu verlieren, als psychisch krank bezeichnet zu werden und vor Autonomieverlust durch zwangsweise Behandlung. Außerdem haben nicht wenige die Vorstellung, dass sie niemand verstehen und niemand ihnen helfen könne. Diese Ängste und Vorstellungen ergeben sich aus der psychischen Befindlichkeit der Betroffenen.

Suizidprävention ist möglich. Suizidalität ist ein komplexes Phänomen und Suizidprävention deshalb auch eine vielschichtige Aufgabe. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm begreift deshalb Suizidprävention als eine gesellschaftliche Aufgabe, die weit über den Bereich der Gesundheitspolitik hinausgeht. Eines der wirksamsten Mittel ist - soweit überhaupt möglich - die Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmethoden (z.B. Waffen, Medikamente, Chemikalien, Absicherung von Bauwerken). Weitere Mittel der Suizidprävention sind u.a. die Verfügbarkeit niedrigschwelliger Behandlungsangebote, die Fortbildung in den medizinischen und psychosozialen Berufen sowie die Förderung der Früherkennung von Suizidgefährdung und von psychischen Erkrankungen und nicht zuletzt ein gesellschaftliches Klima, in welchem die Suizidproblematik wahr- und ernst genommen wird.

Suizidgefährdung ist behandelbar, wenn der oder die Betroffene sich auf eine Behandlung einlässt. Nicht

selten ist es allerdings eine große Herausforderung, Suizidgefährdete davon zu überzeugen, dass sie professionelle Hilfe benötigen. Je nach Problemlage und in Übereinkunft mit den Betroffenen kann die Behandlung ein breites ambulantes (und manchmal auch stationäres) Behandlungsangebot umfassen. Auch bei Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung und einer pharmakologischen Behandlung wird bei Suizidgefährdung immer das Angebot psychotherapeutischer Gespräche als bedeutsam angesehen.

Eine besondere Rolle spielen Medien in der Suizidprävention. Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass die mediale Darstellung von Suiziden weitere Suizide zur Folge haben kann. Dies gilt besonders auch für die Verbreitung von evtl. bisher weitgehend unbekanntem oder „exotischen“ Suizidmethoden. In den Tagen nach dem Suizid von Robert Enke hat es einen deutlichen Anstieg von Suiziden nach dem gleichen Muster gegeben, nach Datenlage sogar auch noch einmal nach der Gedenkfeier. Das bedeutet nicht, dass über Suizide und die Suizidproblematik nicht berichtet werden sollte. Entscheidend ist die Art der Berichterstattung.

Ein Suizid betrifft viele Menschen. Von jedem Suizid sind nach Schätzungen der WHO durchschnittlich deutlich mehr als sechs Personen betroffen. Nicht nur Angehörige, auch Freunde, Kollegen, Mitschüler etc. können in einem Maße betroffen sein, dass sie auch selbst Unterstützung benötigen. Der Trauerprozess nach einem Suizid kann erschwert sein und mehrere Jahre dauern. Für Hinterbliebene ist es wichtig, dass über Suizide offen gesprochen werden kann, ohne dass sie befürchten müssen, ausgegrenzt zu werden. Nicht vergessen werden dürfen auch die Folgen für weitere nahestehende Menschen (z.B. Arbeitskollegen, Mitschüler), in Ausübung ihres Berufes mit Suiziden konfrontierte Menschen (z.B. Ärzte, Therapeuten, Angehörige von Pflegeberufen, Polizisten, Feuerwehrangehörige u.v.a.m.) sowie Zeugen suizidaler Handlungen. Auch diese Betroffenen benötigen Hilfe und Unterstützung.

Suizidalität im Alter und bei schweren Erkrankungen

Aktuelle körperliche Erkrankungen stehen unter den Faktoren die zu Suizidalität und letztlich zum Suizid führen i.d.R. nicht im Vordergrund. Die meisten Menschen, die sich das Leben nehmen, befinden sich nicht im finalen Stadium einer tödlich endenden Krankheit.

Gerade im Alter, einem Lebensabschnitt mit besonders hohen Suizidraten spielen körperliche Erkrankungen allerdings eine besonders Rolle. Hier finden sich

unterschiedliche Situationen von Suizidalität und Lebensmüdigkeit:

- Ein dringender Sterbewunsch bei einer terminalen Erkrankung unmittelbar vor dem Tod
- Ein Sterbewunsch im Rahmen einer, letztlich zum Tode führenden Erkrankung, jedoch deutlich vor dem krankheitsbedingten Sterben
- Angst vor einer schweren Erkrankung, vor Siechtum und abhängiger Hilflosigkeit ohne das Vorliegen einer schweren Erkrankung
- Suizidwünsche vor dem Hintergrund einer schweren psychiatrischen Erkrankung
- Suizidalität im Rahmen von Erfahrungen des Verlusts, der Verletzung und Kränkung, sowie des intensiven, (oft jahrelangen) interpersonellen Konflikts.

Aus unserer Sicht sollte im Vordergrund der Auseinandersetzung mit den Suizidwünschen stehen:

- Die Exploration der Hintergründe des Suizidwunsches auch abseits des offensichtlichen körperlichen Zustandes.
- Die Aufklärung über palliativmedizinische Behandlungsmöglichkeiten und deren Anwendung.
- Die Aufklärung über das Recht, eine Behandlung der terminalen Erkrankung zu verweigern, bei gleichzeitigen Anspruch einer leidensmindernden Sterbebegleitung
- Die psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung einer vorliegenden psychiatrischen Erkrankung bzw. psychosozialen Krise.