

**Dokumentation des Symposiums „Suizidalität im Alter“
der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft
Gerontopsychiatrie des Kreises Unna
am 21.02.2024 im Haus Opherdicke**



(v.l.n.r.: Meike Schwermann, Moderation, Coaching Palliative Care; Theresa Rosenberg, Regionalbüro DO Alter, Pflege, Demenz APD; Uwe Johansson, Chefarzt Gerontopsychiatrie LWL-Klinik DO; Ansgar Heithoff, Richter, Direktor Amtsgericht Schwerte; Dr. Katrin Linthorst, Gesundheitsdezernentin Kreis Unna; Hans Zakel, Sozialplaner Kreis Unna; Bert Schulz, Regionalbüro APD; Katja Sträde, Leitung Sozialpsychiatrischer Dienst Kreis Unna; Daniel Robbert, Ethiker im katholischen Hospitalverbund Hellweg) - Foto: Regionalbüro APD

Impressum

Herausgeber:

Kreis Unna, Der Landrat

Fachbereich Arbeit und Soziales

Koordinierungsstelle Altenarbeit

Friedrich-Ebert-Straße 17

59425 Unna

Astrid Gutknecht

Tel.: 02303-27 25 50

E-Mail: seniorenarbeit@kreis-unna.de

Hans Zakel

Tel.: 02303-27 11 61

E-Mail: hans.zakel@kreis-unna.de

Gestaltung: Astrid Gutknecht

März-Mai 2024

Eine Anmeldung
ist erforderlich.

Die Teilnahme
ist kostenlos.

KREIS UNNA

EINLADUNG

Symposium der Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie im Kreis Unna

MITTWOCH
21.02.2024

12.30 bis 17.00 Uhr
im
Haus Opherdicke

PROGRAMM

12.30 Uhr Ankommen mit Stehcafé im Spiegelsaal

13.00 Uhr Begrüßung durch Frau Dr. Linthorst

13.15 Uhr „Suizidalität im Alter – Betrachtung des Phänomens aus medizinischer Sicht“ – Uwe Johansson, Chefarzt der Gerontopsychiatrie der LWL-Klinik Dortmund, Regionalbüro Dortmund

14.00 Uhr „Suizidalität im Alter – Betrachtung des Phänomens aus ethischer Sicht“ – Daniel Robbert, Dipl.-Theologe, Koordination der ethischen Arbeit im katholischen Hospitalverbund Hellweg

14.45 Uhr Kaffeepause

15.30 Uhr „Suizidalität im Alter – Betrachtung des Phänomens aus juristischer Sicht“ – Ansgar Heithoff, Direktor des Amtsgerichts Schwerte

16.15 Uhr Austausch auf dem Podium

Moderation:

Meike Schwermann, Fachhochschule Münster und freiberuflich tätig in der Weiterbildung und Coaching für Pflegeberufe und Einrichtungen im Bereich Palliativ Care

Suizidalität im Alter

Menschen im höheren Lebensalter sind vermehrt von Multimorbidität bis hin zu lebensverkürzenden Erkrankungen betroffen. Oft erleben sie Einschränkungen in der Mobilität sowie in der gesellschaftlichen Teilhabe. Häufig sind sie von Hilfen abhängig oder von Einsamkeit bedroht.

Solche Lebenssituationen können dazu führen, dass ältere Menschen des Lebens überdrüssig werden und mit dem Gedanken spielen, ihr Leben zu beenden. Manche äußern auch den Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen.

Wie ist in der Praxis damit umzugehen? Welche Haltungen gibt es? Was ist erlaubt und wo liegen die Grenzen des professionellen und individuellen Handelns?

In der multiprofessionellen Veranstaltung wird die Situation der Alterssuizidalität im Kreis Unna aus den Perspektiven der Fachrichtungen Medizin, Ethik und Recht in Fachvorträgen betrachtet und im Podium diskutiert.

Eine Zertifizierung mit CME Punkten bei der Ärztekammer Westfalen Lippe ist beantragt.

**Anmeldung bis Dienstag, den 06.02.24
unter: Astrid.Gutknecht@kreis-unna.de**

Mit einer Anmeldung/Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden, dass im Rahmen der Veranstaltung zu dokumentarischen Zwecken fotografische Aufnahmen gemacht und veröffentlicht werden.

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

 **Regionalbüros
Alter, Pflege und Demenz**
Das gemeinsame Ziel ist die bestmögliche Versorgung der
Lebensleistung und der Träger der Pflegeversicherung NRW
VERFORMUNG DER ORGANISATION

KREIS UNNA

Inhalt

1. Zusammenfassung des Symposiums: Hans Zakel, Sozialplanung Kreis Unna	5
2. Begrüßung: Dr. Katrin Linthorst, Gesundheitsdezernentin Kreis Unna.....	7
3. Moderation: Meike Schwermann, Weiterbildungen von Pflegebetrieben und Beschäftigten der Pflegebranche, Palliativ-Care-Coachin	9
4. Suizidalität im Alter – Eine medizinische Betrachtungsweise: Uwe Johansson (Chefarzt Gerontopsychiatrie LWL-Klinik Dortmund).....	11
5. „Ich will als ordentlicher Mensch sterben, so, wie ich gelebt habe.“ Suizidalität aus ethischer Sicht: Herr Daniel Robbert (Theologe, Ethik-Koordinator Katholischer Hospitalverbund Hellweg).....	25
6. Suizidalität im Alter – Betrachtungen des Phänomens aus juristischer Sicht: Ansgar Heithoff (Direktor Amtsgericht Schwerte).....	33
7. Moderatorin: „Wo erfahren Sie Grenzen im Umgang mit Sterbewünschen?“.....	58
8. Austausch auf dem Podium.....	58
9. Impressionen – Austausch im Bauhaus und während der Pause im Spiegelsaal	62
10. Anhang: Suizide - durch vorsätzliche Selbstbeschädigung Gestorbene in 2021 (IT.NRW Januar 2024, eigene Berechnungen).....	65

1. Zusammenfassung des Symposiums: Hans Zakel, Sozialplanung Kreis Unna

Der Kreis Unna, die LWL-Klinik Dortmund sowie das Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz hatten zum Gerontopsychiatrie-Symposium am 21. Februar auf Haus Opherdicke geladen. Das Interesse war groß: 70 Fachleute und Verantwortliche von Beratungsdiensten und Wohlfahrtsverbänden, aus der Notfallseelsorge, Hospizvereinen, Einrichtungen der Pflege und aus dem Inklusionsbereich, Pflegeschulen sowie Verantwortliche aus der Politik, Behindertenbeiräten und der Kreissenorenkonferenz kamen zusammen, um mehr über das Thema „Suizidalität im Alter“ zu erfahren.

Gesundheitsdezernentin Dr. Katrin Linthorst machte es in der Begrüßung deutlich: „Selbsttötungen im Alter 65 Jahre und mehr sind mit 56 Prozent deutlich überproportional vertreten.“ Ein Thema also, das aufgrund der heute schon hohen Zahl an Demenz- und Depressionskranken sowie des demografischen Wandels immer mehr in den Fokus rückt. Seit 1987 werden psycho-soziale Netzwerke vom Kreis Unna unterstützt. „Die anwesenden Fachleute stammen alle aus der Region und helfen mit, Tabuthemen in die öffentliche Wahrnehmung zu bringen und Versorgungslücken zu schließen.“

Einsamkeit häufig Grund für Sterbewunsch

Uwe Johansson, Chefarzt der Abt. Gerontopsychiatrie der LWL-Klinik Dortmund, erläuterte die Problematik aus medizinischer Sicht. Bei älteren Menschen sind es oftmals körperliche und psychische Krankheiten, Behinderungen, Schmerzen, aber auch soziale Isolierung und Einsamkeit, die den Sterbewunsch hervorrufen. „Die Person will **so** nicht mehr weiterleben und bittet um Hilfe“, erläuterte Uwe Johansson an konkreten, anonymen Beispielen. Sorgfältig und individuell müsse dieser Hilferuf analysiert werden. Individuelle Hilfsangebote führten bei vielen Patienten oft zur Entscheidung für das Weiterleben.

Wenn der Sterbewunsch bei klarer Selbstbestimmungsmöglichkeit weiter besteht, stehe der Mediziner vor dem Dilemma: Was genau ist rechtlich erlaubt, was erlauben die Grundlagen für ärztliche Arbeit? Anpassungen seien diesbezüglich erforderlich.

Daniel Robbert, Koordinator für die ethische Arbeit im Katholischen Hospitalverbund Hellweg, verwies auf die speziellen biografischen Faktoren, die einen Suizidwunsch wachsen lassen können. Neben Krankheiten sind es oftmals Verlust und Trennung von geliebten Menschen, aber auch soziale Aspekte, Armut und Einsamkeit. „Mehr als 25 Prozent der Menschen fühlen sich einsam“, so Daniel Robbert. Einsamkeit sei als „soziale Epidemie“ zu betrachten, die oftmals zu somatischen und psychischen Erkrankungen führe.

Die genaue Abklärung des Sterbewunsches dürfe keine Momentaufnahme sein, weil sich der „autonome Wille“ häufig auch ändere. Unsere Gesellschaft müsse in ihren Wertvorstellungen Raum geben für alle Menschen. Erfolgreiche, junge und schöne oder besonders privilegierte Personen sollten nicht dominieren und im Vergleich dann zu „negativen Lebensbilanzen“ führen.

Den Helfenden Möglichkeiten entfalten

Die juristische Perspektive wurde von Ansgar Heithoff dargestellt, Direktor des Amtsgerichts Schwerte. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht seien gute Instrumente, den eigenen Willen auch für den Fall eintretenden Verlustes an Autonomie gültig bleiben zu lassen. Das Grundgesetz schützt die Menschenwürde und stärkt den Wunsch nach individueller Selbstbestimmung. Suizid ist nicht strafbar. Die Beihilfe dazu ebenfalls nicht.

Es kann aber auch niemand verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten. Die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung war rechtlich von Dezember 2015 bis zu einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes im Februar 2020 verboten.

Die aktive Sterbehilfe ist in Deutschland nicht legalisiert worden. Erlaubt ist dagegen die passive Sterbehilfe, z. B. durch Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen. Ebenso erlaubt ist die indirekte Sterbehilfe wie die Verabreichung von Schmerzmitteln, die zur Leidenslinderung erforderlich sind. Auch der assistierte Suizid ist erlaubt, beispielsweise durch Bereitstellung von Mitteln zur Selbsttötung, die dann selbst angewendet werden.

Engagiertes Plenum beteiligt

Mit einer anonymen digitalen Umfrage bei den Gästen wurde schnell deutlich: Die Mehrheit der Fachleute ist im beruflichen Alltag bereits mit dem Wunsch nach Selbsttötung konfrontiert worden. Einsamkeit, Verzweiflung, Trauer und Armut gehörten zu den meistgenannten Begründungen. Und die Profis haben selber Angst, im Fall des Falles rechtlich mit Totschlag oder sogar Mord konfrontiert zu werden.

In der Diskussion im abschließenden Podium und nach engagierten mündlichen Beiträgen aus Reihen der Gäste brachte es Katja Sträde, Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Kreises Unna, auf den Punkt:

Die auch im Kreis Unna vorhandenen zahlreichen Unterstützungs- und Hilfemöglichkeiten von Wohnen, Teilhabe, sozialer Beratung und Unterstützung bis zu Pflege, Gesundheitswesen, Hospiz und Palliativ Care müssen bekannt genug sein, um ihre präventiven und helfenden Möglichkeiten zu entfalten.

Die Vernetzung der Fachleute und Verantwortlichen im Kreis Unna soll fortgeführt werden, so das Credo der Veranstaltergemeinschaft und des Plenums.

2. Begrüßung: Dr. Katrin Linthorst, Gesundheitsdezernentin Kreis Unna

Gesundheitsdezernentin Dr. Katrin Linthorst begrüßte die Teilnehmenden und zeigte sich im Namen der Veranstaltergemeinschaft erfreut über die sehr gute Resonanz. Es gehe um die Frage: „Wie wollen wir leben? Und das Sterben gehört zum Leben untrennbar dazu.“



Die demografische Entwicklung sorgt auch im Kreis Unna für eine wachsende Relevanz des Themas „Suizidalität im Alter“. Laut IT.NRW lebten am 31.12.2022 bereits 93.604 Personen im Alter 65 Jahre plus im Kreisgebiet, dies waren 23,5% der Bevölkerung. Darunter waren 29.783 Hochaltrige mit 80 und mehr Jahren – und stellten bereits einen Anteil von 7,5%.

Für 2040 werden 112.328 Personen mit 65 Jahren plus (29,5%) und davon 36.155 Personen mit 80 Jahren und mehr (9,5%) prognostiziert.

Die Zahlen der gerontopsychiatrischen Erkrankungen werden entsprechend ebenfalls ansteigen.

Eine durch Marina Kniter (Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes) im Vorfeld des Symposiums vorgenommene Auswertung der Diagnosedaten für den Kreis Unna, wie sie von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zur Verfügung gestellt wurden, ergab:

6.440 Menschen im Alter 65 Jahre und mehr verzeichneten 2022 die Diagnose „Demenz“.

Es waren sogar 13.325 Personen mit 65 Jahren plus im Jahr 2022 mit der Diagnose „Depression“ registriert.

Auch wenn die Fallzahlen bei den Suiziden ganz erheblich niedriger liegen als bei den Erkrankungen, sei dabei deutlich: „Selbsttötungen im Alter 65 Jahre und mehr sind mit 56 Prozent deutlich überproportional vertreten.“

Der Kreis Unna könne seit 1987 zurückblicken auf eine Historie mit Aufbau und Unterstützung von Netzwerken, psycho-sozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG-Gruppen) und Gremien mit Fachleuten und Verantwortlichen aus den Bereichen Gesundheit, Pflege, Soziales, flankiert von kontinuierlicher Planung und Berichterstattung mit Vorlage von Daten, Untersuchungsergebnissen, bedürfnisorientierten Handlungsempfehlungen und kreisweiten Veranstaltungsformaten. Das Symposium der PSAG Gerontopsychiatrie sei ein positives Beispiel dafür. „Die anwesenden Fachleute stammen alle aus der Region und helfen mit, auch Tabuthemen in die öffentliche Wahrnehmung zu bringen und Versorgungslücken zu schließen.“

(Zusammenfassung: Hans Zakel)

3. Moderation: Meike Schwermann, Weiterbildungen von Pflegebetrieben und Beschäftigten der Pflegebranche, Palliativ-Care-Coachin

Meike Schwermann begrüßte die Teilnehmenden und schloss sich den lobenden Worten für die Netzwerke im Kreis Unna an. Sie stellte die Möglichkeit einer direkten Beteiligung und Abfrage sämtlicher anwesenden Fachleute und verantwortlicher Personen mittels der eigens für die Veranstaltung organisierten „Mentimeter-Umfrage“ vor.



Es wurden im Verlauf der Veranstaltung kurze Fragen gestellt, um ein Meinungsbild möglichst aller Anwesenden zu erhalten. Mehrfachnennungen waren möglich. Die ersten Ergebnisse werden nachstehend abgebildet:

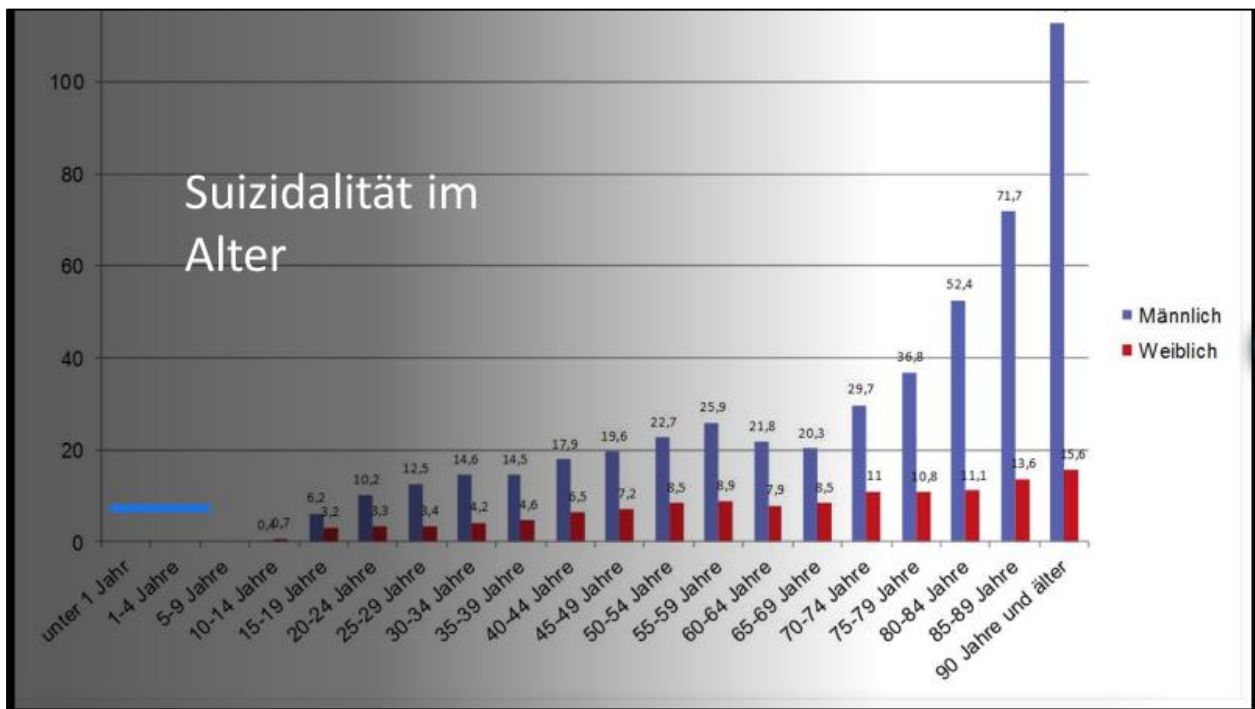
**4. Suizidalität im Alter – Eine medizinische Betrachtungsweise:
Uwe Johansson (Chefarzt Gerontopsychiatrie LWL-Klinik Dortmund)**





Fakten

- Von den mehr als 10.000 Menschen, die sich jährlich in Deutschland das Leben nehmen, sind
- Über **40 Prozent sind** 65 Jahre und älter.
- Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt dagegen nur 22 Prozent.
- Alle **zwei Stunden** stirbt in Deutschland ein älterer Mensch ab 65 Jahren durch eigene Hand.



Suizidalität im Alter

- Bei alten Menschen wird eine Suizidhandlung eher gebilligt als bei jungen Menschen.
- Die Begriffe „Freitod“ und „Bilanzsuizid“ suggerieren eine frei gewählte Entscheidung zur Selbsttötung.
- Viele stellen sich das hohe Alter als persönliche und gesellschaftliche Last vor.
- Die Selbsttötung am Ende eines „gelebten“ Lebens scheint vielen plausibler und akzeptabler zu sein als die Selbsttötung von jüngeren Menschen, deren Leben sich scheinbar eher zum Positiven ändern kann.

Entstehung von Suizidalität im Alter

- Kränkungen und Krisen
- **Psychische Krankheiten im Alter (Depression)**
- Demenzerkrankungen
- Körperliche Erkrankungen im Alter und ihre Folgen für Selbstständigkeit und Erleben
- Verlust des Partners oder der Partnerin
- **Verlust von Selbstständigkeit • „Hat das Leben im Alter noch Sinn?“**

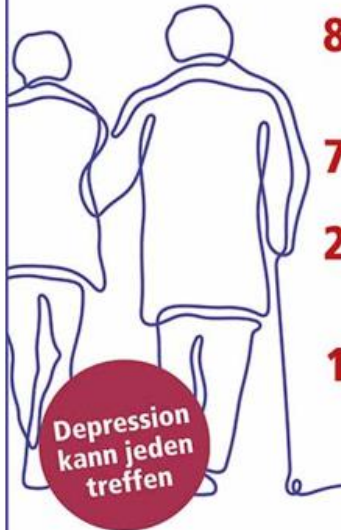
Depression

Depression gehört neben dementiellen Erkrankungen zu den **häufigsten psychischen Erkrankungen** im höheren Lebensalter.

Ab dem 65 Lebensjahr spricht man traditionell von einer Alterdepression

Große Bedeutung der Thematik für die Gesundheitsversorgung älterer Menschen

Depression im Alter wird unterschätzt



- 83%** glauben, dass Depression am häufigsten im jungen und mittleren Erwachsenenalter auftritt.
- 74%** gehen davon aus, dass Depression im Alter schlechter erkannt wird.
- 22%** meinen, dass bei Älteren die Behandlung körperlicher Erkrankungen wichtiger ist.
- 17%** sprachen sich sogar dafür aus, Ressourcen des Gesundheitssystems lieber für die Behandlung jüngerer Betroffener auszugeben.

Deutschland Barometer Depression – Studie der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, gefördert durch die Deutsche Bahn Stiftung – Illustration: Adobe Stock, One Line Man

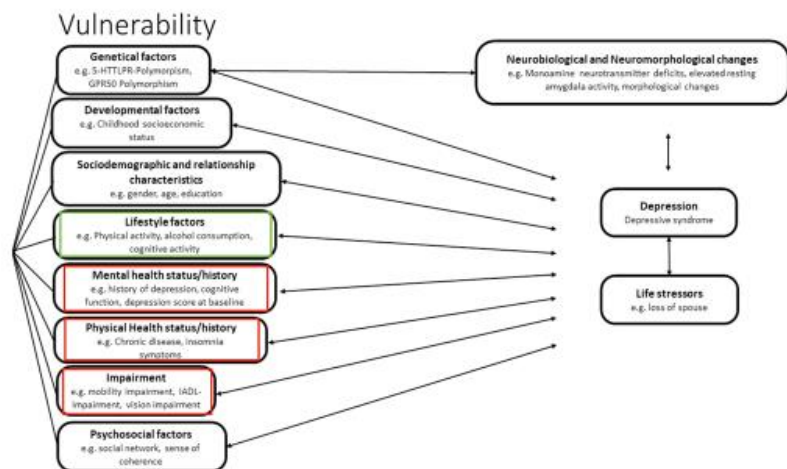
Impact auf die Lebensqualität

Tab. 1: Die häufigsten Ursachen für den Verlust behinderungsfreier Lebensjahre
(nach [4])

Europa	USA
Ischämische Herzerkrankung 10,5%	(Bipolare) depressive Störungen 8,0%
Zerebrovaskuläre Erkrankung 6,8%	Perinatale Begleitumstände 5,0%
(Bipolare) depressive Störungen 6,1%	Gewalt 4,7%
Demenzielle Erkrankungen (Alzheimer u. a.) 3,0%	Ischämische Herzerkrankung 4,5%
Alkoholabhängigkeit 2,9%	Alkoholabhängigkeit 4,3%

Üstün TB, et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 2004;184:386 – 392

Risikofaktoren

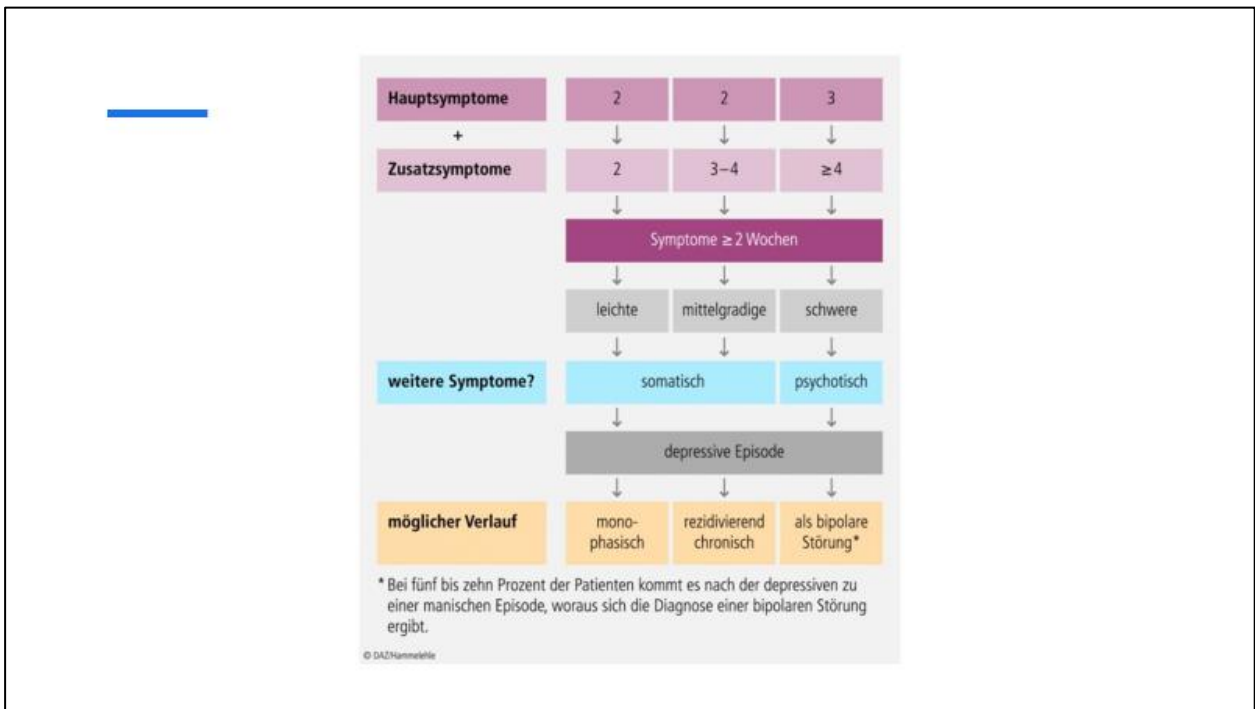


Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., & Lupp, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS One*, 16(5), e0251326

Definition nach ICD - 10

Für mehr als 2 Wochen:

- **Hauptsymptome:** gedrückte Stimmung, Anhedonie, Antriebsminderung
- **Nebensymptome:**
 - Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizit
 - Vermindertes Selbstwertgefühl
 - Schuldgefühle / Wertlosigkeit
 - Negative Zukunftsgedanken
 - Suizidalität
 - Schlafstörungen
 - Verminderter Appetit



Symptome bei Älteren

•Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet (London, England)*, 365(9475), 1961–1970.

- Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeit; Ein- und Durchschlafstörungen
- Diffuser Kopfschmerz, Schwindelgefühle; Gedächtnisstörungen; Flimmern vor den Augen, Sehstörungen
- Druckgefühl in Hals und Brust, Globusgefühl
- Funktionelle Störungen von Herz und Kreislauf (z. B. Tachykardie, Arrhythmie, Synkopen)
- Appetitstörungen, Gewichtsverlust; funktionelle Störungen wie Magendruck, Obstipation, Diarrhö
- Sexuelle Funktionsstörungen (Libidoverlust, Impotenz), Sistieren der Menstruation
- Muskelverspannungen, diffuse neuralgiforme Schmerzen



Somatische Komorbiditäten

Somatische Erkrankungen, die mit depressiven Störungen assoziiert sein können (Auswahl)

Kardiovaskuläre und pulmonale Erkrankungen

Myokardinfarkt, Schlaganfall
Herzinsuffizienz
COPD, Asthma bronchiale

Metabolische Störungen/Endokrinopathien

Diabetes mellitus
Hypo-/Hyperthyreose
Metabolisches Syndrom

ZNS-Erkrankungen

M. Parkinson
Epilepsie

Muskuloskeletale Erkrankungen/Kollagenosen

Lupus erythematodes

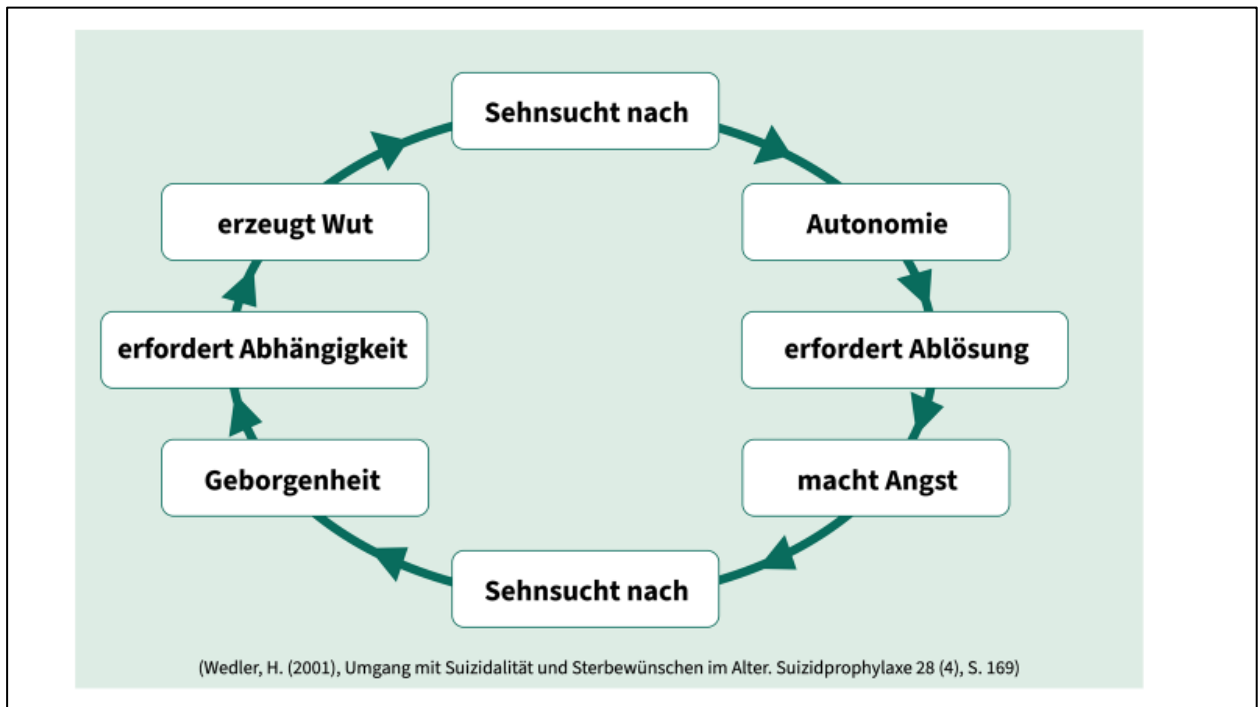
Tumorerkrankungen

Suizidalität als Abhängigkeits- Autonomiekonflikt

- Ein vorrangiges Motiv für die Entstehung von Suizid- und Sterbewünschen im Alter ist der befürchtete oder tatsächliche Verlust von Selbstständigkeit und Autonomie.

In der Regel ist damit gemeint

- Der Verlust der Möglichkeit, den Alltag und menschliche Beziehungen selbstständig zu gestalten
- Der Verlust der Fähigkeit, Körperfunktionen zu kontrollieren
- Das Gefühl, abhängig und anderen ausgeliefert zu sein



(Therapeutische) Suizidprävention

- Vorbereitung auf das Alter
- Frühzeitige Auseinandersetzung mit der zweiten Lebenshälfte
- Akzeptanz von Alter(n) und Sterblichkeit
- Erhaltung von Kommunikation und sozialer Teilhabe
- Annahme von Hilfen bei Krankheit und Behinderung

(Assistierter) Suizid – Fallbeispiel -

Frau B. 78 Jahre

- Seit 20 Jahren rez. depressive Episoden
- (5 stationäre Behandlungen, 3 tagesklinische, 1 StäB, kontinuierlich ambulant)
- Suizidalität kein Thema, einmalig Lebensüberdruß
- Seit 25 Jahren Neurodegenerative Erkrankung (MSA - P, zum Formenkreis der FTLD gehörend)
- Vor 3 Jahren Diagnose des Mamma - Ca (OP, Chemo, Hormonbehandlung)
- Zeitgleich Verschlechterung der MSA-P mit Einschränkung der Beweglichkeit, Doppelbildern
- Erstmaliger Todeswunsch
- Vor 6 Monaten Metastase im Halsbereich des Mamma - Ca
- —> Wunsch nach assistiertem Suizid

Das Dilemma

§222 Fahrlässige Tötung:

Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 221 Aussetzung:

Wer einen Menschen in einer hilflosen Lage im Stich läßt, obwohl er ihn in seiner Obhut hat oder ihm sonst beizustehen verpflichtet ist, und ihn dadurch der Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung aussetzt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. Verursacht der Täter durch die Tat den Tod des Opfers, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.

BOÄ: § 16 (bis 2021)

Beistand für Sterbende: Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.

Was bringt eine Liberalisierung ?

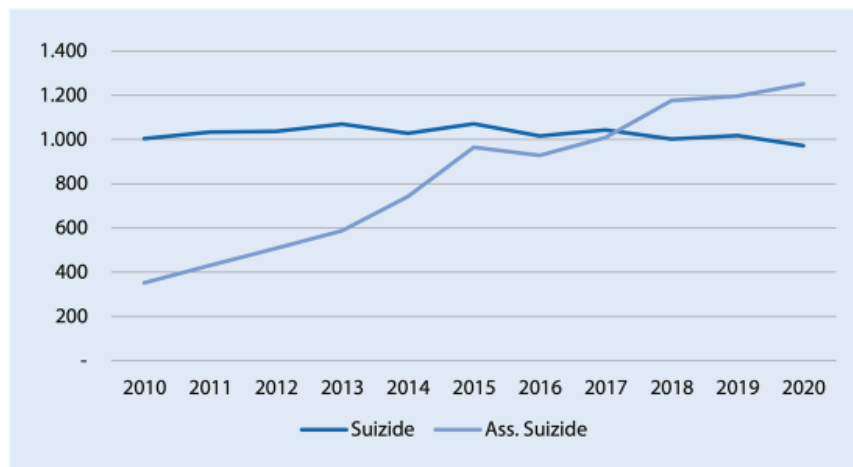


Abb. 1 ▲ Suizide und assistierte Suizide in der Schweiz. (Adaptiert nach <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.assetdetail.23145267.html>)

Was ist über assistierte Suizide von Menschen mit psychischen Erkrankungen bekannt?

- 2021 (Niederlande)
 - 2,8% an einer Demenz und
 - 1,5 % an einer anderen psychischen Erkrankung
- Diese machen also nur einen kleinen Anteil aus.
- Der Anteil hat sich aber zwischen 2011 und 2021 **vervierfacht !**

Van Veen SPM, Widdershoven GAM, Beekman ATF, Evans N (2022) Physician assisted death for psychiatric suffering: experiences in the netherlands. Front Psychiatry 13:1-6

Was ist eine freie Suizidentscheidung?

- Das Wesen einer freien Entscheidung ist international weder übereinstimmend definiert noch operationalisiert.
- Häufig erfolgt eine Überprüfung nur informell durch nicht spezifisch qualifizierte Ärzte, bei psychiatrischen Erkrankungen muss z. B. in den Niederlanden ein Psychiater hinzugezogen werden

Pollmächer T, Meyer-Lindenberg A (2022) Die Umsetzung der UN-BRK bei nicht selbstbestimmungsfähigen Patienten. Nervenarzt 93:439-441

Schließen sich eine psychische Erkrankung und eine freie Suizidentscheidung aus?

- Psychische Erkrankungen können die Fähigkeit, frei und selbstbestimmt zu entscheiden, beeinträchtigen, tun dies aber nicht zwangsläufig
- Eine psychische Erkrankung schließt einen freiem Suizidwunsch daher nicht aus.
- Suizidalität als Symptom einer psychischen Erkrankung beruht typischerweise nicht auf einem freien Suizidentschluss, weil die Erkrankung den Patienten daran hindert, seine Situation und die Erfolgsaussichten einer Behandlung oder anderweitigen Unterstützung realistisch einzuschätzen.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2014) Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Nervenarzt 85:1419-1431

Ist Suizidassistenz eine ärztliche Aufgabe?

- Die Einstellungen deutscher Ärzte zur Sterbehilfe und zur Suizidassistenz sind auch unter Psychiatern heterogen.
- Die Inklusion des assistierten Suizids in den Kanon ärztlichen Handelns kann einen schwerwiegenden moralischen Konflikt induzieren.
- Dennoch wird auch die Position vertreten, Suizidassistenz sei als ärztliche Aufgabe zu verstehen.

Marckmann G (2022) Assistierter Suizid - eine ärztliche Aufgabe? Psychiatr Prax 49:67-68

Welche Aufgaben kommen Psychiatern im Kontext des assistierten Suizides zu?

- Zum Kernbereich ärztlicher Tätigkeit zählt die Suizidprävention, die Thematisierung von Sterbewünschen, die diagnostische Einordnung von Suizidalität, die empathische Begleitung und spezifische Behandlungsmaßnahmen.
- Psychiatern haben dabei eine zentrale Rolle inne, weil sie von allen Ärzten die größte suizidologische Expertise besitzen und am häufigsten mit suizidalen Patienten in Kontakt kommen.
- Außerdem sind sie in der Beurteilung des freien Willens geschult.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (2022) Eckpunkte für eine Neuregelung der Suizidassistenz.



Zentrales ärztliches
Anliegen muss die
Prävention sein.

**5. „Ich will als ordentlicher Mensch sterben, so, wie ich gelebt habe.“
Suizidalität aus ethischer Sicht: Herr Daniel Robbert
(Theologe, Ethik-Koordinator Katholischer Hospitalverbund Hellweg)**



**„Ich will als ordentlicher Mensch sterben,
so, wie ich gelebt habe.“
Suizidalität aus ethischer Sicht**

Symposium
Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie im Kreis Unna
21.02.2024

Daniel Robbert
Stabstelle Ethikberatung / christl. Profil / Nachhaltigkeitsmanagement

ZDF des Katholischen Hospitalverbundes



4 Krankenhausstandorte



49.428 Stationäre Patienten



32 Fachkliniken



90.750 Ambulante Patienten



1.088 Planbetten



4.116 Mitarbeiter



23 Zertifizierte Zentren



540 Ausbildungsplätze



170 Pflegeplätze



Eine eigene Servicegesellschaft

23.04.2024 

Überlegungen zum Begriff: **Autonomie**

- u.a. zentraler Begriff im Urteil des BVG zum assistierten Suizid
- Was bedeutet „Autonomie“?
- Autonomie heute = Leben in Optionen

*Die Folge ist eine gesellschaftliche Entwicklung, in der das Weiterleben zu einer Option geworden ist, die wir frei zu wählen haben und in die sich kein andere einmischen darf [...]. Dass eben dass, was der Einzelne will, das, was er in Freiheit entscheidet, letzten Endes in Verbindung damit steht, in welcher Gesellschaft er lebt, wird kaum noch bedacht. Mehr noch: Dass der Einzelne ohne die Gemeinschaft über nicht befähigt worden wäre, zu entscheiden, ja ohne sie überhaupt nicht sein könnte wird als Gedanke immer weiter verdrängt.
(Giovanni Maio, Der assistierte Suizid als ethische Resignation der Medizin. Aufsatz 2016)*

- Spannungsfeld: Autonomie <-> Leben in Beziehung
- Autonomie, die nur nach Unabhängigkeit, Individualismus und Selbstverwirklichung strebt lässt Vulnerabilität nicht zu.

Überlegungen zum Begriff: **Sterbewünsche**

- Sterbewünsche werden gebildet:
 - aufgrund schwerer somatischer Erkrankung (nicht nur unbedingt bei hoher Symptomlast)
 - aufgrund psychischer Begleiterkrankungen
 - infolge eines biographisch belastenden Ereignisses (existentielle Sinnkrise)
- Die Artikulation von Sterbewünschen ist stets interpretationsbedürftig.
- Sterbewünsche können gegensätzliche Botschaften enthalten und damit ambivalent bzw. volatil sein.

*Der suizidale Mensch sucht nicht den Tod, sondern einen Zustand von Ruhe und innerem Frieden. Er will nicht mehr „nicht mehr leben“, sondern „nicht mehr so leben“.
(Martin Teising, Individualisierung und assistierter Suizid. Aufsatz 2021)*

- „Bilanzsuizid“: Ausdruck einer rationalen Entscheidung oder existentielle Ambivalenz von Gedanken, Gefühlen und Bedürfnissen?
- Kommunikativer Raum darf nicht durch (Sprach-)Tabus verengt werden. Konfrontation mit der Endlichkeit ist wichtig, siehe: Studie, Zentrum für Qualität in der Pflege: Lebensende und Lebensmüdigkeit pflegebedürftiger Menschen. August 2023

Überlegungen zum Begriff: **Einsamkeit**

- Einsamkeit als Ort höchster Selbstdefinition (positiv) und Traurigkeit (negativ)
- Einsamkeit als kreativer Raum, in dem der Mensch sich selbst definieren kann in Religion, Kunst und Philosophie.

Der wahre, tiefe Friede des Herzens und die vollkommene Gemütsruhe, dieses, nächst der Gesundheit, höchste irdische Gut [ist] allein in der Einsamkeit zu finden.
Arthur Schopenhauer

- Ca. 25% der Menschen in Deutschland fühlen sich einsam.
- Einsamkeit als „soziale Epidemie“.
- Einsamkeit als Treiber für somatische und psychische Erkrankungen.
- Blick in die Niederlande: subjektives Empfinden von „aussichtslosen Zustand und unerträglichem Leiden“ (Sorgfaltskriterium StGB NL) als Grund das eigene Leben zu beenden (aktive Sterbehilfe).
- Deutsches Ärzteblatt (Befragung in den NL): 10.000 von über 55-jährigen möchten ihr Leben unter Umständen selbstbestimmt früher beenden wollen, auch wenn sie an keiner ernsthaften Krankheit leiden. Begründungen: Einsamkeit (56%), Sorge, anderen zur Last zu fallen (42%), Geldsorgen (36%).

15.03.2024 5

offene Fragen

- Wie sind wir auf konkrete Suizidwünsche (auch ggf. in der Umsetzung) ausgebildet?
- Wo ist vom Autonomie-Verständnis des Urteils des BVerfG noch der Damm zwischen dem aufgehobenen §217 StGB (assis. Suizid) und bestehenden §216 StGB (Tötung auf Verlangen)?
- Welche Förderungen der Prävention müssen intensiviert werden?
- Bei einem ausgeprägten Suizidwunsch: Soll diese „Leistung“ durch die Gesellschaft erbracht werden?
- Mit Blick auf kirchliche Trägerschaften: Was müssen, dürfen, sollen wir tun?

Sprache schafft Wirklichkeit.
Ludwig Wittgenstein, Sprachphilosoph, 1889-1951

15.03.2024 6

Thesepapier zum Vortrag „Suizidalität im Alter – Betrachtung des Phänomens aus ethischer Sicht“, Symposium der Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie im Kreis Unna

„Suizidalität im Alter“, 21.02.2024 – Haus Opherdicke

Daniel Robbert, Katholischer Hospitalverbund Hellweg gGmbH

Überlegungen zum Begriff: Autonomie

Frage: Wie viele wirklich autonomen Entscheidungen treffen wir am Tag? Wie viele Entscheidungen sind beeinflusst?

Mit Blick auf die Begriffe der Autonomie und der Selbstbestimmung kann gesagt werden, dass diese heute in der kulturellen Entwicklung im Allgemeinen als positiv bewertet werden. In der Medizin hat die Selbstbestimmung des Patienten unter dem Begriff des „informed consent“ zur Stärkung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient geführt. In der gesellschaftlichen Debatte aber wurden Autonomie und Selbstbestimmung immer weniger als Werte verstanden, sondern auf die rechtliche Durchsetzung des Patientenwillens im Sinne eines Abwehrrechtes reduziert.

In der Diskussion z. B. um den assistierten Suizid wird von medial dominanten Befürwortern der Sterbehilfe und juristischen Akteuren der Wille zum Suizid als „freiverantwortliche Entscheidung“ deklariert und damit immer mehr eine Begrifflichkeit geschaffen, in der die Bedeutung von Beziehung und zwischenmenschlicher Realität vernachlässigt wird.

Autonomie bei Kant: Nicht eine individuelle Selbstbestimmung, sondern eine Selbstverpflichtung aus Freiheit, auch um der Freiheit der anderen willen. Man könnte hier deshalb von einer „solidarischen Freiheit“ sprechen.

In einer falsch verstandenen Kultur von Autonomie (nur bestmögliche Unabhängigkeit, Individualismus und Selbstverwirklichung) entsteht immer mehr eine Haltung, dass beim Fehlen dieser Autonomie durch Vulnerabilität (z.B. Krankheit und Alter) ein Vakuum entsteht, in der das Leben als nicht mehr lebenswert erscheint.

Überlegungen zum Begriff: Sterbewünsche

= Wunsch von Personen, die sich noch nicht im Sterbeprozess befinden, jedoch aus verschiedenen Gründen das baldige eigene Lebensende herbeisehnen

Häufig gehen komplexe körperliche Belastungen zudem mit psychischen Begleiterkrankungen (wie z. B. Depressionen) einher, die eine Artikulation von Sterbewünschen begünstigen.

Die Artikulation eines Sterbewunsches kann unterschiedliche Funktionen erfüllen:

- Unerträglichkeit einer gegenwärtigen Leidenssituation Ausdruck zu verleihen. (z. B. aufgrund belastender körperlicher Symptome wie Schmerz, Atemnot oder Übelkeit)
- Aufmerksamkeit und/oder Druck auf Familienangehörige ausüben (z. B. um einer objektiv drohenden oder zumindest subjektiv befürchteten zunehmenden Vereinsamung vorzubeugen, oder aber, genau gegenläufig, die eigene soziale Umgebung vor zu starker Belastung durch die weitere Pflege und Versorgung schützen zu wollen)
- Ausdruck einer existentiellen Verzweiflung (nicht zwingend an eine bestimmte somatische oder psychische Symptomlast gebunden, kann auch aus dem Zusammenbruch eines persönlichen Sinnsystems resultieren)

Die Vielfalt möglicher Bedeutungsvarianten und Funktionen zeigt, dass es sich bei der Artikulation von Sterbewünschen stets um interpretationsbedürftige und keineswegs selbst-erklärende Ereignisse handelt. Je nach konkreter Situation und individueller Persönlichkeit des/der Betroffenen können Sterbewünsche ganz unterschiedliche, ja sogar gegensätzliche Sinngelalte und Botschaften transportieren.

Ethische Haltung der Sorgfalt

Dies meint, die zunächst womöglich diskrete Andeutung eines Sterbewunsches überhaupt als ein bedeutsames Ereignis wahrzunehmen; zum anderen ist die Sorgfalt erforderlich, um die hinter einem Sterbewunsch liegenden persönlichen Motive zu eruieren. Nur wenn die sehr individuelle Motivlage verstanden wird, besteht die Chance, geeignete Maßnahmen zur Linderung des jeweiligen Leidensdrucks einzuleiten und damit einer suizidalen Entwicklung frühzeitig entgegenzuwirken.

Psychoanalytiker Prof. Dr. Martin Teising: Der suizidale Mensch sucht nicht den Tod, sondern einen Zustand von Ruhe und innerem Frieden. Er will nicht mehr „nicht mehr leben“, sondern „nicht mehr so leben“.

Ethische Haltung der Kommunikation

Hierunter versteht man ein wechselseitiges Vertrauen, persönliche Wahrhaftigkeit, Diskretion und Empathie. Um der suizidwilligen Person die Möglichkeit zu geben, sich in der eigenen Not einem anderen Menschen anzuvertrauen, darf der kommunikative Raum nicht von vorneherein durch (Sprach-)Tabus verengt werden. Statt bestimmte Themen von vorneherein abzublocken, sollte das Umfeld durch gezieltes und empathisches Nachfragen herausfinden, welche konkreten Belastungen, Ängste und Sorgen den Sterbewunsch zum gegenwärtigen Zeitpunkt ausgelöst haben.

Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP)

„Lebensende und Lebensmüdigkeit pflegebedürftiger Menschen“, August 2023: Die direkte Konfrontation mit der Endlichkeit des Lebens sowie Belastungen und Krisen am Ende des eigenen Lebens – mit allen dazugehörigen Facetten – können für ältere pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ein schwieriges Themenfeld sein.

Für beide Gruppen kann es dennoch oder gerade deshalb wichtig sein, hierüber zu sprechen. Angehörige sind dabei oft zentrale Ansprechpartner/innen, wenn es zum Beispiel um Sorgen, Wünsche und Regelungen rund um das Lebensende geht.

Spannungsfeld Autonomie und Fürsorge

Ist nicht als eindeutiger Gegensatz zu verstehen. Fürsorge muss im Respekt vor der Autonomie des Anderen – und nicht als Übermächtigung – gelebt werden. Doch kann es spätestens dann zu belastenden Konflikten kommen, wenn sich bei den Sterbewünschen immer deutlicher eine suizidale Tendenz abzeichnet, die trotz aller lebensförderlichen Interventionen der Mitarbeitenden nicht mehr umkehrbar erscheint.

Überlegungen zum Begriff: Einsamkeit

Begriff ist nicht per se negativ: Philosophie und Kunst kennen seit Langem auch positive Potenziale der Einsamkeit. Besonders prägnant hat Friedrich Nietzsche die Momente einer bewusst gewählten Einsamkeit „als einen Raum der Selbstvertiefung, Selbstbesinnung und Selbstvergrößerung“ beschrieben.

Andererseits: Einsamkeit ist ein weit verbreitetes Phänomen. Es bedeutet, niemanden zu haben, mit dem man über wichtige Dinge sprechen kann. Wir leben immer vernetzter, wohnen mit immer mehr Menschen in stetig wachsenden Städten. Und doch fühlen sich viele Menschen einsam. Kaum ein Gefühl zerrt so an unserer Seele wie die Einsamkeit. Studie November 2023: ein Viertel der Deutschen fühlt sich sehr einsam – Tendenz steigend.

Als „soziale Epidemie“ wird Einsamkeit inzwischen oft bezeichnet, gesundheitsschädlicher als starkes Übergewicht oder Rauchen. Großbritannien hat deshalb sogar das Amt eines „Einsamkeitsbeauftragten“ geschaffen.

Andere Studien bringen Einsamkeit mit Depression, Angststörungen und Stress in Verbindung. Sie [die Einsamkeit] lässt uns schneller altern, schwächt die Abwehrkräfte und kann sogar das Herz schädigen. Menschen, die sich in ihr soziales Umfeld gut eingebunden fühlten, lebten länger – und waren glücklicher.

Deutsches Ärzteblatt: Einer niederländischen Studie zufolge - 10.000 von über 55-jährigen hatten angegeben, ihr Leben frühzeitig beenden zu wollen, auch wenn sie an keiner ernsthaften Krankheit leiden. 56% der Betroffenen nennen als Grund Einsamkeit, 42% äußern die Sorge, anderen Menschen zur Last zu fallen, 36% haben Geldsorgen.

Offene Fragen und Herausforderungen

Wie sind Mitarbeiter/innen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens auf konkrete Suizidwünsche ausgebildet? (Medizin/ Pflege/ Beratungsdienste)

Welche Möglichkeiten der Prävention gibt es? Sind diese Möglichkeiten bekannt? Müssen sie nicht besser gefördert werden? (z. B. Instrumente der Patientenvorsorge, ACP in den Wohn- und Pflegeheimen, Prävention auf der Mikro-, Meso- und Makroebene, etc.)

Gerechtigkeit: Mit Blick auf den assistierten Suizid: Soll diese „Leistung“ durch die Gesellschaft erbracht werden? Frage der Finanzierung/ Abrechenbarkeit

Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft: Was müssen, dürfen, sollen wir tun?

**6. Suizidalität im Alter – Betrachtungen des Phänomens aus juristischer Sicht:
Ansgar Heithoff (Direktor Amtsgericht Schwerte)**





Suizidalität im Alter – Betrachtungen des Phänomens aus juristischer Sicht

21. Februar 2024



Ausgangslage

- Wunsch nach **Selbstbestimmung** (bis zum Tod!)

- zuletzt gestärkt durch das Bundesverfassungsgericht
(Entscheidung zum Verbot der geschäftsmäßigen
Förderung der Selbsttötung in § 217 StGB vom 26.02.2020,
2 BvR 2347/15 u. a.)



Ausgangslage

„Die Menschenwürde, die dem Einzelnen ein Leben in Autonomie gewährleistet, steht der Entscheidung des zur freien Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähigen Menschen, sich zu töten, nicht entgegen.

Die selbstbestimmte Verfügung über das eigene Leben ist vielmehr unmittelbarer Ausdruck der der Menschenwürde innewohnenden Idee autonomer Persönlichkeitsentfaltung; sie ist, wenngleich letzter, Ausdruck von Würde.“

(BVerfG, 2 BvR 2347/15)



Ausgangslage

„Der Mensch bleibt nur dann als selbstverantwortliche Persönlichkeit, als Subjekt anerkannt, sein Wert- und Achtungsanspruch nur dann gewahrt, wenn er über seine Existenz nach eigenen, selbstgesetzten Maßstäben bestimmen kann.“

(BVerfG, 2 BvR 2347/15)





Ausgangslage

„Spannungsfeld unterschiedlicher verfassungsrechtlicher Schutzaspekte:

...Selbstbestimmungsrecht desjenigen, der sich in eigener Verantwortung dazu entscheidet, sein Leben selbst zu beenden, und hierfür Unterstützung sucht, tritt in Kollision zu der Pflicht des Staates, die Autonomie Suizidwilliger und darüber auch das hohe Rechtsgut Leben zu schützen.“

(BVerfG, 2 BvR 2347/15)



Ausgangslage

**„Niemand kann verpflichtet werden,
Suizidhilfe zu leisten.“**

(BVerfG, 2 BvR 2347/15)





Ausgangslage

Durchführung medizinischer Maßnahmen setzt Einwilligung des Patienten (§ 630 d Abs. 1 Satz BGB) voraus;
diese erfordert:

- Aufklärung des Patienten und
- dessen Einwilligungsfähigkeit



Ausgangslage

Falls der Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist, ist zu fragen, ob eine **Patientenverfügung** nach § 1901a Abs. 1 Satz 1 BGB vorliegt, die die Maßnahme gestattet oder untersagt (§ 630 d Abs. 1 Satz 2 BGB).

- Patientenverfügung als antizipierte Entscheidung des Patienten,
- sofern die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation durch die Festlegungen in der Verfügung getroffen werden, und
- ein ausdrücklicher Verzicht auf eine ärztliche Aufklärung erklärt worden ist.





Ausgangslage

Wenn dies nicht der Fall ist, ist gem. § 630 d Abs. 1 Satz 2 BGB die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen.

Dies können sein:

- (vom Patienten zuvor bestimmter) **Vorsorgebevollmächtigter** mit entsprechender Vollmacht oder
- (vom Gericht bestellter) **rechtlicher Betreuer** mit dem Aufgabenkreis Gesundheitspflege.
- Diese haben eine antizipierte Entscheidung des Patienten (durch eine Patientenverfügung oder Äußerung konkreter Behandlungswünsche) umzusetzen.



Notvertretungsrecht für Ehegatten ab dem 01.01.23

Personeller Anwendungsbereich

- verschieden- und gleichgeschlechtliche Ehegatten
- eingetragene Lebenspartnerschaften (§ 21 LPartG)

- nicht: nichteheliche Lebensgemeinschaft, Verlobte, leibliche Verwandte (Eltern, Kinder), Freunde

- keine Pflicht zur Übernahme der Vertretung (z. B. bei eigener Erkrankung, Überforderung, Alter)





Notvertretungsrecht für Ehegatten ab dem 01.01.23

Medizinische Voraussetzungen

- Unfähigkeit zur rechtlichen Besorgung der eigenen Angelegenheiten der Gesundheitspflege,
- die auf Bewusstlosigkeit oder Krankheit beruht (Kausalität!) (nicht aufgrund einer Behinderung!).

Hier geht es also um akut eingetretene gesundheitliche Beeinträchtigungen (z. B. durch Unfall oder Erkrankung), die eine schnelle ärztliche Versorgung erforderlich machen.



Notvertretungsrecht für Ehegatten ab dem 01.01.23

Medizinische Voraussetzungen

- solange oder sobald wieder Geschäfts- bzw. Einwilligungsfähigkeit der betroffenen Person vorliegt (was der Arzt festzustellen hat), greift das Notvertretungsrecht nicht (mehr) (Selbstbestimmungsrecht des Patienten!);
- im Zweifelsfall wird von Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit auszugehen sein.





Notvertretungsrecht für Ehegatten ab dem 01.01.23

Umfang der Vertretungsmacht in Angelegenheiten der Gesundheitssorge

- ➔ Nach erfolgter Aufklärung Einwilligung in Untersuchungen/ Behandlungen/Eingriffe, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der das Vertretungsrecht auslösenden Bewusstlosigkeit/ Erkrankung stehen bzw. im Zuge deren Behandlung erstmalig diagnostiziert wurden und
- ➔ aus medizinischer Sicht indiziert und unaufschiebbar sind;
- ➔ ggf. Ablehnung von Untersuchungen, Behandlungen u. Eingriffen



Patientenverfügung

Wirksamkeitsvoraussetzungen

- Schriftform

- **Bestimmtheit;**
doppelte Konkretisierung durch
 - + Beschreibung der Behandlungssituation/Krankheit und
 - + genaue Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen, in die eingewilligt oder die untersagt werden soll.





Patientenverfügung

Unmittelbare Bindungswirkung entfaltet eine Patientenverfügung nur dann, wenn sie konkrete Entscheidungen des Betroffenen über die Einwilligung/Nichteinwilligung in bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahmen enthält.
(ständige Rechtsprechung des BGH, Beschlüsse vom 06.07.2016 (XII ZB 61/16), 08.02.2017 (XII ZB 604/15) und 14.11.2018 (XII ZB 107/18))



Patientenverfügung

Aber auch nach dem BGH sollen keine überzogenen Anforderungen gestellt werden, da der Betroffene weder seine eigene Biografie noch den medizinischen Fortschritt vorhersehen kann.
Ausreichend ist, wenn der Betroffene „umschreibend“ festlegt, was er in einer bestimmten Behandlungssituation wünscht und was nicht, zum Beispiel durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen.





Patientenverfügung

Die Befugnis über die Entscheidung, lebensverlängernde Maßnahmen abbrechen, muss ausdrücklich aufgeführt sein (§ 1904 Abs. 5 BGB).

Allgemeine Äußerungen, „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“, „keine Apparatemedizin“ oder „ein menschenwürdiges Sterben“ zu wünschen, reichen nicht aus.



Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist als einseitige Willenserklärung grds. nach dem tatsächlichen Willen des Erklärenden auszulegen.

Allerdings kann dabei der Empfängerhorizont nicht außer Betracht bleiben, da sich die Verfügung an Betreuer/Bevollmächtigte, Ärzte, etc., richtet und daher auch auf deren Verständnismöglichkeiten abzustellen ist.





Patientenverfügung

Erforderlichenfalls sind die allgemeine Lebenserfahrung, aber insbesondere die Wertungen, Einschätzungen und Ziele des Betroffenen zu berücksichtigen, wenn es die Verfügung auszulegen oder – da sie Lücken aufweist und hinsichtlich der konkreten Behandlungssituation nicht passt – „fortzuschreiben“ gilt.

Dabei ist der mutmaßliche Wille des Verfügenden zu ermitteln (z. B. durch Befragung naher Angehöriger).



Suizid

Der Suizid ist nach dem deutschen Strafrecht nicht strafbar.

In Ermangelung einer Haupttat ist daher auch die Beihilfe (= Hilfeleisten zur Tat eines Anderen, § 27 StGB) zum Suizid bzw. eine Anstiftung (= Bestimmen, Hervorrufen des Tatentschlusses, § 26 StGB) dazu nicht strafbar (Akzessorität der Teilnahme im Sinne der §§ 25 ff. StGB)





Suizid

“Das deutsche Rechtssystem verzichtet darauf, die eigenverantwortliche Selbsttötung unter Strafe zu stellen, da sie sich nicht gegen einen anderen Menschen richtet und der freiheitliche Rechtsstaat keine allgemeine, erzwingbare Rechtspflicht zum Leben kennt. Dementsprechend sind auch der Suizidversuch oder die Teilnahme an einem Suizid(-versuch) straffrei.“

(aus dem Gesetzentwurf zum „Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ vom 03.12.2015, BGBl. I S. 2177)



Suizid

- **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.*
- § 217 StGB in der Fassung d. Art. 1 Nr. 2 G v. 3.12.2015 | 2177 mWv 10.12.2015;
- nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit GG unvereinbar und nichtig gem. BVerfGE v. 26.2.2020 | 525 - 2 BvR 2347/15 u.a. -



Suizid

▼ Strafbarkeit allerdings des sog. Mitnahmesuizides bzw. erweiterten Suizides (sofern Täter seinen Suizidversuch überlebt)

- § 212 StGB (Totschlag)
- (1) Wer **einen Menschen tötet**, ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit **Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren** bestraft.
- (2) In besonders schweren Fällen ist auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen.



Suizid

▼ Strafbarkeit allerdings des sog. Mitnahmesuizides bzw. erweiterten Suizides (sofern Täter seinen Suizidversuch überlebt)

- § 211 StGB Mord
- (1) Der Mörder wird mit **lebenslanger Freiheitsstrafe** bestraft.
- (2) Mörder ist, wer aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, aus Habgier oder sonst aus niedrigen Beweggründen, **heimtückisch** oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln oder um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken, einen Menschen tötet.





Suizid

▼
Strafbarkeit allerdings des sog. Mitnahmesuizides bzw. erweiterten Suizides (sofern Täter seinen Suizidversuch überlebt)

- **Mordmerkmal der Heimtücke**
- Täter nutzt die Arg- und Wehrlosigkeit des Opfers aus, das sich zum Zeitpunkt der Tat keines Angriffs versieht und daher keine oder nur begrenzte Verteidigungsmöglichkeiten hat
- Lösung über restriktive Auslegung des Mordmerkmals:
- Verlangen einer feindlichen Willensrichtung, da dann nicht vorliegt, wenn Täter zum vermeintlichen Besten des Opfers handelt



Suizid

▼
Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB, wobei der Unwertgehalt der Tat geringer ist als bei Totschlag bzw. Mord (erkennbar aufgrund des geringeren Strafrahmens)

- **§ 216 StGB (Tötung auf Verlangen)**
- (1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf **Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren** zu erkennen.
- (2) Der Versuch ist strafbar.





Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Im Zusammenhang mit Sterbehilfe ist begrifflich zu unterscheiden zwischen

- assistiertem Suizid sowie
- aktiver,
- passiver und
- indirekter Sterbehilfe.



Assistierter Suizid und Sterbehilfe

- Bei der **aktiven Sterbehilfe** verabreicht jemand anderes dem Patienten ein tödlich wirkendes Mittel.
- Diese Art der Sterbehilfe ist in Deutschland **verboten**.
- In den Niederlanden, in Luxemburg, in Spanien und Belgien ist dies legal.





Assistierter Suizid und Sterbehilfe

- Als **passive Sterbehilfe** wird der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bezeichnet.
- Dazu zählt zum Beispiel der Verzicht auf Ernährung, Bluttransfusion oder Beatmung.

- Passive Sterbehilfe ist in Deutschland **erlaubt**.



Assistierter Suizid und Sterbehilfe

- Bei der **indirekten Sterbehilfe** geht es vor allem um Schmerzlinderung.
- Wenn der Patient in dem Zusammenhang Medikamente bekommt, die zur Folge haben, dass er früher verstirbt, wird dies indirekte Sterbehilfe genannt.

- Indirekte Sterbehilfe ist in Deutschland **erlaubt**.





Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Assistierter Suizid

- als Form der Beihilfe zum Suizid bedeutet, dass bei der Selbsttötung geholfen wird, zum Beispiel, indem ein tödliches Mittel beschafft oder bereitgestellt wird.
- Ein entscheidendes Kennzeichen in Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe ist hierbei, dass der Patient das Medikament selbst einnimmt.



Assistierter Suizid und Sterbehilfe

(Ärztlich) assistierter Suizid

- Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 ist der Gesetzgeber aufgefordert worden, die im Zusammenhang mit der Sterbehilfe stehenden Fragen neu gesetzlich zu regeln.
- Handelt der Gehilfe damit derzeit faktisch in einer rechtlichen Grauzone?





Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Beispielfall

Kein ärztlich assistierter Suizid

Urteil des Landgerichts Essen vom 01.02.2024

(Az.: 32 Ks 5/23):

- ➔ Ein Arzt wird wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft (in einem minder schweren Fall) zu einer Freiheitsstrafe von 3 Jahren verurteilt. (Die Entscheidung ist noch nicht rechtskräftig.)



Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Beispielfall

- Kontaktaufnahme und Suizid-Beihilfe-Wunsch durch den Geschädigten
- Untersuchung durch den Arzt; dieser bejahte die Freiverantwortlichkeit trotz Vorliegens psychischer Erkrankungen beim Geschädigten (hier: akute paranoide Schizophrenie sowie eine mittelgradige depressive Episode)
- Arzt legte Geschädigten dann einen venösen Zugang und hängte eine Infusion mit einer tödlich wirkenden Menge Natrium-Thiophental in Kochsalzlösung an, deren Zuflussventil der Geschädigte sodann selbstständig öffnete und an der tödlich wirkenden Dosis verstarb.





Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Beispielfall

Kein ärztlich assistierter Suizid

Urteil des Landgerichts Essen vom 01.02.2024

(Az.: 32 Ks 5/23):

- Ein Arzt wird wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft (in einem minder schweren Fall) zu einer Freiheitsstrafe von 3 Jahren verurteilt. (Die Entscheidung ist noch nicht rechtskräftig.)



Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Beispielfall

- Das Gericht betont, dass der in autonomer Selbstbestimmung freiverantwortlich vorgenommene Suizid verfassungsrechtlich geschützt sei, was auch das Recht des Sterbewilligen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, ebenso wie das Recht des Begleiters, Hilfe zu leisten, beinhaltet.
- Die Grenze zu strafbarem Verhalten des Suizidhelfers sei jedoch erreicht, wo die Entscheidung zum Suizid durch den Sterbewilligen nicht freiverantwortlich gebildet werden könne.





Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Beispielsfall

- hier erneute Begutachtung durch einen vom Gericht bestellten Sachverständigen;
- Ergebnis: Einsichtsfähigkeit des Geschädigten war im Tatzeitpunkt derart gestört, dass er zur Beurteilung seiner Situation nach objektiven Maßstäben bzw. zu einer realitätsbezogenen Abwägung des Für und Wider zur Suizidentscheidung nicht mehr in der Lage gewesen sei.
- Die Lage des Geschädigten, die zur fehlenden Freiverantwortlichkeit geführt hat, war dem Arzt bekannt; dieser handelte damit vorsätzlich (dolus eventualis!) und als mittelbarer Täter.



Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Exkurs: mögliche Straftatbestände

- § 212 StGB (Totschlag durch aktives Tun, ggf. in mittelbarer Täterschaft)
- §§ 212, 13 StGB (Totschlag durch Unterlassen einer gebotenen Handlung) (Garantenstellung des Arztes)
- § 221 StGB (Aussetzung; eine Person in eine hilflose Lage versetzen oder in einer solchen im Stich lassen)
- § 222 StGB (fahrlässige Tötung) (Pflichtverletzung)





Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Beispielsfall: Passive Sterbehilfe

- Lebensbedrohliche Erkrankung, die eine operative Behandlung indiziert
- Patientin wünscht mit Rücksicht auf ihr hohes Lebensalter diese Behandlung aber nicht mehr
- Konsiliarische Hinzuziehung einer Neurologin ergibt, dass sich die Patientin der Tragweite ihrer Entscheidung bewusst ist, insbesondere, dass ihr baldiger Tod droht, sofern sie nicht wie ärztlicherseits empfohlen behandelt wird



Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe: Beispielsfall

- Dem Wunsch der Patientin entsprechend unterbleibt die Behandlung.
- Umstellung des weiteren Therapiezieles von Heilung auf palliative Maßnahmen.
- Patientin verstirbt einige Tage nach ihrer Entscheidung, in die Behandlung nicht einzuwilligen.





Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Pflicht zur Ausgabe von tödlich wirkenden Medikamenten durch den Staat

- Urteil des OVG Nordrhein-Westfalen vom 02.02.2022 (Az.: 9 A 147/21)
- Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erteilung einer Erlaubnis zum Erwerb des Betäubungsmittels Natrium-Pentobarbital zum Zweck einer Selbsttötung
- Rückgriff bei verschreibungspflichtigen Medikamenten z. B. auf Ärzte



Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Urteil des OVG Nordrhein-Westfalen vom 02.02.2022

(Az.: 9 A 147/21)

- Ob ein Zugang zu Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung ermöglicht werden soll, muss der demokratisch legitimierte Gesetzgeber entscheiden, der dann auch ein diesbezügliches Schutzkonzept entwickeln müsste.
- Die Fragen, welche Anforderungen an den freien Willen, die Dauerhaftigkeit des Selbsttötungsentschlusses oder die Information über Handlungsalternativen zu stellen wären und wie Miss- oder Fehlgebrauch verhindert werden könnte, müssen gesetzlich beantwortet werden.





Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Urteil des OVG Nordrhein-Westfalen vom 02.02.2022

- Nach aktueller Rechtslage (Hinweis des OVG auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020) ist vielmehr ein zumutbarer Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe real eröffnet.
- Kein Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung (mehr)
- Ärztliches Berufsrecht steht Suizidhilfe nicht mehr generell entgegen.



Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 07.11.2023

(Az.: 3 C 8.22)

- Die Versagung einer Erlaubnis für den Erwerb von Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung ist angesichts der Möglichkeiten, das eigene Leben medizinisch begleitet mit anderen Mitteln zu beenden, mit dem durch das Grundgesetz geschützten Recht auf selbstbestimmtes Sterben vereinbar.
- Es bestehe für Sterbewillige die realistische Möglichkeit, über eine Ärztin oder einen Arzt Zugang zu (verschreibungspflichtigen) Arzneimitteln zu erhalten, mit denen eine Selbsttötung durchgeführt werden kann.





Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Zu § 16 Berufsordnung der Ärzte

- Ärzte können künftig frei und allein auf Basis ihres Gewissens entscheiden, ob sie Suizidwillige beim Sterben unterstützen.
- Der 124. Deutsche Ärztetag beschloss, die Regelung zur Hilfe zur Selbsttötung in Paragraph 16 der (Muster)Berufsordnung (MBO-Ä) zu streichen
(hier Satz 3: „Der Arzt darf keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“).

(aus aerzteblatt.de vom 05.05.2021)



Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Zu § 16 Berufsordnung der Ärzte

- Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Klaus Reinhardt, stellte jedoch gleichzeitig klar, dass die Ärzteschaft nicht bereit sei, Suizidbeihilfe zu einer normalen ärztlichen Dienstleistung zu machen.
- Es gebe nur wenige Fälle, in denen sterbenskranken Menschen nicht durch palliativmedizinische Maßnahmen geholfen werden könne, betonte er.

(aus aerzteblatt.de vom 05.05.2021)





Assistierter Suizid und Sterbehilfe

Zu § 16 Berufsordnung der Ärzte

- Die Streichung des Verbots der ärztlichen Suizidbeihilfe ändere nichts daran, dass ärztliches Handeln von einer lebens- und gesundheitsorientierten Zielrichtung geprägt bleiben müsse.
- Der Antrag betone zugleich, dass niemand verpflichtet werden könne, Suizidhilfe zu leisten.

(aus aerzteblatt.de vom 05.05.2021)



Suizidalität im Alter -

Betrachtungen des Phänomens aus juristischer Sicht

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**



7. Moderatorin: „Wo erfahren Sie Grenzen im Umgang mit Sterbewünschen?“



8. Austausch auf dem Podium

Teilnehmende:

- Frau Katja Sträde, Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Kreises Unna
- Herr Ansgar Heithoff, Direktor Amtsgericht Schwerte
- Herr Uwe Johansson, Chefarzt Gerontopsychiatrie LWL-Klinik Dortmund
- Herr Daniel Robbert, Theologe, Ethik-Koordinator Katholischer Hospitalverbund Hellweg

Leitung: Frau Meike Schwermann, Moderation, Palliativ-Care-Coachin

Frau Schwermann fasste die bisherigen Ergebnisse der „Mentimeter-Befragungen“ zusammen. Sie stellte fest: Generell gibt es zu wenig präventive Hilfen. „Was führt in unserer Gesellschaft zu Einsamkeit, die zu Depression führen kann, die in Suizidgedanken münden kann? Und schaut unsere Gesellschaft einfach weg?“

Frau Sträde erläuterte die kreisweiten Zuständigkeiten des sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes. Diese Aufgabe wird mit einem speziell geschulten fachärztlichen und sozialarbeiterischen Team durchgeführt. Betroffene, Angehörige, Freunde oder auch involvierte Dienstleister können sich bei kritischen psychischen Problemlagen melden und Unterstützung anfordern. Allerdings bleibe der freie Wille der betroffenen Person letztlich entscheidend – wenn keine unmittelbare Selbst- oder Fremdgefährdung erkennbar sei. Trotz der bekanntermaßen hohen Anteile älterer und hochaltriger Personen in der Bevölkerung wären jedoch die Seniorinnen und Senioren als Klientel jahrelang „völlig unterrepräsentiert“ – wenngleich inzwischen ein sehr deutlich wahrnehmbarer Zuwachs festzustellen sei. Die Frage sei, ob das aufsuchende Beratungs- und Unterstützungsangebot bekannt genug ist. Wichtig bleibe auf jeden Fall die gut funktionierende, sehr enge

Vernetzung mit weiteren Beratungsdiensten und unterstützenden Angeboten aus dem ganzen Spektrum von Gesundheit, Pflege und sozialen Hilfen bis hin zur Polizei.

Herr Johansson stellte die Frage, ob es insgesamt quantitativ genug Hilfe gäbe und ob diese Hilfen generell bekannt genug seien, um präventiv zu wirken. Unterstützung müsse sehr engmaschig erfolgen, idealerweise als „Quartiers-Sorge“, sichtbar wie einst die Gemeindeschwestern. Gibt es Nachbarschaftshilfen, die frühzeitig die wachsende Zahl alleinlebender und einsamer Menschen unterstützen könnten? Werden zukünftig digitale Hilfen diesbezüglich besser nutzbar sein? Multiplikatoren könnten hoffentlich die erforderliche Sensibilität und Fachlichkeit „in die Gesellschaft“ tragen – doch gibt es die benötigten finanziellen Ressourcen? Auch der wachsende Fachkräftemangel verhindere den eigentlich dringend erforderlichen Ausbau fachlicher Unterstützung „im Quartier“.

Herr Robbert bejahte ausdrücklich die Möglichkeiten der Nachbarschaftshilfen. Ältere Menschen trafen sich im Dorf, auf dem Friedhof oder an anderen wohnortnahen Orten – Kommunen und Kreise könnten mit sozialräumlich orientierten Hilfen gezielt unterstützen. Das ehrenamtliche Engagement sei insgesamt gut vorhanden in der Gesellschaft.

Herr Heithoff erklärte, dass er inzwischen viel mehr Bereitschaft erkenne, eigene Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen zu erstellen. Diese seien ab dem 18. Lebensjahr wichtig und für die Berücksichtigung des eigenen Willens mit der Volljährigkeit erforderlich, sofern man sich in einer entsprechenden Situation nicht mehr selber artikulieren kann. Örtliche Hilfen sollten präventiv bekannt gemacht werden, örtliche Netzwerke seien wichtig und funktionieren, in Schwerte z. B. mit Richtern, der Betreuungsstelle und dem Chefarzt der Geriatrie am örtlichen Krankenhaus, Dr. Vahle.

Fragen und Beiträge aus den Reihen der Teilnehmenden, Antworten des Podiums:

Die Abgrenzung von fahrlässiger Tötung und Beihilfe wie im geschilderten Beispielfall mit einem Hausarzt wurde thematisiert. In den Niederlanden müsse ein Facharzt die Fähigkeit zur Selbstbestimmung des suizidwilligen Menschen unabhängig prüfen. Im Beispielfall hätte der Arzt die Zweitmeinung eines Experten einholen müssen, um bestimmte Krankheitsbilder wie paranoide Schizophrenie auszuschließen. Unklar bleibt, welche objektiven medizinischen Kriterien es gibt, nach denen rechtssicher der freie Wille auch bei einer psychisch kranken Person festzustellen ist. Eine Ausarbeitung der entsprechenden Richtlinien für die Berufsordnung der Ärzte sei immer noch notwendig.

Schmerzen und Einsamkeit – eine wachsende Zahl an niedrigschwelligen Angeboten stehe zur Verfügung, auch immer mehr betreutes Wohnen im Alter und Wohngemeinschaften.

Eine plurale Gesellschaft besteht, aber Erfolgsstreben, Jugendwahn, „höher-schnellerweiter“ dominieren. Gegenzusteuern sei auch Aufgabe der Früherziehung.

Welche Möglichkeiten bestehen, wenn eine Person nicht schwer krank ist und doch die Sterbehilfe einfordert? Hausärzte und Fachärzte müssen nach rechtssicheren, einheitlichen Kriterien beraten. Es müsse in einem solchen Falle z. B. eine psychische Krankheit, welche die Selbstbestimmungsfähigkeit beeinflusst, als Ursache für diesen Wunsch ausgeschlossen werden. Jeder darf sich töten. Aber das Gebot der Menschenwürde bleibe gültig, Beratung und Hilfen seien erforderlich. Aus rechtlicher Sicht wären in einem solchen Falle Polizei und Ordnungsamt, Ärzte und Richter anzusprechen. Eventuell mache zwecks Beratung und Untersuchung ein etwa ein- bis zweitägiger Klinikaufenthalt Sinn,

dem sich gegebenenfalls Behandlung und Unterstützung gegen den Leidensdruck zuhause anschließen könne.

Problematisch sei es, bei einer hohen Patienten- und Klientenzahl und dem immer stärker werdenden Personalmangel den Sterbewunsch „zu hören“. Es gäbe Hemmschwellen für die Betroffenen, mit Suizidgedanken zu Beratungsstellen oder Hausärzten zu gehen. Bei der Generation 65 Jahre plus und noch deutlicher bei der Generation 80 Jahre plus seien noch engere Einstellungshorizonte vorhanden. Ein Suizidwunsch wachse allerdings langsam heran, auch bei älteren Menschen – es gäbe Chancen, etwas zu erkennen, für pflegende Angehörige, für beteiligte Profis aus Gesundheit und Pflege.

Aufklärung und mehr Sensibilität seien erforderlich, auch diese Fachtagung sei ein erster Schritt zu Wissen und Aufklärung. Das Interesse war hoch, in wenigen Tagen war die mögliche Teilnehmezahl erreicht. Das Thema müsse aus der gerontopsychiatrischen Nische heraus. Tabuthemen wie Sterben, Tod, aber auch Altern und Inklusion müssten in die Mitte der Gesellschaft, und dazu seien auch fachliche Netzwerke wichtig. Sensibilisierung könne der Stigmatisierung entgegenwirken. Die Wertschätzung des jeweiligen Menschen, seiner Biografie und seiner Wünsche sei erforderlich. Insgesamt sei über Schule und Bildung daran langfristig zu arbeiten. Prominente betroffene Personen können in der Öffentlichkeit ebenfalls viel bewirken.



Die wachsende Zahl alleinlebender Menschen sei zu berücksichtigen. Auch für die vielfältig geforderten Pflegekräfte müsse mehr Zeit in der persönlichen Betreuung möglich werden.

Die gesamte erörterte Thematik mache deutlich: „Hier sind Bundespolitiker gefordert.“ Mehr Personal in der Pflege, mehr Zeit für Betreuung in der Pflege und im Gesundheitssystem, mehr Unterstützungsangebote seien erforderlich - dies bedeute auskömmliche Finanzierung, also müsse auch „mehr Geld ins System“.

Die Tagungsdokumentation solle folglich auch an die heimischen Politikerinnen und Politiker gehen, die im Landtag und Bundestag sitzen.

Abschließendes Statement des Podiums:

- Der Bundesgerichtshof müsse als Grundlage auch für die Ärzteschaft noch weitere Klarheit schaffen.
- In den heutigen Zeiten sollte weniger „zerredet“ werden, vielmehr müssten gerade auch die christlichen Kirchen mehr zusammenarbeiten.
- Suizidalität und psychische Erkrankungen sollten aus der Tabuzone heraus, auch ältere Menschen müssten offener über die Probleme reden, ihre Scheu verlieren – in den letzten 20 Jahren habe sich die Psychiatrie erheblich weiterentwickelt; die Fachtagung sollte als Einstieg gesehen werden.
- Auch die PSAG Gerontopsychiatrie werde sich wieder treffen. Gemeinsam könne schon heute viel geschaffen werden.
- Die auch im Kreis Unna vorhandenen zahlreichen Unterstützungs- und Hilfemöglichkeiten von Wohnen, Teilhabe, sozialer Beratung und Unterstützung bis zu Pflege, Gesundheitswesen, Hospiz und Palliativ Care müssen bekannt genug sein, um ihre präventiven und helfenden Möglichkeiten zu entfalten.

Moderatorin Frau Schwermann bedankte sich bei der Veranstaltergemeinschaft und den Gästen und forderte auf, „weiter in solidarischer Freiheit vernetzt an der Verbesserung der Versorgungsstruktur zu arbeiten.“

Die Dokumentation der Fachtagung soll auf den Internetseiten des Kreises Unna eingestellt und an die Teilnehmenden sowie an den großen Verteilerkreis mit rund 1.000 Adressen von Leitungen, Verantwortlichen und Multiplikatoren aus den Bereichen Gesundheit, Pflege, Soziales, Politik weitergeleitet werden.

(Zusammenfassung: Hans Zakel)

9. Impressionen – Austausch im Bauhaus und während der Pause im Spiegelsaal







10. Anhang: Suizide - durch vorsätzliche Selbstbeschädigung Gestorbene in 2021
 (IT.NRW Januar 2024, eigene Berechnungen)

Alter	Anzahl (Quote)				
	NRW (1)	RB Arnsberg	Dortmund	Hamm	Kreis Unna
Unter 35	183	33	11	3	3
35 - 44	131	37	1	1	3
45 - 49	76	14	5	0	1
50 - 54	118	26	5	0	3
55 - 59	135	27	4	0	3
60 - 64	128	30	8	1	3
65 - 69	113	36	5	1	2
70 - 74	84	15	2	1	3
75 - 79	103	17	1	0	2
80 - 84	117	19	3	0	6
85 - 89	97	19	3	1	6
90 und mehr	49	12	1	2	2
insgesamt	1.343	285	49	10	37

(100 %)

(1) einschließlich aller Fälle, die aus Datenschutzgründen nicht ausgewiesen wurden

65 plus	563 (41,9%)	118 (41,4 %)	15 (30,6%)	5 (50 %)	21 (56,8%)
----------------	--------------------	---------------------	-------------------	-----------------	-------------------

Bevölkerungsanteil 2021 mit 65 Jahren plus Kreis Unna **23,5%**
 (mit 92.391 Personen, IT.NRW und eigene Berechnungen)

Suizide insgesamt im Kreis Unna

2011 = 44

2019 = 33

2020 = 33

Nur zur Orientierung die Umrechnung auf **Suizidraten 2021:**

- Die Suizidrate in **NRW** liegt bei 7,4 pro 100.000 Personen,
- die Suizidrate für den **Kreis Unna** liegt bei **9,4** pro 100.000 Personen (bei 393.063 Personen am 31.12.2021).

Suizide, Verteilung auf die Geschlechter männlich – weiblich (2021):

	Männlich	Weiblich
Kreis Unna	73 %	27 %
NRW	71,1 %	28,9 %

Hans Zakel
 29.01.2024