

Suizidhilfe bei psychisch Erkrankten – welche Kriterien entscheiden?

Eva Kowalinski und Christian G. Huber

Ausgangslage in der Schweiz – Menschen mit psychischer Erkrankung als vulnerable Gruppe im Kontext von assistiertem Suizid

2018 hat die Schweizerische Akademie der Wissenschaften (SAMW) in ihren Richtlinien die Kriterien für die Zulassung zum assistierten Suizid in der Schweiz aktualisiert (SAMW 2004; 2018). Der folgende Artikel untersucht die Bedeutung dieser Kriterien für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Insbesondere die Kriterien des unerträglichen Leids, aber auch die Aspekte Urteilsfähigkeit und Ausschöpfung von therapeutischen Optionen haben für diese vulnerable Personengruppe eine praktische Relevanz. Der Artikel zeigt die dafür bedeutsamen psychiatrischen Zusammenhänge auf und stellt dar, welche Herausforderungen sich aus ihnen für die Erstellung von verbindlichen Bedingungen für den assistierten Suizid ergeben. Zunächst folgt eine kurze Erläuterung der Praxis bezüglich des assistierten Suizids in der Schweiz und den Diskursen, die dort im Hinblick auf die Kriterien für den assistierten Suizid geführt werden. Zum Schluss des Artikels wird auch das Thema der allgemeinen Stigmatisierung psychisch Erkrankter aufgegriffen, da es aus Sicht der Autor*innen auch im Kontext des assistierten Suizids eine erhebliche Rolle spielt.

Die Praxis des assistierten Suizids hat in der Schweiz eine lange Tradition und ist im Gegensatz zur Tötung auf Verlangen erlaubt (vgl. Dierickx et al. 2020). Während bei der Tötung auf Verlangen durch eine*n Ärztin*Arzt oder andere dritte Person ein zum Tode führendes Mittel verabreicht wird, geht es beim assistierten Suizid darum, der*dem Suizidwilligen die tödliche Substanz zu vermitteln, die die*der Betroffene ohne Fremdeinwirkung selbst einnimmt. Innerhalb des schweizerischen Gesetzes ist der assistierte Suizid wenig reguliert und wird nur unter Strafe gestellt, wenn er aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt (Art. 115 StGB). Eine nähere Erläuterung der möglichen selbstsüchtigen Motive bleibt im Gesetzestext aus.

Während die Zahl der Suizide in der Schweiz langjährig in der Tendenz leicht sinkend ist (vgl. Bundesamt für Statistik 2022) und im Jahr 2020 erstmals unter 1000 pro Jahr lag, gab es im Jahr 2018 in der Schweiz 1176 Fälle (499 Männer und 677 Frauen) von assistier-

tem Suizid. Damit hat sich die Zahl gegenüber dem Jahr 2010 mehr als verdreifacht. Mit 1196 Fällen im Jahr 2019 und 1251 Fällen im Jahr 2020 ist sie in dieser Zeit nochmals um 4,6 Prozent gestiegen (vgl. Swissinfo.ch 2020). Auch andere Länder, in denen der assistierte Suizid legalisiert wurde, wie Belgien und die Niederlande oder der US-amerikanische Bundesstaat Oregon, verzeichnen diese deutliche Tendenz der steigenden Inanspruchnahme (vgl. Borasio et al. 2019).

Der Anteil unter den assistierten Suizide mit zugrundeliegenden psychischen Erkrankungen liegt seit 2006 unter Schweizer Bürger*innen bei 17 Prozent, bei Nichtschweizer*innen, also Personen aus anderen Ländern, die in der Schweiz assistierten Suizid in Anspruch genommen haben, bei 8 Prozent (vgl. Bartsch et al. 2019). Daten aus den Niederlanden deuten auch dort eine zunehmende Bedeutung der psychischen Erkrankungen unter den assistierten Suiziden an – zwischen 2008 und 2017 stieg die absolute Zahl von 0 auf 83 Fälle (vgl. Evenblij et al. 2019).

Die Bedingungen, unter denen der assistierte Suizid durchgeführt werden sollte, sind regelmäßig Gegenstand von medizinethischen und öffentlichen Diskussionen (vgl. Hehli/Hardegger 2019). So titelte die Neue Zürcher Zeitung im April 2019 »Suizidhilfe für alle Erwachsenen? Wie ein ethisches Dilemma die Fachwelt spaltet« und verweist damit auf die große Kontroverse in der Schweiz, unter welchen Bedingungen der assistierte Suizid ethisch und berufsrechtlich gerechtfertigt ist. Die SAMW betrachtet den assistierten Suizid zwar nicht als medizinische Tätigkeit, sondern als »rechtlich zulässige Tätigkeit«, die Ärzt*innen als »eigenverantwortliche Entscheidung« ausüben können (SAMW 2022: 25). Sie legt innerhalb der von ihr herausgegebenen medizinethischen Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod aber sehr wohl Kriterien für einen ethisch gerechtfertigten assistierten Suizid fest, die für die medizinische Praxis hoch relevant sind. Im Jahr 2018 wurde eine Aktualisierung dieser Richtlinien durch die SAMW veröffentlicht, die eine ältere Version der Richtlinien aus dem Jahr 2004 ersetzte. Gemäß beiden Versionen sind eine intakte Urteilsfähigkeit, Selbstbestimmung, Wohlerwogenheit, Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches und fehlende therapeutische Optionen notwendige ethische Kriterien für die Zulassung zum assistierten Suizid. Während jedoch die vorherige Formulierung aus dem Jahr 2004 die Suizidhilfe als ethisch vertretbar ansah, sofern der Zustand der*des Patient*in »die Annahme [rechtfertigt], dass das Lebensende nahe ist«, ist für die neue Richtlinie von 2018 ausschlaggebend, dass deren*dessen »Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen [...] Ursache unerträglichen Leidens« sind (SAMW 2004: 9; 2018: 26).

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (Foederatio Medicorum Helveticorum, FMH) legt eine sogenannte Ständeordnung fest, welche als berufsständische Leitlinie bindend für die Mitglieder ist. Üblicherweise integriert die FMH die Richtlinien der SAMW in diese Ständerordnung. Im Falle des assistierten Suizids lehnte sie die neuen Richtlinien jedoch ab: Das Kriterium des unerträglichen Leidens sei zu »unbestimmt« und zudem »von der Einschätzung des Patienten und dessen Wertvorstellungen« abhängig, was für behandelnde Ärzt*innen »eine erhebliche Unsicherheit« und für die Ärzteschaft »eine massive Ausweitung des Anwendungsbereichs« der Suizidbeihilfe zur Folge haben würde (FMH 2018: 3).

Diese Kontroverse zwischen den beiden Institutionen SAMW und FMH ist insbesondere auch für Personen mit einer psychischen Erkrankung von Bedeutung, die ei-

nen anhaltenden Sterbewunsch haben. Denn psychische Störungen führen mit einigen wenigen Ausnahmen, wie zum Beispiel schwerwiegenden Verläufen einer Anorexia nervosa (Magersucht), in der Regel in ihrem natürlichen Krankheitsverlauf nicht in absehbarer Zeit zum Tode, sie lassen sich also nicht als terminale Erkrankungen definieren. Sie können aber durchaus zu Leiden führen, das die betroffene Person als unerträglich empfindet. Die Beurteilung eines Sterbewunsches ist bei dieser Gruppe tatsächlich eine Herausforderung. Es ist bekannt, dass insbesondere Menschen mit Psychosen, Depressionen, Suchterkrankungen und ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen ein erhöhtes Suizidrisiko tragen. Im Kontext dieser Erkrankungen entsteht Suizidalität durch eine Einengung im Denken, Erleben und Wahrnehmen der eigenen Situation, Person und Zukunftsperspektiven und ist häufig nur ein vorübergehender Zustand (vgl. Lewitzka 2022). Auf der anderen Seite ist Suizidalität eine ureigene menschliche Denk- und Verhaltensmöglichkeit, die nicht automatisch eine Krankheit darstellt oder zwangsläufig im Rahmen einer solchen auftritt (vgl. Wolfersdorf/Hegerl 2018). Sie kann ein wohl erwogener Schluss auf Basis eines von unerträglichem Leid ohne Aussicht auf Besserung geprägten Lebenswegs sein (vgl. Grassi et al. 2010). In diesem Spannungsfeld kann für die beteiligten Ärzt*innen ein moralischer Konflikt zwischen dem ethischen Grundsatz der Achtung der Patientenautonomie und dem ethischen Grundsatz der Wohltätigkeit im Sinne der Erhaltung des Lebens (Suizidprävention) aufkommen.

Im Mai 2022 wurde als Ergebnis einer Kooperation von SAMW und FMH eine aktualisierte Fassung der Richtlinien von 2018 publiziert. Wie diese verlangt sie unerträgliches Leid auf Basis einer Erkrankung und führt wie folgt aus:

»Schwerwiegendes Leiden: Die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten sind schwerwiegend, was durch eine entsprechende Diagnose und Prognose zu substantiieren ist. Sie sind für ihn Ursache unerträglichen Leidens (vgl. Kap. 2.4.) Da unerträgliches Leiden nicht objektiv feststellbar ist, kann diese Feststellung vom Arzt nicht verlangt werden. Dagegen muss dieser dokumentieren, dass er sich mit ausreichender Sorgfalt bemüht hat, sich mit der konkreten individuellen Situation des Patienten so vertraut zu machen, dass die Unerträglichkeit für ihn nachvollziehbar wurde. Eine abstrakte Begründung anhand einer Diagnose ist allein nicht ausreichend, kann diese Beurteilung aber unterstützen, insbesondere durch Dokumentation eines entsprechenden Verlaufs und Schilderung der persönlichen Situation. Ethisch nicht vertretbar im Sinn dieser Richtlinien ist Suizidhilfe bei gesunden Personen.« (SAMW 2022: 26)

Diese Situation spiegelt wider, dass der assistierte Suizid gemäß dem Strafgesetz legal ist und die Richtlinien »lediglich« medizinethische Handlungsempfehlungen und, wenn von der FMH integriert, berufsständische Leitlinien darstellen. Die bei Sterbeorganisationen wie EXIT etablierte jahrzehntealte gelebte Praxis orientiert sich an den Kriterien, die beide Versionen der Richtlinien (2004 und 2018) gemeinsam haben: Urteilsfähigkeit, Selbstbestimmung, Wohlerwogenheit, Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches und Fehlen von therapeutischen Optionen (vgl. Bersier 2022). Es ist interessant, dass diese allen Versionen gemeinsamen Kriterien in der öffentlichen Kontroverse weniger Bedeutung erhalten als in der bisherigen Praxis des assistierten Suizids.

Die Aktualisierung von 2022 hebt zwar den Ausschluss der psychisch Erkrankten vom Zugang zu assistierten Suizid auch in der Ständeordnung auf, legt jedoch, wie die Schweizerische Sterbehilfeorganisation EXIT betont, einen Schwerpunkt auf die Nachvollziehbarkeit des Leidens durch die Ärzt*innen und lässt psychosoziale Faktoren außer Acht (vgl. Bersier 2022).

Unerträgliches Leiden

In den neuen Richtlinien der SAMW ist eine Voraussetzung für einen ethisch gerechtfertigten assistierten Suizid, dass für Betroffene ein als unerträglich empfundenenes Leiden besteht, welches durch eine entsprechende Diagnose (Erkrankung) oder Funktionseinschränkung verursacht wird und für Beurteilende nachvollziehbar erscheint (vgl. SAMW 2022). Somit beziehen sich die Kriterien der SAMW für einen assistierten Suizid auf das medizinethische Prinzip der Fürsorge (Benefizienz), also das Streben nach Wohl und Leidensminderung. Auch in anderen Ländern wie den Niederlanden, Belgien, Luxemburg und Kanada basiert die Gesetzgebung für den assistierten Suizid beziehungsweise für Euthanasie auf dem medizinethischen Prinzip der Fürsorge (vgl. Braun et al. 2022). Die Linderung von Leid ist ein zentrales Ziel des medizinischen Handelns; Leid ist ein unerwünschter Zustand, der möglichst beendet werden soll (vgl. Callahan 1999). Doch Leid lässt sich in der Regel nicht auf einen einzelnen Aspekt des Lebens reduzieren (vgl. Verhofstadt et al. 2019) – wie zum Beispiel den körperlichen Schmerz – und bleibt im Kontext mit einem Sterbewunsch als Kriterium sehr unscharf. Auch die Präzisierung, dass das Leiden mit einer Diagnose assoziiert sein soll, bringt keine ausreichende Klarheit. Denn welche Anteile des Leids in welchem Ausmaß aus der diagnostizierten Krankheit hervorgehen, kann selten exakt zugeordnet werden: Sind es der körperliche Schmerz und auch noch die daraus resultierende Einschränkung der sozialen Teilhabe? Und wie können Ärzt*innen die daraus entstehenden existenziellen Leiden wie die Sinnfrage im Leben Betroffener einordnen? Eine Klärung des Begriffs ist aber dringend notwendig, wenn dieser als Kriterium für ärztliches Handeln eingesetzt wird (vgl. Bozzaro 2015).

Theoretische Konzepte zum Leid betonen, dass die Bemessung des Leidens und die Entscheidung darüber, ob dieses unerträglich ist, nur durch die betroffene Person selbst vorgenommen werden kann und von individuellen Persönlichkeitsmerkmalen und Wertvorstellungen abhängig sein mag (vgl. Cassell 1999). Das Erleben von Leid ist also stark subjektiv und kann nicht objektiv zwischen verschiedenen Individuen verglichen werden. Im Kontext von psychiatrischen Erkrankungen beginnt das Leid oft im frühen Lebensalter (vgl. Rubio et al. 2013), insbesondere, wenn psychiatrische Komorbiditäten vorliegen oder traumatische Erfahrungen in der Kindheit den Ausgangspunkt für das Leiden darstellen (vgl. Beal et al. 2019). Zudem neigen Patient*innen mit einer psychischen Erkrankung oder mit einer zusätzlichen somatischen Erkrankung dazu, ihr Leiden als permanenten Zustand zu beschreiben (vgl. Dees et al. 2011). Ein ausführliches Argumentarium für die Zulassung von psychisch Erkrankten zur Suizidhilfe aus den USA legt dar, dass die von psychischen und somatischen Erkrankungen hervorgerufenen Leiden als gleichwertig angesehen werden sollten (vgl. Kious/Battin 2019). Ein daran anknüpfen-

des Opinion Paper von Schneeberger et al. aus der Schweiz merkt an, man solle sich nicht darauf beschränken, Leid zu klassifizieren und zu quantifizieren, sondern die Komplexität der lebensweltlichen Beweggründe nachvollziehen, die psychisch Erkrankte zu einem Sterbewunsch bewegen können (vgl. Schneeberger et al. 2020; vgl. Trachsel/Jox, 2022). Einen Einblick in diese Komplexität liefert eine qualitative Studie aus den Niederlanden, die anhand von Zeugnissen psychisch Erkrankter, die ein Euthanasiegesuch gestellt haben, die Faktoren untersucht, die zu ihrem als unerträglich empfundenen Leiden beigetragen haben: Leid aus medizinischen Gründen, Leid aus intrapersonellen Gründen (u.a. traumatische Erfahrungen in der Biographie), Leid aus interpersonellen Gründen (u.a. Fehlen oder Verlust von sozialer Unterstützung) und existenzielles Leid (u.a. Angst vor einem Leben ohne Perspektive auf Besserung) (vgl. Verhofstadt et al. 2017).

Weiterhin bezeugen die Daten aus den Niederlanden den bemerkenswerten Umstand, dass zwar die meisten der 3950 Patient*innen, die 2014/2015 ein Euthanasiegesuch gestellt haben, somatisch terminal erkrankt waren, jedoch knapp 40 Prozent von ihnen unerträgliches psychologisches Leid als Grund für das Gesuch angaben (vgl. Verhofstadt et al. 2017). Das zeigt die Schwierigkeit, eine trennscharfe Unterscheidung zwischen den Beweggründen für Sterbewünsche bei somatisch und psychisch Erkrankten vorzunehmen, da das psychologische Leid in beiden Fällen von zentraler Bedeutung ist.

Urteilsfähigkeit

Das Vorhandensein von Urteilsfähigkeit grenzt die Selbstbestimmung von der Fremdbestimmung ab (vgl. SAMW 2019: 5) – sowohl was medizinische Behandlungsentscheidungen betrifft, aber auch zum Beispiel finanzielle Transaktionen. Die Urteilsfähigkeit ist weniger ein medizinischer als ein juristischer Begriff, und die Kriterien zu ihrer Überprüfung variieren in den unterschiedlichen Rechtssystemen. Ein einflussreiches Modell, an dem sich die meisten Versionen orientieren, sind die vier Kernkriterien für Urteilsfähigkeit nach Grisso und Applebaum. Gemäß diesen Kriterien ist eine urteilsfähige Person fähig, eine Entscheidung zu treffen, Informationen zu verstehen, die für die Entscheidungsfindung bei der Behandlung relevant sind, die Bedeutung dieser Informationen für die eigene Situation einzuschätzen, insbesondere in Bezug auf die eigene Krankheit und die wahrscheinlichen Folgen der eigenen Behandlungsoptionen, und mit den relevanten Informationen zu argumentieren, um einen logischen Prozess der Abwägung von Behandlungsoptionen einzuleiten (vgl. Grisso/Appelbaum 1998).

Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit eines Menschen mit Sterbewunsch ist von zentraler Bedeutung, denn die Urteilsfähigkeit fungiert als eine Art »Gatekeeper« für die Zulassung zum assistierten Suizid (vgl. Trachsel/Jox 2022). Dies spiegelt sich in den Richtlinien der SAMW wider, die fordern, dass eine Urteilsunfähigkeit sorgfältig ausgeschlossen worden ist (vgl. SAMW 2022). An dieser Stelle ist die Umkehrformulierung sehr bedeutsam, denn den Ausgangspunkt einer Untersuchung sollte die Annahme bilden, dass jedes Individuum fähig ist, Entscheidungen über die eigene Behandlung zu treffen; jeder Zweifel an dieser Fähigkeit erfordert eine gründliche Untersuchung und Erklärung. Psychische Erkrankungen sind ein Risikofaktor für eine fehlende oder reduzierte Urteilsfähigkeit und es ist herausfordernd, einzuordnen, inwiefern ein Sterbewunsch inhärent in

der psychischen Erkrankung begründet ist und konsekutiv gegebenenfalls fehlende Urteilsfähigkeit bezüglich dieses Sterbewunsches besteht. Auf der einen Seite ist es wichtig, die individuelle Autonomie zu wahren, auf der anderen Seite ist es ebenso wichtig, Personen mit einer eingeschränkten Selbstbestimmungsfähigkeit zu beschützen. So fordern auch die Voraussetzungen für eine Freitodbegleitung der Sterbehilfeorganisation EXIT bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung zwei Fachgutachten, welche die Urteilsfähigkeit attestieren (vgl. EXIT o.J.).

Diese Vorsicht bestätigend, hat eine Metaanalyse zur Urteilsfähigkeit bei depressiven Störungen unterschiedlichen Schweregrades von Hindmarch et al. gezeigt, dass 20 bis 30 Prozent der Patient*innen ein fehlendes Urteilsvermögen bezüglich Behandlungsentscheidungen aufweisen (vgl. Hindmarch et al. 2013). Während die reine Informationserfassung bei Menschen mit einer depressiven Erkrankung häufig intakt ist, scheint die Fähigkeit, die Bedeutung der Behandlungsentscheidung für die eigene Situation und den weiteren Lebensweg zu erfassen, beeinträchtigt. Mögliche Erklärungen hierfür könnten eine im Rahmen der depressiven Episode eingeeengte negative Sicht auf die eigene Zukunftsperspektive sein und die möglicherweise reduzierte Selbstfürsorge, sowohl bezogen auf alltägliche Verrichtungen, aber auch im psychischen Sinne, bezogen auf den Wunsch für ein Wohlergehen der eigenen Person. Dies unterstreicht, dass emotionale Veränderungen einen großen Einfluss auf die Urteilsfähigkeit haben können. Psychische Erkrankungen können also in eine verminderte Urteilsfähigkeit münden, sind aber nicht zwingend von solchen Einschränkungen begleitet. Vielmehr weisen sie diesbezüglich eine große Varianz auf und das Vorliegen von Urteilsunfähigkeit ist abhängig vom spezifischen klinischen Zustandsbild, dem Zeitpunkt der Untersuchung und der jeweiligen Fragestellung (vgl. Owen et al. 2008). In Übereinstimmung damit zeigt eine Metaanalyse aus dem Jahr 2020, dass diagnoseübergreifend bis zu 75 Prozent der psychisch Erkrankten eine erhaltene Urteilsfähigkeit bezüglich Entscheidungen zu ihrer medizinischen Behandlung haben (vgl. Calcedo-Barba et al. 2020).

Die Kriterien legen nahe, dass Urteilsfähigkeit ein Merkmal der betroffenen Person ist und objektiv bemessen werden kann. Tatsächlich gibt es Kontroversen beziehungsweise Unklarheiten bezüglich des Grundverständnisses von Urteilsvermögen und inwiefern nicht doch die moralische Beurteilung durch Untersuchende eine Rolle spielt. In ihrer Arbeit *Einwilligungsfähigkeit – inhärente Fähigkeit oder moralisches Urteil?* argumentieren Helena Hermann et al.:

»Bei der Beurteilung von Einwilligungsfähigkeit geht es folglich um eine Zuschreibung von Entscheidungshoheit und somit um die Frage, ob eine Bevormundung unter Berücksichtigung der inneren Merkmale des Patienten und der äusseren Umstände moralisch richtig oder falsch ist. Bloß anzunehmen es gehe um, die Bestimmung der Fähigkeit des Patienten, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen, greift zu kurz, weil diese Annahme der moralischen Dimension von Einwilligungsfähigkeit nicht angemessen Rechnung trägt.« (Hermann et al. 2016: 11)

Eine Schweizer Studie zur ärztlichen Einstellung gegenüber der Frage der Selbstbestimmung zeigte, dass ein großer Anteil der Ärzt*innen annimmt, dass ihre eigenen Werte eine untergeordnete Rolle bei der Untersuchung der Selbstbestimmung von Patient*in-

nen spielen sollten, also ihre eigenen moralischen und ethischen Überzeugungen im Hinblick auf die Entscheidungsoptionen der untersuchten Person nicht ihre Bewertung der Urteilsfähigkeit beeinflussen sollte. Dies deutet auf ein hohes Bewusstsein unter Ärzt*innen für ihre eigene Voreingenommenheit hin. In der spezifischen Frage des assistierten Suizids jedoch gab ein Prozentsatz von 16,6 an, dass die Ärzt*innen selbst überzeugt sein müssten, dass der assistierte Suizid die richtige Entscheidung ist, bevor sie in diesem Kontext die Urteilsfähigkeit attestieren könnten (vgl. Hermann et al. 2015). In der Frage des assistierten Suizids – also zugespitzt der Frage nach Leben oder Tod – scheint für die Fachperson eine andere oder höhere Schwelle für die Urteilsfähigkeit zu liegen. Dieser Befund weist auf die Schwierigkeit der risikorelativen Bewertung der Urteilsfähigkeit hin und legt nahe, dass Fachpersonen je weitreichender die Konsequenzen einer Entscheidung sind, desto eher ihre moralischen Überzeugungen einfließen lassen.

Fehlende therapeutische Optionen

Die Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod der SAMW fordern, dass die verfügbaren therapeutischen Optionen keine Wirkung gezeigt haben oder von urteilsfähigen Patient*innen abgelehnt worden sind. Doch wann genau sind die zumutbaren therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft? In der Psychiatrie erfolgt die Behandlung von Erkrankungen ebenso wie in anderen medizinischen Disziplinen evidenzbasiert. Sie orientiert sich an Behandlungsleitlinien für die verschiedenen Erkrankungsbilder, welche in Expert*innenrunden auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erstellt wurden und in regelmäßigen Abständen überarbeitet werden. Auch für sogenannte therapieresistente Depression (vgl. Härter et al. 2017) und Schizophrenie (vgl. Gaebel et al. 2019) existieren solche Behandlungsleitfäden.

Dennoch sind Behandlungserfolge im psychiatrischen Kontext oft nicht so klar messbar wie in anderen Bereichen der Medizin. Darüber hinaus gibt es chronische Erkrankungsverläufe, die von den Behandlungsempfehlungen nicht abgedeckt werden und individuelle Konzepte erforderlich machen. Gerade in diesen Fällen gehen die Meinungen über das weitere Vorgehen und darüber, ob, und wenn ja, welche Behandlungsmöglichkeiten noch existieren, auch unter Expert*innen auseinander (vgl. Gaiand 2020). Hinzu kommt, dass die Psychiatrie ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten bietet (medikamentös, psychotherapeutisch, arbeitstherapeutisch etc.) und dass die Möglichkeit einer Spontanremission auch nach langem Krankheitsverlauf weiterhin eine Rolle spielt (vgl. Vriends et al. 2014). Eine Einschätzung der verbliebenen Möglichkeiten und der Prognose ist somit häufig nur schwierig zu treffen.

Trachsel und Jox (Trachsel/Jox 2022) sprechen im Kontext von schweren persistierenden psychischen Erkrankungen vom Kriterium der »refractoriness of suffering«. Sie stellen die vier von Lopez et al. vorgeschlagenen Kriterien für »medical futility« (medizinische Nutzlosigkeit) im Kontext von psychischen Erkrankungen vor – (1) schlechte Prognose, (2) Nichtansprechen trotz adäquater Therapie, (3) kontinuierliche physiologische und psychologische Verschlechterung und (4) scheinbar unaufhaltsam terminaler Verlauf (vgl. Lopez et al. 2010) – und werten sie als Möglichkeit zur Orientierung. Für den

letzten Punkt, den terminalen Verlauf, der im psychiatrischen Kontext oft nicht im eigentlichen Sinne gegeben ist, schlagen sie eine Umdeutung nach Levitt und Buchman vor: Der terminale Verlauf für psychiatrische Erkrankungen »kann verstanden werden als Zustand, der auch durch wiederholte Interventionen keine bedeutende Veränderung der Symptomlast erfahren hat, sodass Patient*innen ihre Lebensqualität als nicht akzeptabel empfinden« (Levitt/Buchman 2021: 3).

Stigmatisierung

Menschen mit psychischen Erkrankungen erfahren häufig Stigmatisierung (vgl. Kaushik et al. 2016). Auch in der Schweiz sind sie infolge von Stigmatisierung häufig von der sozialen Teilhabe ausgeschlossen (vgl. Richter/Hoffmann 2019). Zentrale Stereotypen, die psychisch Erkrankten zugeordnet werden, sind: sie seien unberechenbar, gefährlich, selber verantwortlich für die Erkrankung, inkompetent, schwache Charaktere und abhängig von anderen (vgl. Ribeiro et al. 2018; vgl. Taylor/Dear 1981). Diese Zuschreibungen führen zu Reaktionen wie Ängstlichkeit und dem Wunsch nach sozialer Distanz von den Betroffenen (vgl. Kaushik et al. 2016).

Das Ausmaß der Stigmatisierung variiert und ist abhängig von Diagnose und Schwere der Symptome (vgl. Schomerus et al. 2011; vgl. Sowislo et al. 2017). Dieses Phänomen wurde anhand verschiedener Symptomkonstellationen, die dann spezifischen psychiatrischen Diagnosen zugeordnet wurden, untersucht. So scheint die strukturelle Stigmatisierung, das heißt die Diskriminierung psychisch Erkrankter durch öffentliche und private Einrichtungen, gegenüber Personen mit Alkoholabhängigkeit besonders ausgeprägt zu sein. Als besonders gefährlich werden Menschen mit Schizophrenie wahrgenommen.

Stigmatisierung hat zahlreiche negative Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche der Betroffenen (vgl. Lasalvia et al. 2014). Die Erfahrung, stigmatisiert zu werden, steigert das Angst- und Stresserleben, vermindert das Selbstwertgefühl, die Lebensqualität und die allgemeine soziale Teilhabe. So haben es Betroffene schwerer, enge Beziehungen zu anderen zu knüpfen und erleben Diskriminierung am Arbeitsplatz (vgl. Brouwers et al. 2016). Stigmatisierung führt sehr häufig auch zur Selbststigmatisierung der betroffenen Person, einem Prozess, bei dem die vorherige soziale Identität der Person allmählich durch die abwertenden und stigmatisierenden Zuschreibungen ersetzt wird und es zu einer Identifizierung mit dem »Kranksein« kommt (vgl. Dubreucq et al. 2021). Stimmig wird Stigmatisierung auch als »second disease« bezeichnet, denn die Angst der Betroffenen vor den Folgen der Stigmatisierung, also der sozialen Zurückweisung, kann ebenso schwerwiegend sein wie die Folgen der Erkrankung selbst (vgl. Finzen 2001).

Eine Umfrage von Steiger et al. unter der Schweizer Bevölkerung aus dem Jahr 2022 konnte anhand von Fallvignetten, die Personen mit einer psychischen Erkrankung beschreiben, zeigen, dass Befragte, die ein höheres Ausmaß von Stigmatisierung gegenüber psychisch Erkrankten aufweisen, eher Zwangsmaßnahmen gegenüber den Betroffenen befürworten (vgl. Steiger et al. 2022). In diesem Zusammenhang erscheint es wahrscheinlich, dass in der Debatte um assistierten Suizid bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen für die

verschiedenen Akteur*innen eine Rolle spielt. Stigmatisierende Attribuierungen, wie zum Beispiel, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung unberechenbar seien, können ganz generellen Zweifel an deren Eigenbericht aufkommen lassen. Fachpersonen aus der Psychiatrie können konkret bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit durch Vorurteile beeinflusst sein, aber auch allgemeiner, in der Art, wie sie auf Sterbewünsche von Patient*innen reagieren, diese zum Beispiel gar nicht ernst nehmen. In der öffentlichen und politischen Debatte (assistierter Suizid ist in der Schweiz ein fest integrierter gesellschaftlicher Prozess) können politische Entscheidungsträger*innen und die allgemeine Bevölkerung durch fehlende oder unzureichende Kenntnisse der Erkrankungen und deren Verläufe und wenig Kontakt mit Personen mit psychischer Erkrankung im privaten Umfeld von diesen stigmatisierenden Attribuierungen geleitet sein und den assistierten Suizid für Menschen mit psychischer Erkrankung ablehnen. Es ist herausfordernd, Stigmatisierungen zu begegnen, und an dieser Stelle kann nur beispielhaft auf mögliche Maßnahmen eingegangen werden. Public-Health-Kampagnen könnten forciert öffentliche Aufklärung über psychische Erkrankungen betreiben. Auf gesundheitspolitischer Ebene kann der Zugang zur psychiatrischen Behandlung niederschwelliger gestaltet werden. Fachpersonen selber können viel zu Anti-Stigmatisierung beitragen: Unter anderem können sie informieren, sowohl ihre Patient*innen als auch andere Personen und Angehörige und letztere so weit wie möglich partizipativ an der Behandlung teilhaben lassen, oder sie können ihr Patient*innen bei der Offenlegung ihrer Erkrankung aktiv unterstützen und vermittelnd am Arbeitsplatz wirken.

Zusammenfassung

Assistierter Suizid für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine medizinische Extremsituation, die auf verschiedenen Ebenen Herausforderungen birgt. Im Zentrum steht das medizinethische Spannungsfeld zwischen dem Respekt vor der Autonomie der Patient*innen und dem Schutz derjenigen, deren Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist. Um hier mehr Sicherheit für die Akteur*innen zu erzeugen, sind Bemühungen notwendig, Zugangskriterien zu assistiertem Suizid klarer zu definieren. Durch eine klarere Definition könnten die Kriterien für Fachpersonen eine sicherere Leitplanke für das Vorgehen bei Sterbewünschen von Menschen mit psychischen Erkrankungen sein. Damit würde auch für die Betroffenen selbst das Prozedere verständlicher und nachvollziehbarer. Eine Präzisierung dieser Kriterien kann jedoch nur eine Annäherung an einen Konsens der verschiedenen Akteur*innen darstellen und nicht anhand objektiver Maßstäbe definiert werden. Denn Sterbewünsche sind, wie beschrieben, subjektiv, zeugen häufig von großem Leid bei den Betroffenen und berühren Fragen nach persönlichem Sinn. Auch in einer gründlichen Auseinandersetzung mit einem Sterbewunsch, in der es ein Bemühen um Verstehen und Nachvollziehen gegeben hat und dies in die Beurteilung einfließt, bleiben wahrscheinlich subjektive Eindrücke und Unausgesprochenes zurück.

Gerade in der Schweiz, wo assistierter Suizid bereits jahrzehntelang praktiziert wird und das Recht auf selbstbestimmtes Sterben eine feste Größe im Selbstverständnis der Bevölkerung ist, wäre es diskriminierend, die Gruppe der Menschen mit einer psychi-

schen Erkrankung per se auszuschließen. Für einen weiteren Schritt Richtung Konsensfindung bezüglich des assistierten Suizids für Menschen mit psychischen Erkrankungen fehlen aber bisher detailliertere Kenntnisse zur Einstellung der Bevölkerung und der Ärzteschaft zu diesem Thema. Um eine solche Datenbasis zu schaffen, sind weitere Forschungsvorhaben erforderlich.

Literatur

- Bartsch, C./Landolt, K./Ajdacic-Gross, V./Ristic, A./Reisch, T.: »Assistierte Suizide in der Schweiz: Auswertung der in den Schweizer Instituten für Rechtsmedizin dokumentierten Todesfälle«, in: Deutsches Arzteblatt International 116(33-34) (2019), S. 545–552, <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0545>.
- Beal, S. J./Wingrove, T./Mara, C. A./Lutz, N./Noll, J. G./Greiner, M. V.: »Childhood Adversity and Associated Psychosocial Function in Adolescents with Complex Trauma«, in: Child & Youth Care Forum 48(3) (2019), S. 305–322, <https://doi.org/10.1007/s10566-018-9479-5>.
- Bersier, D.: »Bei Exit ändert sich nichts«, in: EXIT Info 4 (2022), S. 6–7.
- Borasio, G. D./Jox, R. J./Gamondi, C.: »Regulation of assisted suicide limits the number of assisted deaths«, in: The Lancet 393(10175) (2019), S. 982–983, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32554-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32554-6).
- Bozzaro, C.: »Ärztlich assistierter Suizid: Kann unerträgliches Leiden ein Kriterium sein?«, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 140(2) (2015), S. 131–134, <https://doi.org/10.1055/s-0041-100030>.
- Braun, E./Gather, J./Scholten, M./Vollmann, J.: »An Autonomy-Based Approach to Justifying Physician-Assisted Death: A Recent Judgment of the German Federal Constitutional Court«, in: American Journal of Bioethics 22(2) (2022), S. 71–73, <https://doi.org/10.1080/15265161.2021.2013979>.
- Brouwers, E. P. M./Mathijssen, J./Van Bortel, T./Knifton, L./Wahlbeck, K./Van Audenhove, C./Kadri, N./Chang, C./Goud, B. R./Ballester, D./Tófoli, L. F./Bello, R./Jorge-Monteiro, M. F./Záske, H./Milacic, I./Uçok, A./Bonetto, C./Lasalvia, A./Thornicroft, G./Laguado, A.: »Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: A cross-sectional study in 35 countries«, in: BMJ Open 6(2) (2016), S. 1–8, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009961>.
- Bundesamt für Statistik: Spezifische Todesursachen (2022), <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html>.
- Calcedo-Barba, A./Fructuoso, A./Martinez-Raga, J./Paz, S./Sánchez De Carmona, M./Vicens, E.: »A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare«, in: BMC Psychiatry 20(1) (2020), S. 1–14, <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02756-0>.
- Callahan, D.: »Remembering the goals of medicine«, in: Journal of Evaluation in Clinical Practice 5(2) (1999), S. 103–106, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.1999.00201.x>.
- Cassell, E. J.: »Diagnosing suffering: A perspective«, in: Annals of Internal Medicine 131(7) (1999), S. 531–534, <https://doi.org/10.7326/0003-4819-131-7-199910050-00009>.

- Dees, M. K./Vernooij-Dassen, M. J./Dekkers, W. J./Visser, K. C./van Weel, C.: »Unbearable suffering: A qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying«, in: *Journal of Medical Ethics* 37(12) (2011), S. 727–734, <https://doi.org/10.1136/jme.2011.045492>.
- Dierckx, S./Onwuteaka-Philipsen, B./Penders, Y./Cohen, J./van der Heide, A./Puhan, M. A./Ziegler, S./Bosschard, G./Deliens, L./Chambaere, K.: »Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison«, in: *International Journal of Public Health* 65(1) (2020), S. 65–73, <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01281-6>.
- Dubreucq, J./Plasse, J./Franck, N.: »Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences«, in: *Schizophrenia Bulletin* 47(5) (2021), S. 1261–1287, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>.
- Evenblij, K./Pasman, H. R. W./Pronk, R./Onwuteaka-Philipsen, B. D.: »Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: A cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists«, in: *BMC Psychiatry* 19(1) (2019), S. 1–10, <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2053-3>.
- EXIT: Voraussetzungen einer Freitodbegleitung mit EXIT, <https://www.exit.ch/freitodbegleitung/voraussetzungen-einer-freitodbegleitung/>, abgerufen am 23. März 2023.
- Finzen, A.: *Psychose und Stigma: Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung*, Köln: Psychiatrie-Verlag 2001.
- FMH: Stellungnahme zu Richtlinien Umgang mit Sterben und Tod vom 15. Februar 2018, https://www.fmh.ch/files/pdf20/Stellungnahme_der_FMH_Richtlinien_Umgang_mit_Sterben_und_Tod.pdf.
- Gaebel, W./Hasan, A./Falkai, P.: S3-Leitlinie-Schizophrenie vom März 2019, https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf.
- Gaind, K. S.: »What Does 'Irremediability' in Mental Illness Mean?«, in: *Canadian Journal of Psychiatry* 65(9) (2020), S. 604–606, <https://doi.org/10.1177/0706743720928656>.
- Grassi, L./Travado, L./Gil, F./Sabato, S./Rossi, E./Tomamichel, M./Marmai, L./Biancosino, B./Nanni, M. G.: »Hopelessness and Related Variables Among Cancer Patients in the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS)«, in: *Psychosomatics*, 51(3) (2010), S. 201–207, [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(10\)70686-1](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(10)70686-1).
- Grisso, T./Appelbaum, P.: *Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals*, Oxford: Oxford University Press 1998.
- Härter, M./Jansen, A./Kriston, L./Leucht, S./Berger, M.: S3-Leitlinie-Unipolare Depression. Kurzfassung, 2. Auflage 2017, <file:///C:/Users/koe10/Downloads/depression-2aufl-vers1-kurz.pdf>.
- Hehli, S./Hardegger, A.: »Suizidhilfe für alle Erwachsenen? Wie ein ethisches Dilemma die Fachwelt spaltet«, in: *Neue Zürcher Zeitung* vom 23. April 2019, <https://www.nzz.ch/schweiz/suizidhilfe-fuer-alle-erwachsenen-fachwelt-in-ethischem-dilemma-ld.1476371?reduced=true>.
- Hermann, H./Trachsel, M./Biller-Andorno, N.: »Physicians' personal values in determining medical decision-making capacity: A survey study«, in: *Journal of Medical Ethics* 41(9) (2015), S. 739–744, <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102263>.

- Hermann, H./Trachsel, M./Biller-Andorno, N.: »Einwilligungsfähigkeit: inhärente Fähigkeit oder ethisches Urteil?«, in: *Ethik in der Medizin* 28(2) (2016), S. 107–120, <https://doi.org/10.1007/s00481-015-0360-x>.
- Hindmarch, T./Hotopf, M./Owen, G. S.: »Depression and decision-making capacity for treatment or research: A systematic review«, in: *BMC Medical Ethics* 14(1) (2013), <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-54>.
- Page, K.: »The four principles: can they be measured and do they predict ethical decision making?«, in: *BMC Medical Ethics* 13 (10) (2012), <https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-13-10>.
- Kaushik, A./Kostaki, E./Kyriakopoulos, M.: »The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review«, in: *Psychiatry Research* 243 (2016), S. 469–494, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.042>.
- Kious, B. M./Battin, M.: »Physician Aid-in-Dying and Suicide Prevention in Psychiatry: A Moral Crisis?«, in: *American Journal of Bioethics* 19(10) (2019), S. 29–39, <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1653397>.
- Lasalvia, A./Zoppei, S./Bonetto, C./Tosato, S./Zanatta, G./Cristofalo, D./De Santi, K./Bertani, M./Bissoli, S./Lazzarotto, L./Ceccato, E./Riolo, R./Marangon, V./Cremonese, C./Boggian, I./Tansella, M./Ruggeri, M.: »The role of experienced and anticipated discrimination in the lives of people with first-episode psychosis«, in: *Psychiatric Services* 65(8) (2014), S. 1034–1040, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300291>.
- Levitt, S./Buchman, D. Z.: »Applying futility in psychiatry: A concept whose time has come«, in: *Journal of Medical Ethics* 47(12) (2021), <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106654>.
- Lewitzka, U.: »Suicide prevention in the context of assisted suicide«, in: *Der Nervenarzt* 93(11) (2022), S. 1112–1124, <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01382-3>.
- Lopez, A./Yager, J./Feinstein, R. E.: »Medical futility and psychiatry: Palliative care and hospice care as a last resort in the treatment of refractory anorexia nervosa«, in: *International Journal of Eating Disorders* 43(4) (2010), S. 372–377, <https://doi.org/10.1002/eat.20701>.
- Owen, G. S./Richardson, G./David, A. S./Szmukler, G./Hayward, P./Hotopf, M.: »Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: Cross sectional study«, in: *BMJ* 337 (2008), <https://doi.org/10.1136/bmj.39580.546597.BE>.
- Ribeiro, J. D./Huang, X./Fox, K. R./Franklin, J. C.: »Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies«, in: *British Journal of Psychiatry* 212(5) (2018), S. 279–286, <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>.
- Richter, D./Hoffmann, H.: »Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: Results from the Swiss Health Survey«, in: *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 28(4) (2019), S. 427–435, <https://doi.org/10.1017/S2045796017000786>.
- Rubio, J. M./Olson, M./Villegas, L./Pérez-Fuentes, G./Wang, S./Blanco, C.: »Quality of life following remission of mental disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions«, in: *The Journal of Clinical Psychiatry* 74(5) (2013), e445–e450, <https://doi.org/10.4088/JCP.12m08269>.

- SAMW: Umgang mit Sterben und Tod. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW von 2004, https://www.samw.ch/dam/jcr:2a0611a3-fbdf-4ecc-bc13-7411e3558898/richtlinien_samw_betreuung_patientinnen_am_lebensende_2004.pdf.
- SAMW: Umgang mit Sterben und Tod. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW von 2018, https://www.samw.ch/dam/jcr:86702794-093d-41e5-b080-42519580ed25/richtlinien_samw_sterben_und_tod.pdf.
- SAMW: Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW vom Januar 2019, https://www.samw.ch/dam/jcr:86702794-093d-41e5-b080-42519580ed25/richtlinien_samw_urteilsfaehigkeit-2.pdf.
- SAMW: Umgang mit Sterben und Tod. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW vom Mai 2022, https://www.samw.ch/dam/jcr:86702794-093d-41e5-b080-42519580ed25/richtlinien_samw_sterben_und_tod.pdf.
- Schneeberger, A. R./Hoff, P./Seifritz, E./Lang, U. E./Graf, M./Franke, I./Huber, C. G.: »Deciding to End One's Life Because of a Psychiatric Illness – A Decision Without Second Thoughts?«, in: *Frontiers in Psychiatry* 11 (2020), <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00058>.
- Schomerus, G./Lucht, M./Holzinger, A./Matschinger, H./Carta, M. G./Angermeyer, M. C.: »The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies«, in: *Alcohol and Alcoholism* 46(2) (2011), S. 105–112, <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq089>.
- Sowislo, J. F./Gonet-Wirz, F./Borgwardt, S./Lang, U. E./Huber, C. G.: »Perceived Dangerousness as Related to Psychiatric Symptoms and Psychiatric Service Use – a Vignette Based Representative Population Survey«, in: *Scientific Reports* 7 (2017), S. 1–7, <https://doi.org/10.1038/srep45716>.
- Steiger, S./Moeller, J./Sowislo, J. F./Lieb, R./Lang, U. E./Huber, C. G.: »Approval of Coercion in Psychiatry in Public Perception and the Role of Stigmatization«, in: *Frontiers in Psychiatry* 12 (2021), S. 1–10, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.819573>.
- Swissinfo.ch.: Suizide nehmen ab – assistierte Suizide hingegen stark zu. Swissinfo.Ch. vom 14. Dezember 2020, <https://www.swissinfo.ch/ger/alle-news-in-kuerze/suizide-nehmen-ab---assistierte-suizide-hingegen-stark-zu/46222622>.
- Taylor, S. M./Dear, M. J.: »Scaling community attitudes toward the mentally ill«, in: *Schizophrenia Bulletin* 7(2) (1981), S. 225–240, <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>.
- Trachsel, M./Jox, R. J.: »Suffering is not enough: Assisted dying for people with mental illness«, in: *Bioethics* 36(5) (2022), S. 519–524, <https://doi.org/10.1111/bioe.13002>.
- Verhofstadt, M./Chambaere, K./Leontjevas, R./Peters, G.-J. Y.: »Towards an assessment instrument for suffering in patients with psychiatric conditions: assessing cognitive validity«, in: *British Journal of Psychiatry Open* 5(3) (2019), S. 1–9, <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.25>.
- Verhofstadt, M./Thienpont, L./Peters, G. J. Y.: »When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study«, in: *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 211(4) (2017), S. 238–245, <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199331>.

- Vriends, N./Bolt, O. C./Kunz, S. M.: »Social anxiety disorder, a lifelong disorder? A review of the spontaneous remission and its predictors«, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 130(2) (2014), S. 109–122, <https://doi.org/10.1111/acps.12249>.
- Wolfersdorf, M./Hegerl, U.: »Suizid und Suizidprävention«, in: U. Voderholzer/F. Høhagen (Hg.): *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art*, 13. Auflage, o.O.: Elsevier 2018, S. 487–490.