UNIVERSITÄT AUGSBURG
Universitätsbibliothek

OPEN ACCESS
OPUS AUGSBURG

Einstellungen von Psychiatern zur ärztlichen Beihilfe zum Suizid: eine Übersicht empirischer Untersuchungen

Jochen Vollmann, Eva Herrmann

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Vollmann, Jochen, and Eva Herrmann. 2002. "Einstellungen von Psychiatern zur ärztlichen Beihilfe zum Suizid: eine Übersicht empirischer Untersuchungen." *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie* 70 (11): 601–8. https://doi.org/10.1055/s-2002-35176.

Nutzungsbedingungen / Terms of use:

licgercopyright

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:
Deutsches Urheberrecht
Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:
https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publiz/

Einstellungen von Psychiatern zur ärztlichen Beihilfe zum Suizid

Eine Übersicht empirischer Untersuchungen

J. Vollmann
Eva Herrmann

Attitudes of Psychiatrists Toward Physician-Assisted Suicide. A Review of Empirical Studies

Zusammenfassung

Hintergrund: Die ärztliche Beihilfe zum Suizid (engl. Physician-Assisted Suicide (PAS)) ist zunehmend Thema der öffentlichen Diskussion. Gesetzliche Regelungen existieren bislang in den Niederlanden, Belgien und im US-Bundesstaat Oregon, wo Psychiater Begutachtungsaufgaben im Prozedere des PAS übernehmen. Die Übersichtsarbeit berücksichtigt Ergebnisse aus neun empirischen Studien über die Einstellung von Psychiatern in Großbritannien, Japan, den Niederlanden und den USA zur ärztlich assistierten Selbsttötung. **Ergebnisse:** Die Zustimmung der Psychiater zu PAS ist in den vier Ländern unterschiedlich hoch (40 – 69 %). Im Vergleich zu anderen Facharztgruppen befürworten Psychiater PAS tendenziell häufiger. Gleichzeitig fordern sie mehrheitlich eine psychiatrische Untersuchung zur Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit auch bei primär schwer körperlich Kranken. **Schlussfolgerungen:** Die Einstellungen zu PAS zeigen Unterschiede zwischen den Psychiatern, im Vergleich zu anderen Facharztgruppen und in den vier untersuchten Ländern. Neben individuellen ärztlichen Werthaltungen müssen bei einer Beurteilung die unterschiedlichen rechtlichen und kulturellen Gegebenheiten eines Landes berücksichtigt werden. Daher können die Ergebnisse nicht direkt auf die deutsche Situation übertragen werden, hier besteht empirischer Forschungsbedarf. Zur Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit fehlen in der Praxis allgemein anerkannte Kriterien und Methoden. Abzuwarten bleibt, wie sich Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen und die Weiterentwicklung der Palliativmedizin auf die Einstellungen zu PAS auswirken werden.

Abstract

Background: Physician-assisted suicide (PAS) is an important subject of the public debate. So far, legal regulations exist in the Netherlands, Belgium and in Oregon (USA). This review reports results of nine empirical studies from Japan, the Netherlands, the United Kingdom and the U.S. which examine attitudes of psychiatrists toward PAS. **Results:** The approval of PAS by psychiatrists varies between the four countries (40 – 69 %). Comparisons with the attitudes of other physicians show a greater agreement among the psychiatrists. A psychiatric examination in order to evaluate competence even in patients with severe somatic illness was advocated by the majority of psychiatrists. **Conclusion:** Psychiatrists' attitudes toward PAS vary and are compared with other medical specialities, as well as in different legal and cultural contexts. Therefore, and because of missing empirical studies, results can not be transferred into the context of German speaking countries easily. So far, no acknowledged criteria for the assessment of competence exist. Further empirical research is needed on German psychiatrists' attitudes towards PAS and on competence assessment at the end of life. It remains an open question how legal changes and future developments of palliative care will influence attitudes toward PAS.

Institutsangaben
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Vollmann · Institut für Geschichte und Ethik der Medizin · Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg · Glückstraße 10 · 91054 Erlangen
E-mail: jochen.vollmann@gesch.med.uni-erlangen.de

Einleitung

In den vergangenen Jahren wurde die ethische und rechtliche Beurteilung der so genannten aktiven Sterbehilfe durch den Arzt in vielen westlichen Ländern kontrovers diskutiert. Meist steht dabei die ärztliche Tötung auf Verlangen des Patienten im Mittelpunkt der Kontroverse, während die ärztliche Assistenz zum Suizid (engl. Physician-Assisted Suicide [PAS]) weniger Beachtung findet. In den Niederlanden und neuerdings auch in Belgien bestehen für den Arzt unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben beide genannten Möglichkeiten, im US-Bundesstaat Oregon ist dagegen nur der PAS erlaubt. Im australischen Northern Territorium bestand für kurze Zeit eine ähnliche Regelung, in den US-Bundesstaaten Kalifornien und Washington State scheiterten ähnliche Gesetzesinitiativen an knappen Abstimmungsergebnissen. In Deutschland ist die Beihilfe zur Selbsttötung nicht strafbar, wobei der Arzt seine besondere Garantenpflicht gegenüber dem Patienten beachten muss. Die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung" lehnen eine Mitwirkung des Arztes an der Selbsttötung des Patienten ab, da sie dem ärztlichen Ethos widerspreche [1].

Obwohl die Mehrheit der betroffenen Patienten[1] primär unter schweren somatischen und nicht psychiatrischen Erkrankungen leidet, spielt der Psychiater sowohl in den Gesetzgebungen als auch in der Praxis eine Rolle. Als fachärztlicher Gutachter muss bzw. kann er hinzugezogen werden, wenn eine psychiatrische Erkrankung ausgeschlossen bzw. beurteilt werden soll, was insbesondere für die Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten hohe praktische wie ethische Bedeutung hat [2]. Hierbei gerät der Psychiater in die Rolle eines „gatekeepers", denn von seinem fachärztlichen Urteil wird die ethische und rechtliche Legitimität des vom Patienten geäußerten Wunsches abhängig gemacht. Dieses erscheint in der Praxis besonders problematisch, wenn der Psychiater seine Einschätzung auf der Grundlage einer einmaligen konsiliarischen Untersuchung eines ihm bis dahin unbekannten Patienten treffen soll. Der Fall des niederländischen Psychiaters Chabot [3,4], der einer depressiven Patientin PAS gewährte, verdeutlicht die Ausweitung des assistierten Suizides von schwer körperlich Kranken auf Patienten mit psychischen Störungen [5].

Zur Beteiligung von Psychiatern bei der Tötung auf Verlangen und der ärztlich assistierten Selbsttötung liegen zahlreiche, z.T. widersprüchliche theoretische Beiträge in der internationalen Literatur vor [3,5–8]. Dagegen mangelt es an empirischen Untersuchungen über die Einstellung von Psychiatern in der Praxis zu PAS. Die vorliegende Arbeit stellt erstmals im deutschsprachigen Raum die international durchgeführten empirischen Studien zur Werthaltung, Beurteilung und Praxis von Psychiatern zusammen und bewertet die Ergebnisse für die Situation im deutschsprachigen Raum.

[1] Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit bei Personenbezeichnungen die männliche Form verwendet. Gemeint sind stets beide Geschlechter.

Methodik

Bei der Literaturrecherche in „Pubmed" wurden deutsch- und englischsprachige Artikel, die zwischen 1970 und März 2001 publiziert wurden, berücksichtigt. Für die Suchbegriffe „physician assisted suicide and psychiatry" ergaben sich 61 Einträge, für die Begriffe „physician assisted suicide and psychiatry or mentally ill or mental disorder" 107 Einträge. Die Einschränkungen „clinical trial", „empirical study" oder „clinical study" erbrachten keine verwertbaren Ergebnisse. Deshalb mussten mittels Abstract-Auswertung der ermittelten Publikationen diejenigen Arbeiten ausgewählt werden, die Ergebnisse eigener empirischer Untersuchungen zur Einstellung von Psychiatern zu PAS berichten. Nicht berücksichtigt wurden kasuistische Berichte und theoretische Artikel. Durch eine ergänzende Literaturrecherche mit Hilfe der Datenbanken „Euroethics" und „Bioethics line" unter Verwendung der gleichen Suchbegriffe konnten keine weiteren relevanten Artikel ermittelt werden. Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien wurden neun Publikationen für die vorliegende Arbeit ausgewertet.

Ergebnisse

Die neun Studien wurden zwischen 1994 und 2000 publiziert, sechs Arbeiten stammen aus den USA, davon jeweils eine aus den US-Bundesstaaten Oregon [9], Washington State [10] und Connecticut [11]. Drei Studien erhoben Daten in allen US-Bundesstaaten [12–14]. Ein Artikel entstand in Zusammenarbeit zwischen einem US-amerikanischen und einem japanischen Institut [15], je einer kommt aus Großbritannien [16] und den Niederlanden [17]. Zwei der Artikel erschienen in einer klinisch-psychiatrischen Fachzeitschrift [9,12], zwei in psychotherapeutischen/psychosomatischen Journalen [13,15], einer in einem forensisch-psychiatrischen Journal [11], vier in allgemeinmedizinischen bzw. internistischen Zeitschriften [10,14,16,17]. Die Mehrzahl der Erstautoren arbeitet in psychiatrischen Einrichtungen.

In sechs Studien wurden ausschließlich Psychiater befragt [9,12,13,15–17], wobei jeweils eine nur forensische Psychiater [12] beziehungsweise Konsiliarpsychiater [13] berücksichtigte. Drei Studien untersuchten die Einstellungen von Ärzten verschiedener Fachrichtungen [10,11,14]. In allen Studien erfolgte die Datenerhebung durch anonyme Fragebogen an einer zufällig ausgewählten Stichprobe aus der Gesamtzielgruppe (n = 96 [14] bis n = 938 [10]). Die Mehrzahl der Studien verwendete Fragebogen mit geschlossenen Fragen [9–12,15–17]. In zwei Studien gaben die Befragten anhand von Fall-Vignetten ihre Einstellung zu verschiedenen Formen der Sterbehilfe auf einer Skala von 1 bis 5 an. Als Ergebnisse wurden die Mittelwerte der Antworten auf der Skala von 1 bis 5 berechnet [13,14].

Persönliche Einstellung und Verhalten

In der Mehrzahl der Studien wurden die Psychiater nach ihrer generellen Einstellung zu PAS in der Medizin befragt. Im US-Bundesstaat Oregon hielten 69% der Psychiater PAS in bestimmten Situationen für vertretbar, 68% befürworteten die Legalisierung von PAS [9]. Diese Zahlen wurden bei der Befragung forensischer Psychiater in den USA (gesamt) bestätigt [12]. Aus anderen US-Bundesstaaten existieren nur Gesamtdaten für die Einstellungen

von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, darunter Psychiater, ohne Aufschlüsselung nach einzelnen Fachrichtungen [10,11]. Unter den japanischen [15] und den britischen [16] Psychiatern lag die Zustimmung bei etwa 40%. Für die Legalisierung sprachen sich 38% der britischen Psychiater aus [16]. Tab. **1** fasst die Ergebnisse der neun Studien zusammen.

In den beiden amerikanischen Studien mit Fall-Vignetten äußerten sich Ärzte in der psychiatrischen Facharztweiterbildung bezüglich PAS für Patienten im Endstadium einer Amyotrophen Lateralsklerose (ALS) neutral bis verhalten zustimmend (durchschnittlicher Wert 3,6 auf einer Skala von 1 (starke Ablehnung) bis 5 (starke Zustimmung) [14], während die Fachärzte (Konsiliarpsychiater) der gleichen Situation kritischer gegenüberstanden (Durchschnittswert: 2,41) [13]. Dagegen fanden Schwartz u. Mitarb. keinen signifikanten Unterschied im Grad der Zustimmung zu PAS zwischen älteren und jüngeren amerikanischen Psychiatern [11].

In der niederländischen Studie wurden die Psychiater zu ihrer Einstellung zu PAS bei psychisch Kranken befragt (vgl. Tab. **1**). 205 (37%) der befragten 552 Psychiater waren schon einmal um PAS gebeten worden und 12 hatten bereits Beihilfe zum Suizid geleistet. Aber auch 64% der Psychiater, die noch nie Beihilfe zum Suizid geleistet hatten, hielten PAS wegen einer psychischen Erkrankung unter bestimmten Umständen für akzeptabel.

Zwei amerikanische Studien fanden bei Psychiatern eine größere Zustimmung zu PAS als bei Internisten und Allgemeinärzten [11] bzw. bei Hämatologen/Onkologen, Internisten, Allgemeinchirurgen und Allgemeinärzten [10]. Dagegen zeigten Roberts u. Mitarb. bei angehenden Notfallmedizinern eine höhere Zustimmung zu PAS im Vergleich zu Internisten und Psychiatern [14].

In den meisten Studien beurteilten stets mehr Ärzte die ärztliche Assistenz zur Selbsttötung unter bestimmten Umständen als allgemein vertretbar, als dass sie PAS auch persönlich bereit wären durchzuführen [10,13,14,16,17] (siehe Tab. **2**). Gleichzeitig standen die befragten Ärzte der Durchführung von PAS durch Nichtärzte ablehnend gegenüber [13,14]. Die Möglichkeit, für sich selbst um PAS zu bitten, zogen 95% der Befürworter und 27% der Gegner von PAS in Betracht [9].

Moralische Werthaltung und ethische Argumente

Bei den amerikanischen Psychiatern, welche PAS ablehnten, waren ethische Überzeugungen in der Medizin („ethical beliefs in medicine"), die Arztrolle als Lebenserhalter, die Bedeutung des natürlichen Sterbeprozesses, die Möglichkeit des Misstrauens gegen Ärzte, das Risiko des Missbrauchs bei benachteiligten Gruppen und das Risiko, den Weg zu unfreiwilliger Euthanasie zu bahnen, wichtige Argumente [9]. 74% der PAS-Gegner aus verschiedenen Fachrichtungen hielten PAS für unvereinbar mit der Rolle des Arztes, Schmerz und Leiden zu lindern, 80% von ihnen erwähnten die Gefahr des Missbrauchs [10]. Jeweils etwa 80% der amerikanischen [12,15], der englischen [16] und der japani-

Tab. **1** Einstellungen der Psychiater und anderer Ärzte zur ärztlichen Beihilfe zum Suizid (PAS)

Autoren	*Land*	*Jahr*	*befragte Gruppe*	*Befürwortung von PAS in bestimmten Situationen*	*neutral oder unentschieden*	*Ablehnung von PAS*	*Befürwortung der Legalisierung von PAS in bestimmten Situationen*
Berger u. Mitarb. [15]	USA, Japan	1997	Psychiater USA: Japan:	 54% 42%		 46% 58%	keine Angaben
Cohen u. Mitarb. [10]	Washington (USA)	1994	Psychiater, Internisten, Allgemeinchirurgen, Allgemeinärzte	50%	11% („neutral")	39%	53%
Ganzini u. Mitarb. [9]	Oregon (USA)	1996	Psychiater	69%	13%: akzeptieren PAS persönlich nicht, aber der Betroffene soll entscheiden dürfen	18%	68%
Ganzini u. Mitarb. [12]	USA	2000	Forensische Psychiater	66%		34%	63%
Grounewoud u. Mitarb.[17] *	Niederlande	1997	Psychiater	64%	5% („no opinion")	31%	keine Angaben
Roberts u. Mitarb. [14]	USA	1997	Psychiater, Internisten, Notfallmediziner in der Facharztausbildung	Psychiater: 3,6**	–	–	–
Roberts u. Mitarb. [13]	USA	1997	Konsiliarpsychiater	2,41**	–	–	–
Schwartz u. Mitarb. [11]	Connecticut (USA)	1999	Psychiater, Internisten, Allgemeinärzte	32%	–	68%	keine Angaben
Shah u. Mitarb. [16]	Großbritannien	1998	Psychiater	40%	17% („neutral")	43%	38%

* Grounewoud: Befragung zur Einstellung zu PAS ausschließlich bei Patienten in der Psychiatrie

** Fallvignetten: Angabe der Zustimmung zu PAS auf Skala von 1 (starke Ablehnung) bis 5 (starke Zustimmung). Mittelwert der Zustimmung zu PAS bei einem Patienten im Endstadium der Amyotrophen Lateralsklerose (ALS)

Tab. **2** Generelle Akzeptanz der ärztlichen Beihilfe zum Suizid (PAS) im Vergleich zur persönlichen Bereitschaft zur Durchführung

Autoren	*Land*	*Jahr*	*befragte Fachrichtungen*	*Befürwortung von PAS in bestimmten Situationen*	*persönlich zu PAS bereit*
Cohen u. Mitarb. [10]	USA	1994	Psychiater, Internisten, Allgemeinchirurgen, Allgemeinärzte	50 %	40 %
Grounewoud u. Mitarb. [17] *	Niederlande	1997	Psychiater	64 %	44 %
Roberts u. Mitarb. [13]	USA	1997	Konsiliarpsychiater	2,55 **	2,06**
Roberts u. Mitarb. [14]	USA	1997	Psychiater, Internisten, Notfallmediziner in der Facharztausbildung	3,11 **	2,63**
Shah u. Mitarb. [16]	Großbritannien	1998	Psychiater	40 %	20 %

* PAS-Akzeptanz ausschließlich bei Patienten in der Psychiatrie
** Fallvignetten: Angabe der Zustimmung zu PAS auf Skala von 1 (starke Ablehnung) bis 5 (starke Zustimmung), Mittelwerte

schen Psychiater waren der Meinung, der Suizid könne eine rationale Handlung sein [15]. Dagegen sprachen sich 98 % aus der Gruppe derjenigen, die Suizid unter keinen Umständen für akzeptabel hielten, gegen eine ärztliche Beihilfe zum Suizid aus [12]. Religiosität spielte für PAS-Gegner eine wichtigere Rolle bei der Begründung ihrer Einstellung als für Ärzte, die PAS befürworten [10 – 12]. Katholiken lehnten signifikant häufiger PAS ab als Protestanten und Juden [11].

Dagegen bildete für die Psychiater, die sich für PAS aussprachen, die „persönliche Philosophie" („personal philosophy") das Fundament ihrer moralischen Einstellung [14]. Sie betrachteten das Recht auf Selbstbestimmung und die Erwartung, dass bei Verfügbarkeit von PAS mehr Ressourcen für die palliativmedizinische Versorgung bereitgestellt würden, als wichtige Argumente für PAS [9]. 97 % der PAS-Befürworter aus verschiedenen Fachrichtungen maßen dem Recht auf Selbstbestimmung große Bedeutung bei, und 91 % von ihnen argumentierten, die Verfügbarkeit von PAS könnte die Angst vor Kontrollverlust und einem schmerzvollen Tod lindern. 91 % von ihnen hielten PAS für vereinbar mit der Rolle des Arztes, Schmerz und Leiden zu lindern, und 80 % waren der Ansicht, die palliativen Behandlungsmöglichkeiten seien zur Zeit nicht ausreichend. Diese Einschätzung der Palliativmedizin teilten auch 32 % der Ärzte, die sich gegen PAS aussprachen [10]. Sowohl die Gegner als auch die Befürworter gaben an, durch persönliche Erfahrungen mit terminal kranken Patienten und Familienmitgliedern beeinflusst worden zu sein [9].

Lebensqualität und Schmerzen

Die Lebensqualität und das Ausmaß der Schmerzen des Patienten sollten nach Einschätzung der meisten Befragten bei der Beurteilung eines PAS-Gesuches eine Rolle spielen [10,11,15,17]. 42 % der japanischen und 54 % der amerikanischen Psychiater bezeichneten PAS bei einem terminal kranken Patienten mit schlechter Lebensqualität als eventuell akzeptabel, für einen terminal Kranken mit guter Lebensqualität waren es nur 18 % bzw. 7 % [15]. 88 % der Ärzte verschiedener Fachrichtungen, die PAS befürworten, waren der Ansicht, eine geringe Lebensqualität könnte trotz ausreichender Schmerztherapie PAS rechtfertigen. 51 % gaben dennoch unkontrollierbaren Schmerz als Voraussetzung für PAS an [10]. 84 % der befragten Ärzte hielten das Ausschöpfen der Behandlungsalternativen für wichtig, 64 % eine Lebenserwartung unter sechs Monaten. Bei einem Patienten mit aktuell guter Lebensqualität, aber einer Krankheit, die eine schwere mentale oder physische Verschlechterung in der Zukunft bewirken wird, könnte nach Meinung von 31 % der PAS-Befürworter ein PAS gerechtfertigt sein. Ein PAS-Gesuch aufgrund äußerer Faktoren wie dem Wunsch, Angehörigen nicht zur Last zu fallen oder Ersparnisse nicht zu verbrauchen, erschien 21 % dieser amerikanischen Ärzte trotz ausreichender Schmerzbehandlung und relativ guter Lebensqualität angemessen [10]! 5 % der japanischen und 1 % der amerikanischen Psychiater fanden PAS auch dann vertretbar, wenn soziale Rollenerwartungen nicht mehr erfüllt werden können [15]!

Selbstbestimmungsfähigkeit

Britische Psychiater [16], amerikanische forensische Psychiater [12] sowie Vertreter verschiedener Fachrichtungen in den USA [10] sprachen sich jeweils zu ca. 60 % für eine psychiatrische Untersuchung aller Patienten aus, die um PAS bitten, um die Selbstbestimmungsfähigkeit zu beurteilen bzw. behandelbare psychiatrische Erkrankungen als Ursache des Sterbewunsches auszuschließen. Unter den niederländischen Psychiatern forderten 96 % die Beteiligung von mindestens einem Psychiater bei PAS wegen psychischen Leidens. Dagegen hielten nur 19 % von ihnen eine psychiatrische Untersuchung bei PAS wegen physischen Leidens in allen Fällen für erforderlich. 78 % waren der Meinung, körperlich Kranke mit PAS-Wunsch sollten nur auf Bitte des behandelnden Arztes von einem Psychiater untersucht werden [17].

Während die amerikanischen forensischen Psychiater, die PAS befürworten, sich überwiegend für eine obligate psychiatrische Untersuchung aussprachen, bezeichneten 61 % der PAS-Gegner die Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit durch Psychiater ohne nähere Begründung als „unethisch" [12]. In Oregon erklärte sich die Mehrheit (68 %) der Befürworter einer Legalisierung von PAS dazu bereit, eine konsiliarische Untersuchung durchzuführen, während die Gegner dies überwiegend (72 %) ablehnten [9]. Die Mehrheit der Psychiater bezeichnete sich als unsicher („not at all confident") in ihrer Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit im Rahmen einer einmaligen psychiatrischen Untersuchung, während sie sich bei einer langen Arzt-Patient-Beziehung in ihrer Einschätzung sicherer fühlten. Insgesamt schätzten die Befürworter von PAS ihre Fähigkeit, die

Selbstbestimmungsfähigkeit adäquat beurteilen zu können, signifikant zuversichtlicher ein als die Gegner des PAS [9].

Die Mehrheit der amerikanischen forensischen Psychiater hielt mindestens zwei unabhängige Psychiater für erforderlich, um die Selbstbestimmungsfähigkeit zu untersuchen. 59% von ihnen trauten nur einem Psychiater aus einer anerkannten Kommission oder mit forensischer Qualifikation die Fähigkeit zu einer solchen Beurteilung zu, 45% allen Psychiatern und 11% allen Ärzten. 78% der forensischen Psychiater sprachen sich für nicht näher bezeichnete strenge Standards bei der Beurteilung aus, auch wenn diese hohen Anforderungen manchen Patienten die Möglichkeit des PAS verwehren würde. Zusätzlich forderten 22% der Befragten, die Entscheidung von den lokalen Behörden bzw. der Justiz (44%) überprüfen zu lassen. Insgesamt verlangten die PAS-Gegner höhere Schwellen bei der Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit und eine genauere Überprüfung der Entscheidung als die PAS-Befürworter [12].

30% der befragten niederländischen Psychiater waren mindestens einmal zu einem Konsil bei einem körperlich Kranken mit PAS- oder Euthanasie-Wunsch gerufen worden. 9% untersuchten den Patienten nicht selbst (Gründe wurden nicht genannt), 73% untersuchten ihn mehr als einmal [17].

Psychische Störungen

64% der niederländischen Psychiater befürworteten PAS bei Patienten mit psychischen Störungen (siehe Tab. **1**). Als Voraussetzungen hierfür müsste der PAS-Wunsch wohlüberlegt und freiwillig, das psychische Leiden unerträglich sein, keine Hoffnung auf Verbesserung und keine wirksamen Therapiemöglichkeiten bestehen [17]. Der häufigste Grund für PAS war neben der Feststellung des Versagens aller Therapieversuche die Überzeugung, dass die in den meisten Fällen zusätzlich bestehende physische Krankheit des Patienten unerträglich und ohne Aussicht auf Besserung sei. Demgegenüber waren die häufigsten Gründe für die Zurückweisung eines PAS-Gesuches neben genereller Ablehnung von PAS die Überzeugung, der Patient habe eine behandelbare psychische Krankheit und der Zweifel am unerträglichen oder hoffnungslosen Charakter des Leidens. Als weitere Einflussfaktoren auf ihre Entscheidung führten die Befürworter von PAS bei Patienten in der Psychiatrie u. a. das Alter des Patienten und die Gefahr eines gewaltsamen Suizids an [17].

Nach Einschätzung von 22% der amerikanischen und 39% der japanischen Psychiater ist der Sterbewunsch körperlich Kranker normalerweise auf eine psychische Störung zurückzuführen [15]. 58% der amerikanischen forensischen Psychiater waren der Ansicht, das Vorliegen einer major depressive disorder deute per se auf fehlende Selbstbestimmungsfähigkeit bezüglich PAS hin [12]. 56% der Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen forderten als Sicherheitsbedingung, dass der Patient nicht an einer Depression leiden dürfe [10]. Dagegen waren jeweils 33% der japanischen und der amerikanischen Psychiater der Ansicht, in nicht näher bezeichneten Einzelfällen sei die Entscheidung eines körperlich Kranken zu sterben auch dann zu akzeptieren, wenn er depressiv sei [15].

Diskussion

Eine allgemeingültige Diskussion und Bewertung der Studienergebnisse wird durch die relativ kleine Anzahl der Studien, die überwiegend aus dem angelsächsischen Raum stammen, eingeschränkt. Die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse ist durch unterschiedliche Kollektive, Stichprobengrößen und Methoden eingeschränkt. In einigen Studien werden nur Psychiater, in anderen auch Ärzte anderer Fachrichtungen befragt. Die Gültigkeit des Vergleichs zwischen Psychiatern und anderen Fachärzten [10,11,14] ist dadurch limitiert, dass empirische Befunde über die Einstellungen der anderen Ärztegruppen in diesem Übersichtsartikel nur berücksichtigt werden, soweit sie als Vergleichsgruppe in den untersuchten Studien aufgetreten sind. Weiterhin fragen nur einige Studien speziell nach PAS bei Kranken in der Psychiatrie, während die Mehrheit der Studien PAS in der Medizin allgemein erforscht. Dabei ist die Abgrenzung von „psychisch Kranken“ schwierig, da schwer körperlich erkrankte Patienten zusätzlich z. B. unter einer Depression leiden und damit auch „psychisch Kranke“ sind. Die unterschiedlichen Methoden der Befragung führten zu sehr unterschiedlichen Ergebnisdarstellungen in Form und Qualität. Häufig haben wir uns vergleichbarere Ergebniskategorien und detailliertere Angaben gewünscht. Trotz dieser Einschränkungen können u. E. die folgenden Aspekte wissenschaftlich diskutiert sowie offene Forschungsfragen und Konsequenzen für die deutschsprachige Psychiatrie formuliert werden.

Länderspezifische Aspekte

Die rechtliche Situation unterscheidet sich in den vier Ländern, aus denen empirische Daten vorliegen. Im US-Bundesstaat Oregon ist ärztliche Beihilfe zum Suizid seit 1997 gesetzlich erlaubt [9], in Washington wurde eine entsprechende Gesetzesinitiative knapp abgelehnt [10]. In den Niederlanden können Ärzte seit 1990 Beihilfe zum Suizid leisten [17]. Die Zustimmung der Psychiater und anderer Fachärzte zu PAS ist in den genannten US-Bundesstaaten und den Niederlanden [12,15] größer als im US-Bundesstaat Connecticut [11] sowie in Großbritannien [16] und Japan [15], wo es bisher kein Gesetz zum PAS gibt. In den Niederlanden ist seit 1994 auch PAS bei psychisch Kranken unter bestimmten Bedingungen straffrei, wie der Chabot-Prozess vor dem höchsten niederländischen Gericht zeigte [4]. Die Zustimmungsrate niederländischer Psychiater zu PAS bei psychisch Kranken [17] entspricht in etwa der von amerikanischen Psychiatern zu PAS bei körperlich kranken Patienten (ca. 60%) [9,12,15]. Auf dem Hintergrund der längeren Euthanasiediskussion in den Niederlanden können diese Zahlen als ein Trend zur Ausweitung des PAS von physisch auch auf psychisch Kranke interpretiert werden.

Anhand der vorliegenden Daten muss offen bleiben, ob die öffentliche Diskussion in den Niederlanden und in einigen US-Bundesstaaten die größere Zustimmung von Psychiatern zu PAS bedingt [18] oder ob eine bereits vorbestehende liberale Einstellung von Psychiatern die Praxis des PAS erst ermöglicht hat. Der jeweilige gesellschaftliche Hintergrund, z. B. in Japan [15], begünstigt möglicherweise die Ansicht, dass ein Leben an Qualität verliert, wenn bestimmte soziale Rollen nicht mehr ausgefüllt werden können. Die hohe Akzeptanz von PAS wegen ökonomischer Faktoren bei amerikanischen Ärzten [10] kann nur auf

dem Hintergrund des unzureichenden Sozial- und Gesundheitsversicherungsschutzes vieler Patienten in den USA und den daraus resultierenden finanziellen Folgen für die Angehörigen interpretiert werden. Ärztliche Einstellungen zum PAS entstehen demnach im Kontext der jeweiligen gesetzlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen und können allein schon aus diesem Grund nicht einfach auf ein anderes Land übertragen werden.

Persönliche Werthaltung

Die Beurteilung von PAS bei Patienten durch Psychiater hängt offensichtlich unmittelbar mit deren Wunsch nach PAS für sich selbst in vergleichbaren gesundheitlichen Situationen zusammen. Je liberaler die eigene Einstellung zum PAS, umso größer die Zustimmung auch bei Patienten. Allerdings stimmen weniger Psychiater einem PAS bei ihren Patienten zu, als sie diesen für sich selbst in Betracht ziehen [9]. Offensichtlich werden in der professionellen Rolle andere Maßstäbe angelegt als im Privatbereich. Dieser Trend ist einerseits beruhigend, da Psychiater in ihrer professionellen Rolle einen strengeren Maßstab anlegen als in ihrem Privatbereich. Auf der anderen Seite muss kritisch geprüft werden, ob hier nicht eine paternalistische Berufshaltung und eigene Werthaltungen vor den selbstbestimmten Willen des Patienten (siehe unten) gestellt werden. Weiterhin zeigen mehrere Studien einen signifikanten Unterschied zwischen Einstellung und Durchführung beim PAS. Die Zahl der generellen PAS-Befürworter ist deutlich höher als die Zahl derjenigen, die auch selbst ärztliche Beihilfe zum Suizid leisten würden [10,13,14,16,17]. Trotz dieser Diskrepanz und der tendenziellen Ablehnung von PAS durch das ärztliche Berufsethos möchten die meisten Ärzte die Assistenz zur Selbsttötung nicht anderen Berufsgruppen überlassen [13,14]. Beihilfe zum Suizid wird einerseits nicht als (primär) ärztliche Aufgabe verstanden, gleichzeitig wird eine Durchführung durch Nichtärzte abgelehnt. Dieser Widerspruch wurde bereits bei amerikanischen Ärzten, die AIDS-Patienten behandelten, beschrieben [19].

Für die Mehrheit der Psychiater stellt das Ausmaß der Schmerzen des Betroffenen einen wichtigen Faktor für die Beurteilung eines PAS-Gesuches dar. Diese Haltung steht im Widerspruch zur Tatsache, dass mehrheitlich nicht körperliche Schmerzen, sondern psychosoziale Faktoren, z. B. Depression, Hoffnungslosigkeit, physische Behinderungen und mangelnde soziale Unterstützung, die entscheidenden Gründe bei Patienten sind, die den Wunsch nach PAS äußern [20]. Dass diese psychosozialen Gründe gerade nicht von Psychiatern angegeben werden, mag zu denken geben. Interessanterweise wurde PAS von den befragten Psychiatern nicht als „Konkurrenz" zur Palliativmedizin gesehen, sondern besonders von amerikanischen Ärzten als gesellschaftliches Druckmittel für die Verbesserung palliativmedizinischer Versorgung verstanden [9]. Dabei schätzen Ärzte, die PAS befürworten, die Qualität der palliativmedizinischen Betreuung deutlich schlechter ein als die PAS-Gegner [10]. Möglicherweise sehen manche Ärzte PAS aufgrund der in ihren Augen unzureichenden palliativmedizinischen Versorgung eher als eine Entscheidungsoption am Lebensende an. Demgegenüber betrachtet ein Teil der amerikanischen Palliativmediziner eine gute palliativmedizinische Versorgung für alle Patienten als Voraussetzung dafür, in Einzelfällen PAS ethisch rechtfertigen zu können [19].

Suizid und professionelle Identität

Im Vergleich zu Onkologen, Internisten und Allgemeinärzten befürworteten Psychiater häufiger PAS bei schwerkranken Patienten [10,11]. Notärzte stimmten PAS im Vergleich zu Internisten und Psychiatern häufiger zu [14]. Diese zunächst widersprüchlich erscheinenden Daten könnten dahingehend interpretiert werden, dass die eigene ärztliche Erfahrung mit konkreten Patientengruppen die Haltung zu Maßnahmen am Lebensende mit bestimmt. Während Onkologen und Internisten häufiger mit schwerkranken und sterbenden Kranken über längere Zeit im Kontakt sind, haben Notärzte punktuellen Patientenkontakt und Psychiater sind in ihrem Fachgebiet nur relativ selten mit Sterben und Tod konfrontiert. Offensichtlich sinkt die Befürwortung von PAS mit zunehmender Realitätsnähe der Problematik für den Arzt und größerer Wahrscheinlichkeit, persönlich zu PAS aufgefordert zu werden [20].

Diese empirisch belegte relativ positive Einstellung von Psychiatern in den USA zu PAS im Allgemeinen und den Niederlanden zu PAS bei psychisch Kranken steht im Widerspruch zu den publizierten Kasuistiken und theoretischen Beiträgen von Psychiatern in der deutschsprachigen Literatur, die PAS ganz überwiegend ablehnen. Im Gegensatz zu der großen Zustimmung zu PAS wegen psychischer Störungen bei niederländischen Psychiatern [17] mahnen vor allem deutschsprachige Autoren zu besonderer Vorsicht im Umgang mit PAS bei Patienten in der Psychiatrie [3,8,21]. Sie führen den Missbrauch des Euthanasie-Begriffes als Deckname für die Ermordung psychisch Kranker durch die Nationalsozialisten als einen der Gründe für die Ablehnung von Sterbehilfe-Praktiken an [21–24]. Die besondere Situation des Psychiaters in seiner Einstellung zu PAS bei psychisch Kranken beruht auch auf der Tatsache, dass keine psychische Erkrankung ohne menschliches Eingreifen zum Tode führt [3,8,21] und sich daraus eine besondere Verpflichtung des Psychiaters als „Lebenserhalter" ergebe. Weitere Befürchtungen sind die Aufweichung des Ethos des Psychiaters, ein möglicher Vertrauensverlust zwischen Psychiater, Patient und seinen Angehörigen sowie das slippery slope-Argument [3,5,8,21,24,25].

Die Mehrheit der international befragten Psychiater vertrat die Meinung, Suizid könne eine rationale und damit ethisch gerechtfertigte Handlung von Patienten sein [12,15,16]. Die Einstellung der Psychiater zum Suizid bestimmt auch die Einstellung zur ärztlichen Beihilfe zum Suizid [12]. Dieser Zusammenhang ist einerseits einleuchtend, andererseits muss gefragt werden, ob hier nicht unterschiedliche medizinische und ethische Situationen vorliegen. Einerseits kennt der Psychiater Suizidalität und Suizid bei der Mehrheit seiner Patienten als zeitlich begrenzten und therapierbaren Zustand von in der Regel in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkten psychisch Kranken. Eine anders zu beurteilende Situation mag bei schwer körperlich Kranken nach langem Leidensweg in der Sterbephase vorliegen. Auch deutschsprachige Psychiater betrachten einen Suizidwunsch in der Regel als Symptom einer behandelbaren psychischen Krankheit und Suizidalität als psychiatrischen Notfall [3,8,25]. Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen Depression und dem Wunsch zu sterben auch bei Patienten in der Terminalphase einer körperlichen Erkrankung stützen diese Haltung [26–28]. Eine besondere Verantwortung des Psychiaters wird damit begründet, dass nur eine eindeutige Haltung des Psychia-

ters gegen den Suizid der therapeutischen Beziehung die nötige Sicherheit geben und den suizidalen Patienten zu einer Neuorientierung bewegen könne [3,18,29].

Selbstbestimmungsfähigkeit

Bei der ethischen Rechtfertigung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid wird als zentrales Argument das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten angeführt [9]. Daraus folgt die zentrale klinische und ethische Bedeutung einer möglichst sicheren Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten bezüglich des PAS durch den Psychiater. Auf diesem Weg könnten im Einzelfall Gefahren der Manipulation, Fremdbestimmtheit und fehlende Einwilligungsfähigkeit aufgrund einer psychischen Störung minimiert werden. Doch in der Praxis bestehen erhebliche Unsicherheiten und Fragen bei der Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit vor PAS. Während für einen Teil der Psychiater der Sterbewunsch eines depressiven körperlich Kranken in bestimmten Fällen akzeptabel sein kann [15], lehnen andere PAS bei Patienten mit einer Depression als Sicherheitsbedingung ab [10]. Die Mehrheit der niederländischen Psychiater ist im Gegensatz zur Mehrheit der britischen [16] und der amerikanischen Psychiater [12] der Ansicht, eine psychiatrische Begutachtung sollte vor PAS eines körperlich Kranken nur erfolgen, wenn der behandelnde Arzt dieses für notwendig erachtet [17]. Eine verpflichtende psychiatrische Begutachtung wird abgelehnt, da dadurch der Psychiater in die Rolle eines Richters oder eines „gatekeepers“ geraten würde [30,31]. Eine gesetzlich vorgeschriebene psychiatrische Untersuchung würde außerdem die Entscheidungsfindung im Behandlungsteam gemeinsam mit dem Patienten und seiner Familie auf einen von außen kommenden Spezialisten übertragen und der Gesellschaft helfen, ihre Ambivalenz gegenüber Suizid und PAS zu verstecken [31].

Aufgrund der unzureichenden allgemein anerkannten und umgesetzten Standards sowie der weitgehend fehlenden Transparenz und Dokumentation muss davon ausgegangen werden, dass die Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit stark vom beurteilenden Psychiater abhängig ist. Empirisch wurde belegt, dass die persönliche Einstellung zu PAS die Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit bei einem PAS-Gesuch wesentlich beeinflusst [18,31]. Erfolgt die Mehrzahl der Beurteilungen durch PAS-aufgeschlossene Psychiater, was aufgrund der empirischen Daten aus Oregon wahrscheinlich erscheint, so bedeutet dies einen erheblichen Bias. Zudem fühlte sich die Mehrheit der Psychiater in Oregon nur im Kontext eines langen Arzt-Patienten-Verhältnisses der Aufgabe gewachsen, die Selbstbestimmungsfähigkeit eines Patienten einzuschätzen [9]. Dies wirft Probleme für die klinische Praxis auf, in der eine solche Beurteilung häufig in einem kürzeren Zeitabstand erwartet wird. Hinzu kommt, dass dem Psychiater in der Regel die Erfahrung im Umgang mit Sterbenden fehlt [18,31] und es schwierig ist, klinische Depression von situationsadäquaten Reaktionen am Lebensende zu differenzieren [32].

Aus ethischer und psychiatrischer Sicht stellt daher eine möglichst objektive, reliable und valide Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit der Patienten vor einer ärztlichen Assistenz zum Suizid eine unabdingbare Voraussetzung für die Beachtung des Autonomieprinzips dar. Solange in der Praxis mit vielfältigen und unscharfen Kriterien (Kriteriumsvarianz) gearbeitet wird und die Subjektivität und persönliche Werthaltung des Psychiaters (Beobachtungsvarianz) das Ergebnis unkontrolliert beeinflussen, bestehen erhebliche Unsicherheiten bei der Feststellung der Patientenselbstbestimmungsfähigkeit als Voraussetzung für den ethischen Respekt vor der Autonomie des Kranken. Forschungsbedarf besteht auch bei der Festlegung von Grenzwerten („cutoff-points“) bei der Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit vor einer ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung [18,29,31].

Eine zweite offene Forschungsfrage stellt der Einfluss der modernen Palliativmedizin auf die Einstellung der Psychiater und anderer Gesundheitsberufe zur ärztlichen Beihilfe zum Suizid dar. Die empirischen Befunde ergaben unterschiedliche Erwartungen und Strategien bei den befragten Ärzten hinsichtlich des Zusammenhangs von PAS und Palliativmedizin.

In Deutschland fehlen bisher empirische Studien zu Einstellung, Verhalten und Werthaltung von Psychiatern zu PAS, so dass die ausgewerteten Ergebnisse aus der internationalen Literatur nicht mit empirischen Daten aus Deutschland verglichen und diskutiert werden können. Ohne vergleichbare Daten fehlt jedoch die wissenschaftliche Grundlage, auf der die schwierigen und ethisch kontroversen Probleme am Ende menschlichen Lebens weiter erforscht und kritisch diskutiert werden können. Dies gilt auch für die beiden formulierten Forschungsfragen, denen auch in Deutschland zunehmende Bedeutung zukommen dürfte.

Literatur

[1] Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Ärztebl 1998; 95 (39): C1689 – 1691
[2] Vollmann J. Ärztliche Lebensbeendigung und Patientenselbstbestimmung. Eine medizinethische Stellungnahme. Dtsch Med Wschr 1998; 123: 93 – 96
[3] Fuchs T, Lauter H. Der Fall Chabot. Assistierter Suizid aus psychiatrischer Sicht. Nervenarzt 1997; 68: 878 – 883
[4] Griffiths J. Assisted suicide in the Netherlands: The Chabot Case. The Modern Law Review Limited 1995; 58: 232 – 248
[5] Helmchen H, Vollmann J. Ethische Fragen in der Psychiatrie. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius S (Hrsg). Psychiatrie der Gegenwart. 4. Aufl. Berlin: Springer, 1999: 521 – 579
[6] Helme T. „A special defence“: A psychiatric approach to formalising euthanasia. Br J Psychiat 1993; 163: 456 – 466
[7] Ogilvie A, Potts S. Assisted suicide for depression: the slippery slope in action? Learning from the Dutch experience. BMJ 1994; 309: 492 – 493
[8] Finzen A, Schenker T, Frei A, Hoffmann-Richter U. Beihilfe zum Suizid und Sterbehilfe bei körperlich und psychisch Kranken. Eine internationale Perspektive. Konsequenzen für die Suizidprophylaxe. Spektrum 2000; 29 (3): 58 – 66
[9] Ganzini L, Fenn D, Lee M, Heintz R, Bloom J. Attitudes of Oregon Psychiatrists toward Physician-assisted Suicide. Am J Psychiatry 1996; 153: 1469 – 1475
[10] Cohen J, Fihn S, Boyko E, Jonsen A, Wood R. Attitudes toward Assisted Suicide and Euthanasia among Physicians in Washington State. N Engl J Med 1994; 331: 89 – 94
[11] Schwartz H, Curry L, Blank K, Gruman C. The physician assisted suicide dilemma: A pilot study of the views and experiences of Connecticut physicians. J Am Acad Psychiatry Law 1999; 27: 527 – 545
[12] Ganzini L, Leong G, Fenn D, Silva J, Weinstock R. Evaluation of Competence to Assisted Suicide: Views of Forensic Psychiatrists. Am J Psychiatry 2000; 157: 595 – 600
[13] Roberts L, Muskin P, Warner T, McCarty T, Roberts B, Fidler D. Attitudes of Consultation-Liaison Psychiatrists toward Physician-Assisted Death Practices. Psychosomatics 1997; 38: 459 – 471

[14] Roberts L, Roberts B, Warner T, Solomon Z, Hardee J, McCarty T. Internal Medicine, Psychiatry and Emergency Medicine Residents' Views of Assisted Death Practices. Arch Intern Med 1997; 157: 1603 – 1609
[15] Berger D, Fukunish I, O'Dowd M, Hosaka T, Kuboki T, Ishikawa Y. A Comparison of Japanese and American Psychiatrists' Attitudes towards Patients Wishing to Die in the General Hospital. Psychother Psychosom 1997; 66: 319 – 328
[16] Shah N, Warner J, Blizard B, King M. National survey of UK psychiatrists' attitudes to euthanasia. Lancet 1998; 352: 1360
[17] Grounewoud J, van der Maas P, van der Wal G, Hengeveld M, Tholen A, Schudel W, van der Heide A. Physician-assisted Death in Psychiatric Practice in the Netherlands. N Engl J Med 1997; 336: 1795 – 1801
[18] Ganzini L, Lee M. Psychiatry and Assisted Suicide in the United States. N Engl J Med 1997; 336: 1824 – 1826
[19] Vollmann J. Ärztliche Beihilfe zum Suizid bei AIDS-Patienten in den USA. Eine qualitative Interview-Studie über professionelle Ethik und Praxis im Wandel. Ethik Med, 2002; (im Druck)
[20] Emanuel E. Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. A Review of the Empirical Data from the United States. Arch Intern Med 2002; 162: 142 – 152
[21] Barocka A. Psychiatrie vom Zeitgeist bedrängt? Altes und Neues zur Euthanasiefrage. Forum für interdisziplinäre Forschung 1992; 10: 73 – 83
[22] Bahro M, Strnad J. Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken – eine Form aktiver Sterbehilfe. Eine bedrückend aktuelle Diskussion in der Psychiatrie. Ethik Med 2000; 12: 257 – 261
[23] Strnad J, Grosjean S, Schüpbach B, Bahro M. Suizide in der stationären Psychiatrie unter Beihilfe einer Sterbehilfevereinigung. Fälle aktiver Sterbehilfe? Nervenarzt 1999; 70: 645 – 649
[24] Helmchen H. Tötung auf Verlangen aus psychiatrischer Sicht. Fundamenta Psychiatrica 1992; 6: 58 – 62
[25] Felber W, Wolfersdorf M. Sind Suizidprophylaxe und Sterbehilfe miteinander vereinbar? Suizidprophylaxe für Suizidprävention. Theorie und Praxis. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) 1997; 24: 109 – 113
[26] Brown J, Henteleff P, Barakat S, Rowe C. Is it Normal for Terminally Ill Patients to Desire Death? Am J Psychiatry 1986; 143: 208 – 211
[27] Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, Nelson C, Brescia R. Depression, Hopelessness and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients with Cancer. JAMA 2000; 284: 2907 – 2911
[28] Chochinov H, Wilson K, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, Clinch J. Desire for death in the terminally ill. Am J Psychiatry 1995; 152: 1185 – 1191
[29] Kissane D, Kelly B. Demoralisation, depression and desire for death: problems with the Dutch guidelines for euthanasia of the mentally ill. Aust N Zealand J Psychiat 2000; 34: 325 – 333
[30] Bannink M, van Gool A, van der Heide A, van der Maas P. Psychiatric consultation and quality of decision making in euthanasia. Lancet 2000; 356: 2067 – 2068
[31] Sullivan M, Ganzini L, Youngner S. Should Psychiatrists Serve as Gatekeepers for Physician-Assisted-Suicide? Hastings Cent Report 1998; 28 (4): 24 – 31
[32] Welie S. Criteria for patient decision making (in)competence: A review of and commentary on some empirical approaches. Medicine Health Care and Philosophy 2001; 4: 139 – 151