Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: - (1986)

Artikel: Suizid : eine internationale Übersicht

Autor: Kaiser, Günther

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1051022

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Suizid – Eine internationale Übersicht

Günther Kaiser

I.

Suizid ist bekanntlich die bewußte und willentlich angestrebte Selbsttötung eines Menschen durch eine bestimmte zielgerichtete Handlung. Doch stehen Mord und Selbstmord, Tötung durch Fremdeinwirkung und Selbsttötung offenbar so dicht beieinander, daß über die sprachliche Komplementarität hinaus der Suizid das Interesse zeitüberdauernd und interkulturell auf sich lenkt. So gibt es denn nach unserer Erfahrung kein Land, das vom Suizid nicht betroffen wäre. Wir kennen keine menschliche Gesellschaft, der Suizid fremd ist. Von der Antike bis zur Gegenwart, von Naturvölkern bis zu hochzivilisierten Staaten gilt, daß Selbsttötung mitunter angewandt wurde und wird. Der Suizid ist also eine ubiquitäre Erscheinung. Stigmatisiert das Wort „Selbstmord" die Selbsttötung zum Quasi-Verbrechen, so suggeriert das Synonym „Freitod" die Fiktion der freien menschlichen Entscheidung. Als Freitod wird der Suizid nicht selten verherrlicht.

Bewußt gewollte Verletzung oder Vernichtung eigenen Lebens sind demnach Erscheinungen, die nicht erst die heutige Gesellschaft vor die grundlegende Frage stellen, ob und inwieweit der Mensch über sein eigenes Leben verfügen darf. Die Problemlösungen, welche die Kulturen konkretisiert in den Rechtsordnungen zur Selbsttötung oder anders gewendet zur Anerkennung des menschlichen Selbstbestimmungsrechts gefunden haben, sind das Ergebnis einer langen, wechselvollen Geschichte. Reicht allerdings die Entwicklung weniger weit zurück wie z.B. bei der „aktiven Sterbehilfe", oder mangelt es an einer soziokulturellen Einbettung wie beim Drogengebrauch als einem „versteckten Suizid auf Raten", dann ringen neue Wertvorstellungen um ihre Anerkennung, Diskussion und Literatur schwellen an, Debatten erhitzen sich, in differenzierter Mißbilligung und Kriminalisierung beginnen sich Systemwidersprüche zu äußern. Diese lassen selbst die Suizidprophylaxe nicht unangetastet.

Obwohl der Suizid nach den modernen Strafrechtsordnungen allgemein straflos ist, bleibt er ganz überwiegend eine Form sozial abweichenden Verhaltens. In den meisten bekannten Gesellschaften wird er zumin-

dest durch informelle Sanktionen mißbilligt. Dem steht nicht entgegen, daß in spezifischen Situationen manche Kulturen den Suizid geradezu erwarten oder fordern (sogenannter unechter Suizid wie in Indien die Witwenverbrennung, oder in Japan Harakiri; dazu *Bellebaum* 1984, 233 f.). Doch keine Gesellschaft läßt die Entscheidung darüber offen, ob der Mensch seinem eigenen Leben nach eigener Willkür ein Ende setzen darf. Religion, Moral und auch das Recht geben Maßstäbe zur Beurteilung und legen Verhaltensnormen fest. Nicht selten bringt der Selbstmörder über die Familie und die Angehörigen Schande und Schmach. Dem sich selbst Tötenden wird die religionsgebundene Bestattung und die Gemeinschaft der Toten verweigert, den Familienangehörigen wird in diesem Fall möglicherweise die Hinterbliebenenversorgung versagt. Die soziale Mißbilligung äußert sich schließlich dadurch, daß in manchen Gesellschaften die versuchte Selbsttötung, in anderen die Beihilfe zum Suizid oder wie in der Schweiz die Verleitung zum Selbstmord (Art. 115 schwStGB) bestraft wird. Trotz ihrer allgemeinen Straflosigkeit wird die Selbsttötung international neben Sondererhebungen der Weltgesundheitsorganisation ergänzend durch die Kriminalstatistik erfaßt und dokumentiert. Dies gilt auch für die eidgenössische Polizeiliche Kriminalstatistik. Diese weist z.B. für 1984 insgesamt rd. 1600 polizeilich bekanntgewordene Selbsttötungen aus.

II.

Wird das soziale und rechtspolitische Interesse an Selbstaggression, Selbstzerstörung und Suizid vor allem wegen der Gefahren für Leib und Leben, also vom Schutz höchstpersönlicher Rechtsgüter und deren Verletzung her motiviert, so entzündet sich die empirische Neugier besonders an den mitunter rätselhaften Häufungen und Strukturen des Suizids, welche immer wieder zu Erklärungsversuchen herausfordern. Die Zuweisung zum Feld problematischer und deshalb besonders erklärungsbedürftiger Sachverhalte gilt nicht minder für die versuchte Selbsttötung. Denn oft zielen Versuchshandlungen gar nicht auf die Vollendung, etwa wenn sie den Appell an Hilfe und Zuwendung durch Mitmenschen meinen (vgl. *Gores* 1981, 116).

Da in Begriff wie Erscheinung der Selbsttötung soziokulturelle Bewertungen unterschiedlicher Art eingehen, leuchtet ein, daß davon auch die Einstellungen der verschiedenen religiösen und sozialen Gruppen innerhalb einer Gesellschaft und schließlich das suizidrelevante Verhalten bestimmt wird. Wenn dies richtig ist, muß es sich auch in Zahl und Umfang der Selbsttötungen, und d.h. in unterschiedlichen Suizidraten weltweit äußern.

Folgt man den Informationen der Weltgesundheitsorganisation, dann

sterben täglich auf der ganzen Welt etwa 1200 Menschen durch Suizid, allein in Europa alljährlich mehr als 100.000 Personen. Weil die Zahl der Selbsttötungen während der letzten Jahrzehnte in den meisten europäischen Staaten angestiegen ist, wird gar vermutet, daß in hundert Jahren etwa 15 Prozent der gesamten Bevölkerung durch Suizid sterben werde (so etwa *Ringel* 1981, 577 f.). Ungarn, das seit langem eine Spitzenstellung einnimmt, weist mit 45 pro 100.000 Einwohner die höchste Zahl an Selbsttötungen auf, gefolgt von Dänemark mit 32, der Schweiz und Österreich mit 26, Finnland mit 25, der Tschechoslowakei mit 22 und der Bundesrepublik Deutschland mit 21 sowie Schweden mit 19 Selbsttötungen pro 100.000 Einwohner. Hingegen ist die Suizidrate in den Ländern rund um das Mittelmeer wesentlich geringer. Frankreich weist 17 Selbstmorde je 100.000 Einwohner auf, Italien 6, Spanien 4 und Griechenland 3. Aber auch England und Wales sind durch eine vergleichsweise niedrige Quote an Selbsttötungen mit 9 pro 100.000 Einwohner gekennzeichnet (*Weltgesundheitsorganisation* 1984, 3). Obwohl im Rückblick auf die vergangenen einhundert Jahre die Suizidraten allgemein zunehmen, wird dieser breite Trend weder durch die Entwicklung in den USA noch durch jene in England und Wales bestätigt.

Wie alle Ereignisse, die sozialen Bewertungen unterliegen, wird auch die Statistik des Suizids von Erkennbarkeit und Verläßlichkeit der Definition bestimmt. Dort, wo die Selbsttötung aus hauptsächlich religiösen Gründen schärfer mißbilligt wird, wie z.B. in den angrenzenden Staaten des Mittelmeers, wird man auch mit einer stärkeren Verschleierung rechnen müssen, die sich auf die Statistik verzerrend auswirkt. Dementsprechend ist ein beachtliches Dunkelfeld zu vermuten. Über dessen Größenordnung sind aber keine zuverlässigen Schätzungen bekannt. Als grober Anhaltspunkt wird ein Verhältnis von 3 bis 5 nichterkannter oder »umdefinierter« Todesfälle bezogen auf einen amtlich bekanntgewordenen Suizid genannt (*Metzger-Pregizer* 1985, 466). Noch weit größer ist die Häufigkeit der Suizidversuche zu veranschlagen. Man vermutet, daß die Zahl der Selbstmordversuche etwa acht- bis zehnmal höher liegt als die Anzahl der vollendeten Selbsttötungen. Dabei wird man auch berücksichtigen müssen, daß Selbsttötungen im allgemeinen meldepflichtig sind, Suizidversuche hingegen nicht; diese werden überwiegend nur zufällig bekannt.

Im übrigen ist bei der international-vergleichenden Analyse die unterschiedliche Zähl- und Registrierungsweise zu beachten. So ist z.B. fraglich, ob man die schwedischen Selbstmordziffern, die auf ärztlichen Zeugnissen beruhen, mit den englischen, die von richterlichen Entscheidungen abhängen, vergleichen kann. Wegen der stark unterschiedlich verläßlichen Erhebungsmethoden in den verschiedenen Ländern wird man daher die internationalen Statistiken, etwa der Weltgesundheitsorganisation, nur mit Vorsicht interpretieren können. Daher stellt sich die Frage,

welche Daten und Befunde sich unter Berücksichtigung der Vorbehalte verallgemeinern lassen und welche Deutungen sich als aussagekräftig erweisen.

Zunächst fällt auf, daß die für den Suizid entwickelten Erklärungsversuche gedanklich den Kriminalitätstheorien sehr ähneln. Trotz aller internationalen Regelmäßigkeiten und gleichförmigen Trends fügt sich aber die Gruppierung der einzelnen Länder keinem überzeugenden Erklärungsansatz, der theoretisch einleuchtend zu begründen wäre.

So findet man keineswegs die hochindustrialisierten und -urbanisierten Länder, die durch einen rapiden sozialen Wandel gekennzeichnet sind, ausschließlich an der Spitze beieinander und die weniger entwickelten Staaten in einer unteren Position. Großbritannien und die USA mit einer unterdurchschnittlichen Suizidrate widersprächen einer gegenteiligen Annahme (vgl. auch *Sack* 1972, 335). Trotz erheblichem sozialen, wirtschaftlichen und technischen Wandel innerhalb der letzten einhundert Jahre hat sich die Anfälligkeit für Suizid in den entsprechenden Ländern nicht gleichsinnig verändert.

Im Hinblick auf die offenkundigen Wandlungen in gesellschaftlichem Leben und Wertorientierung wird allerdings in einer neueren Studie der Weltgesundheitsorganisation die moderne Gesellschaft als Überflußgesellschaft für die hohe Zahl an Selbsttötungen verantwortlich gemacht und gefolgert, daß die Überflußgesellschaft von heute den Keim zu ihrem eigenen Untergang in sich trage. Andererseits wird auch der Anstieg der Selbsttötungen mit der wachsenden Arbeitslosigkeit in Zusammenhang gebracht. Doch die erwähnten Länderunterschiede, die der Deutung zugrundeliegen, vermögen die letztgenannte Annahme nicht zu stützen. Andernfalls müßten die Suizidraten der Schweiz mit 26 und der Bundesrepublik Deutschland mit 21 umgekehrt verteilt sein und überdies stärker auseinanderklaffen, müßten jene Frankreichs mit 17 wesentlich höher und gar die Großbritanniens mindestens doppelt so hoch liegen, hingegen die Selbstmordrate Ungarns um mindestens zwei Drittel tiefer plaziert sein. Ähnlich wie bei entsprechenden Erklärungsversuchen zur Gegenwartskriminalität (vgl. *Council of Europe* 1985) ist die Arbeitslosigkeit allein ein zu wenig aussagekräftiger Indikator, um die Entstehung abweichenden Sozialverhaltens, sei es der Selbsttötung oder auch der Kriminalität, zureichend erklären zu können.

Anscheinend wird durch die bisherige Suizidstatistik lediglich die Beobachtung gestützt, die *Durkheim* schon vor neunzig Jahren gemacht hat, daß nämlich jedes Land und jede Gesellschaft den ihnen eigenen Selbstmordkoeffizienten aufwiesen. Dieser sei allerdings gegenüber Wandlungsprozessen ziemlich stabil und resistent.

Angesichts der geringen Suizidraten in den Mittelmeerländern verglichen mit jenen der nördlichen Staaten hat man unterschiedlichen Persön-

lichkeitsdimensionen kausale Bedeutung zugesprochen. So stellte man die Extraversion und größere Kommunikationsfreudigkeit des Südeuropäers der Zurückhaltung und Verschlossenheit von Nordländern gegenüber (*Biener* 1984, 4). Doch die hohe Selbsttötungsrate der Ungarn sowie die niedrigen Raten der Engländer und Iren fügen sich dem vermuteten Zusammenhang nicht.

Gleichwohl läßt sich nicht verkennen, daß katholische Länder wie Irland, Italien oder Spanien im Vergleich zu Ländern mit vorwiegend protestantischer Konfession unverändert extrem niedrige Selbstmordraten aufweisen. Deshalb liegt die Annahme nahe, die Suizidrate mit Religionszugehörigkeit oder Religiosität zu verknüpfen (*Böcker* 1971, 566). Allerdings zeigen die neueren Sekundäranalysen, daß das Verhältnis zwischen Religiosität und Suizid in der westlichen Welt negativ ist. Ähnlich wie bei der Kriminalitätsbelastung (dazu *Kaiser* 1986) läßt sich eine wesentliche Beeinflussung der Suizidrate durch Religionszugehörigkeit oder Religiosität aber nicht feststellen. Entsprechende Ergebnisse dürften für die Bereiche gelten, die durch Religionen wie Buddhismus und Konfuzianismus bestimmt werden, da diese den Suizid tolerieren. Eine Ausnahme könnte nur für den Islam zutreffen, weil der Koran den Suizid ausnahmslos ablehnt und in ihm gar ein schwereres Verbrechen als den Mord erblickt. Doch nicht nur die Selbsttötung, auch die Beihilfe dazu ist verboten (*Gräf* 1976, 143). Allerdings fehlt es für die islamische Region wiederum an verläßlichen Zahlen über die Verbreitung des Suizids.

III.

Fragen wir nach dem Sozialprofil und den Persönlichkeitskorrelaten der sich selbst Tötenden. Aspekte wie Lebensalter, Geschlecht, Familienstand, Beruf, Religionszugehörigkeit sowie Krankeit und Sucht sind wie bei der Untersuchung von Straffälligen und anderen Abweichern (dazu besonders *Sarnecki* 1985, 23 ff.) als Rastersystem geeignet, die Identifizierung der Suizidgefährdeten und Selbstmörder zu präzisieren, die Erklärung des Suizids zu erleichtern und damit Perspektiven zur Prophylaxe zu ermöglichen.

Wie die Erfahrung zeigt, wächst mit dem Lebensalter die Selbstmordanfälligkeit. Diese Beobachtung ist zwar gültig wie eh und je. Doch scheint es, als spielten sich im Bereich der jüngeren Altersgruppen immer wieder Sonderbewegungen ab. Diese bieten von Zeit zu Zeit Anlaß zu einer intensiven Beschäftigung mit dem Suizid. Genauer betrachtet mag sich daran gelegentlich nicht mehr niederschlagen als die gesteigerte Sensibilität der Öffentlichkeit gegenüber Berichten über jugendliche Selbstmörder und deren meist tragisch empfundene Entwicklung zur Selbsttötung.

Von insgesamt 122 zwischen 1900 und 1967 erschienenen Untersuchungen über den Selbstmord an Kindern und Jugendlichen, die einem Literaturbericht hierüber zugrundelagen (*Sack* 1972, 338), entfielen mehr als 70 Prozent auf die Zeit nach 1960, während 20 Prozent auf die Jahre von 1940 bis 1960 und der Rest von 10 Prozent auf die ersten vier Jahrzehnte dieses Jahrhunderts entfielen. Diese Publikationsstatistik entspricht sicherlich nur ungenau der tatsächlichen Entwicklung des Suizids. Zeigt die Analyse auch kein einheitliches Bild, so kann man doch in der Mehrzahl der untersuchten Länder eine Zunahme seit 1960 feststellen. Dies trifft besonders für die 15- bis 25-jährigen zu. Für die USA wird während der letzten 25 Jahre ein Anstieg des Suizids von mehr als 300 Prozent bei den entsprechenden Altersgruppen verzeichnet (*Solomon/Murphy* 1984, 7). Hingegen scheint in Japan die Zahl der Selbsttötung unter jungen Menschen inzwischen erheblich abgenommen zu haben (vgl. *Government of Japan* 1985, 97).

Zwar wird gelegentlich betont, daß die kindliche Vorstellung vom Tod »nichts Endgültiges« besage. Der Tod werde von Kindern in der Mehrzahl der Fälle als ein »reversibles Ereignis« gesehen, als eine Art »Sich-schlafen-Legen«. Dementsprechend verwundert nicht, daß in den letzten zweieinhalb Jahrzehnten die Suizidrate bei Kindern ähnlich wie bei männlichen Jugendlichen um mehr als 50 Prozent zugenommen hat, allerdings bei gleichzeitiger Konstanz der Suizidrate von Mädchen. Doch die höchste Rate an Handlungen der Selbsttötung findet sich bei jungen Männern im Alter zwischen 18 und 30 Jahren. Innerhalb dieser Gruppe wird wiederum bei Studenten ein höheres Selbstmordrisiko angenommen als bei gleichaltrigen Nichtstudenten. Auch soll darüber hinaus eine bedeutende Zunahme der Suizide bei dieser Teilgruppe vorliegen.

Obwohl der überdurchschnittliche Anstieg der Selbsttötungen von Kindern und Jugendlichen während der letzten Jahre beunruhigt, wobei diese Erscheinung in der Bundesrepublik eine Spitzenstellung einzunehmen scheint (so *Heuer* 1979, 59), bleiben die absoluten Zahlen und relativen Anteile der Kinder und Jugendlichen verhältnismäßig gering. Bei Jugendlichen spielen für die Suizidgefährdung vor allem Krisen in Entwicklung und Reife sowie Konflikte in Familie und Schule eine überragende Rolle. Die Suizidhandlungen der Jugendlichen werden in 60 Prozent der Fälle auf zerrüttete Familienverhältnisse zurückgeführt (*Biener* 1984, 11). Die Untersuchungen zeigen (*Masterson* 1969; *Rutter* 1976), was kriminologisch keinesfalls überraschen kann, daß intakte Familien am besten in der Lage sind, die »Entwicklung spezifischer Turbulenzen« der Jugendlichen aufzufangen (*Stober* 1981, 182).

Gleichwohl liegt die Suizidziffer bei älteren Menschen am höchsten, nimmt freilich in den letzten Jahren stark ab, und zwar auch international (vgl. *Schmidtke/Häfner* 1984, 26). Dieser Befund überrascht insofern, als

vor allem diejenigen Jahrgänge betroffen sind, die als junge Menschen in diesem Jahrhundert besonders stark von ihrem »Kohortenschicksal« geprägt wurden. Man hat daher vermutet, daß bestimmte Kohorten, die in der ersten Lebenshälfte eine ungewöhnlich harte Zeit zu durchstehen hatten, mit einem »unaufgezehrten Vorrat an Lebensbejahung ausgestattet sind«, der gegenüber dem Suizid in hohem Grade immunisiere (*Schoeck* 1982, 48). Jedoch können dafür auch Verbesserungen der medizinischen Betreuung und des Rentensystems verantwortlich sein. Daß die Rate dennoch sehr hoch liegt, wird dem zunehmenden Verlust sozialer Kontakte, dem plötzlichen Ausscheiden aus der Berufswelt mit dem damit verbundenen Gefühl, »überflüssig zu sein«, ferner dem häufigen Wegzug der Kinder und der damit verknüpften Vereinsamung sowie dem Aufkommen der sogenannten »Altersdepression« zugeschrieben (*Biener* 1984, 11).

Ähnlich dem Risiko zur Straffälligkeit ist auch die Selbstmordgefährdung der Männer ungleich größer als jene der Frauen. Dabei schwankt freilich die Diskrepanz zwischen den Suizidraten der Geschlechter von Gesellschaft zu Gesellschaft. Die beiden Extremwerte bilden Island, Nordirland und Japan mit etwa 140 Selbstmorden von Männern auf 100 von Frauen begangene auf der einen Seite und Polen mit knapp 500 Männerselbstmorden auf 100 Frauenselbstmorde andererseits. Allerdings scheint bei Frauen die Selbstmordrate zu wachsen. Dies wird ähnlich wie bei dem allerdings geringen Anstieg des Frauenanteils im Rahmen der Straffälligkeit auf den veränderten sozialen Status der Frau zurückgeführt. Vor allem herrschen die Frauen bei den Suizidversuchen vor (*Wellhöfer* 1981, 14 f.; *Ziegler* 1984, 144).

Neben dem Zusammenhang zwischen Geschlecht und Selbsttötung ist die Beziehung des Suizids mit dem Familienstatus wohl am intensivsten untersucht worden. Nach der Befundlage hat die Behauptung bislang nicht widerlegt werden können, daß die Ehe einen Schutz gegen den Selbstmord darstellt (*Sack* 1972, 335). Die Selbstmordgefährdung ist für Verheiratete beider Geschlechter am geringsten. Allerdings ist der Schutz, welchen die Ehe gegen den Selbstmord gewährt, für den Mann beträchtlich höher als für die Frau. Nur in Ungarn ergibt sich ein Trend in umgekehrter Richtung. Im übrigen sind beide Geschlechter dann geringer selbstmordgefährdet, wenn Kinder vorhanden sind. Hingegen ist die Selbstmordanfälligkeit im Falle der Scheidung erhöht. Der Ehepartnerverlust gilt als einer der wichtigsten Faktoren für den Suizid. Stärker jedoch scheint das spezifische Zusammentreffen vielfältiger Faktoren wie höheres Alter, Verwitwung, Scheidung, Kinderlosigkeit, größere Bevölkerungsdichte, Wohnen in großen Städten, Wirtschaftskrise, defekte Familienstruktur, hoher Lebensstandard oder Arbeitslosigkeit als Potential gesteigerter sozialer Isolierung die Suizidgefährdung zu bestimmen.

Erhöhte Selbstmordanfälligkeit hat man verschiedentlich bei den Ange-

hörigen freier Berufe ausmachen können. Dabei nehmen ärztliche Berufe, insbesondere Psychiater, eine herausragende Stellung ein. Andere übermäßig gefährdete Tätigkeiten sind alkoholnahe Berufe und Fischereiberufe. Hingegen liegt die Suizidrate bei Seelsorgern besonders niedrig, während Professoren- und Manager-Berufe gleich hohe Selbstmordraten wie ungelernte Arbeiter aufweisen sollen. Allerdings ist der Beruf wohl mehr als andere Positionsmerkmale einer Person in spezifischer Weise mit der allgemeinen wirtschaftlichen Lage verknüpft. Die globale Veränderung der Selbstmordrate während krisenartiger Verläufe der wirtschaftlichen Entwicklung – Zunahme in Zeiten wirtschaftlicher Depression, ökonomischen Rückgangs und der Steigerung der Arbeitslosenzahl – ist ein saldierter Wert, der die Einzelposten in der Nettorechnung nicht erkennbar werden läßt. Tatsächlich verbirgt sich dahinter ein differenziertes Reagieren von Teilgruppen einer Gesellschaft auf wirtschaftliche Veränderungen (*Sack* 1972, 337).

Das anscheinend Unerklärliche des Suizids wird nicht selten auf Krankheit und Suchtverhalten zurückgeführt. In diesem Zusammenhang spielt die Depression eine zentrale Rolle. Verschiedentlich wird auf die gehemmte, gegen die eigene Person gerichtete Aggression hingewiesen. Jedoch ist diese These angefochten. Dies trifft vor allem dort zu, wo Suizid und Suizidversuch als letzter und schmerzlicher Ausdruck persönlicher Freiheit begriffen werden, um eine unerträgliche Lebenssituation zu beenden.

IV.

Faßt man all die verstreuten Einzeldaten und Beziehungen, soweit sie sich sichern und verallgemeinern lassen, zusammen, so geschehen Selbsttötungen häufiger in der Stadt, ferner bei vereinsamten Menschen, bei Personen in zerrütteten Familien sowie Alkoholikern und Rauschgiftsüchtigen und schließlich bei Menschen in höherem Alter.

Zwar hat man unter Hinweis auf mehrfaches Vorkommen suizidalen Verhaltens in einzelnen Familien und auf die Befunde der Zwillingsforschung gelegentlich einen erbbiologischen Bedingungszusammenhang angenommen. Doch läßt sich die Existenz sogenannter Selbstmordfamilien aussagekräftiger auf die Ähnlichkeit der Sozialisationsbedingungen zurückführen (*Wellhöfer* 1981, 33).

Hingegen vermögen die Frustrations-Aggressionstheorie sowie motivologisch-lerntheoretische Erklärungen generell nicht zu überzeugen. Wohl gibt es kein psychisches Trauma, keine Furcht und keine Krise, die nicht den Anlaß zu einer Suizidhandlung bieten könnten (*Stengel* 1981, 20). Jedoch erfüllen diese Motive lediglich eine auslösende Funktion. Sie kön-

nen aber das Entstehen der spezifischen Situation nicht erklären (*Wellhöfer* 1981, 22 f.). Immerhin läßt sich Suizid, namentlich bei Kindern und Jugendlichen, häufig als Appell oder als Nachahmung deuten. Allerdings dürften die Belege für unmittelbare Vorbildwirkung oder Ansteckung durch die Medien ähnlich wie beim gelegentlichen Aufflackern der Welle von Selbstverbrennungen in den sechziger Jahren eher die Modalität des suizidalen Verhaltens betreffen als eine unmittelbare kausale Bedeutung beanspruchen. Auch der Suizid als Appell (vgl. *Gores* 1981, 116) scheint allein noch keine genügende Erklärung zu liefern. Vielmehr weist er auf die zugrundeliegende Hilflosigkeit oder Ohnmacht hin, also letztlich auf Situationen, die seit *Durkheim* als anomisch begriffen werden.

Deshalb kann nicht verwundern, wenn sich als wichtigster Erklärungsansatz die Annahme *Durkheims* gehalten hat, daß die Selbstmordrate mit dem Grad der sozialen Integration abnimmt. Der Großteil empirischer Befunde ist denn auch tatsächlich mit dieser Erklärung vereinbar. Daher ist bis zur Gegenwart die Selbstmordtheorie *Durkheims* der theoretische Meilenstein in der Selbstmordforschung geblieben (*Sack* 1972, 340 f.). Immer wieder hebt das Schrifttum die schwach ausgeprägte soziale Integration als das gemeinsame Merkmal suizidgefährdeter Gruppen hervor. Das anomische Syndrom der totalen Orientierungs- und Perspektivelosigkeit ist Vorbote der Gewalt nicht nur gegen andere, sondern auch gegen sich selbst.

Trifft dies tendenziell für die Suizidanfälligen schon in der freien Gesellschaft zu, so im gesteigerten Grade dann, wenn es um die Insassen von Strafanstalten geht. Bekanntlich ist die Suizidrate bei Strafgefangenen vier- bis fünfmal so häufig wie bei den nicht inhaftierten Bürgern (vgl. *Dünkel/Rosner* 1981, 130 ff.). So gesehen vermag nicht zu überraschen, daß die Auffälligkeitssyndrome bei der Extremgruppe von Straftätern und den suizidgefährdeten Personen ähnlich liegen, daß zur Erklärung des Verhaltens beider anomietheoretische Konzepte oder neuerdings auch Varianten sogenannter Bindungstheorien herangezogen werden.

V.

So sehr es auch einleuchtet, daß sich Suizid auf Orientierungs- und Bindungsverlust zurückführen läßt, so ist nicht minder richtig, daß die vorliegenden Befunde von einer Gesetzmäßigkeit noch weit entfernt sind. Zu unterschiedlich sind offenbar die Bedingungen suizidalen Verhaltens und die Persönlichkeitsprofile der Selbstmörder. Noch immer ist es kaum möglich, den über den Versuch hinausdrängenden Suizid vorauszusagen. Dem steht nicht entgegen, daß mitunter die Selbsttötung bereits angekündigt wird. Denn generell werden jene Fälle, bei denen es beim Versuch geblie-

ben ist, nicht mit in die Gesamtheit des Beobachtungsmaterials einbezogen.

Auch die neuere der Präventivmedizin entstammende Einteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Suizidprophylaxe leidet zumindest im sekundären und tertiären Bereich daran – abgesehen von der Bestimmung gruppenspezifischer Suizidrisiken für Alkoholiker, Drogen- und Medikamentensüchtige sowie Depressive –, in Einzelfällen eine sichere Prognose zu treffen. Immerhin läßt die hohe Zahl von Wiederholungshandlungen bei Suizidversuchen, die auf 25 bis 40 Prozent geschätzt wird (*Pohlmeier* 1983, 136), eine Nachbetreuung als notwendig erscheinen.

Demgegenüber kann die primäre Suizidprophylaxe in Familie und Schule, die sich zum Ziel nimmt, Menschen zu erziehen, deren Lebensfreude nicht frühzeitig erstickt wird und die sich dem Leben gewachsen fühlen, eher unspezifisch erbracht werden. Sie wirkt in der Regel auch über die Verhütung der Selbsttötung hinaus als vorbeugend gegenüber weiteren Verhaltensabweichungen. Auf diesem Hintergrund ist denn auch der Streit um die Frage zu verstehen, ob Suizid-Verhütungszentren zur Senkung der Selbsttötung beitragen oder gar eine gegenteilige Wirkung erzielen. Davon ist die weitere Frage nach dem Recht zu trennen, überhaupt Suizidverhütung zu betreiben, wenn man bedenkt, daß die Selbsttötung eine rationale Entscheidung des Rechts zu sterben ist. Doch wenn man eine Suizidprophylaxe für richtig und notwendig hält – wofür wie erwähnt gute Gründe sprechen –, dann wird man hier auch eine Vorbeugungsstrategie zubilligen dürfen, die suizidfördernden Haltungen in der Gesellschaft entgegenwirkt (*Ringel* 1981, 161 f.) und einen sogenannten Werther-Effekt zu verhindern sucht (*Phillips* 1981, 104, 106, 110; *Pohlmeier* 1983, 132).

Da viele Gerettete über ihren »letzten Moment« glaubwürdig berichten, daß sie das Bedürfnis hatten, ihre Suizidhandlung rückgängig zu machen, also die Mehrheit der Selbsttötungen einschließlich der Suizidversuche Hilferufe sind, stellt sich zwangsläufig die Frage nach dem Ansatzpunkt von Hilfen oder Therapien. Dabei kann es auch nicht nur darum gehen, Kontakt-, Beratungs- und Anlaufstellen sowie Selbsthilfegruppen einzurichten, Hilfsmaßnahmen anzubahnen, um das Leben zu erhalten. Damit sollen die fraglos positiven Wirkungen derartiger Organisationen (dazu *Wellhöfer* 1981, 105 f.) nicht verkannt werden. Vielmehr gilt es darüber hinaus Voraussetzungen für ein erfülltes und für das Individuum lebenswertes Leben zu schaffen. Die Grenzen der Prophylaxe zeigen sich vor allem bei der Kontaktaufnahme mit gefährdeten Personen. Wo diese nämlich nicht freiwillig von sich aus Hilfe annehmen, beginnt auch das Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmungsrecht und Suizidverhütung. Unmittelbar betroffen ist vor allem die Intensivmedizin im Rahmen der Sekundärprophylaxe (*Pohlmeier* 1983, 129 mit Beispiel). Da es auf den Ein-

zelfall ankommt, lassen sich eindeutige Aussagen hier kaum treffen. Eine Möglichkeit, diesem unlösbaren Spannungsfeld zu entgehen, bietet nur der vermehrte Einsatz im Vorfeld des Suizids.

VI.

Die Einsicht in die vielfältige Entstehung des Suizids und dessen schicksalhafte Verflechtung mit Faktoren der Umwelt dürfte zur Einstellungsveränderung in der Gesellschaft entscheidend beigetragen haben, aber damit auch den Wertewandel anzeigen. Plötzliches Aufflammen der öffentlichen Diskussion verdeutlicht schlagartig die Lage: So wenn sich wie kürzlich geschehen der Präsident des deutschen Verfassungsgerichts zu einer notwendigen Neubestimmung der Tötung auf Verlangen äußert und damit auf die Kritik breiter kirchlicher Kreise stößt, oder wie vor einigen Jahren der englische Chef-Ankläger erfolglos ein gerichtliches Verbot gegen die Verbreitung eines »Suizid-Leitfadens« der »Freiwilligen Euthanasie-Gesellschaft« an alle Briten über 25 Jahre anstrebt (Badische Zeitung vom 30. 4. 1983).

Welche Positionen aber soll das Recht auf dem Hintergrund des Erfahrungswissens und angesichts der stets begrenzt bleibenden Erfolge der Suizidprophylaxe beziehen? Soll es die Entwicklung resignierend hinnehmen, das Selbstbestimmungsrecht des zum Suizid Entschlossenen uneingeschränkt anerkennen, oder soll es diesen Tendenzen trotz Erfolglosigkeit durch Kriminalisierung entgegentreten, selbst in ausweglosen Grenzfällen? Wie es scheint, ist das Recht auch hier überfordert. Befriedigende Konfliktlösungen sind noch kaum zu erkennen.

Der strafrechtsgeschichtliche Rückblick zeigt, daß man erst seit dem 18. Jahrhundert, als man mit der herkömmlichen religiösen Verurteilung des Selbstmordes gebrochen hatte, begann, eine klare Trennung zwischen Recht und Moral zu ziehen und damit das Recht unter Betonung des staatlichen Strafzweckes zu verweltlichen. Der Selbstmord wurde in der Regel nunmehr als rechtlich indifferente Handlung begriffen und schied daher aus dem Kreis der Verbrechen allmählich aus. Seit der Aufklärung hat sich die Straflosigkeit der Selbstverletzung und Selbstschädigung bis hin zur Selbsttötung als Grundsatz durchgesetzt. Die Vollendung des Menschen im Diesseits, aber auch seine sozialen Pflichten wurden zu grundlegenden Maßstäben (*Amelunxen* 1962, 20), welche auch in der Gegenwart die Diskussion um das menschliche Selbstbestimmungsrecht prägen. Das Selbstbestimmungsrecht gilt als die innerste Überzeugung aller Menschen, die durch die nichtbiblische, nur moraltheologische Ablehnung ungebunden sind (*Simson* 1976, 37). Aber noch bis in das 19. Jahrhundert hinein wurde der Leib des Selbstmörders in Europa »bestraft«, etwa durch

öffentliches Aufhängen oder Pfählen der Leichen. Entsprechend war auch der mißlungene Versuch lange Zeit strafbar. Die Strafbarkeit endete in Preußen 1751, in Frankreich 1790 und in Österreich 1850. Außer Nevada, New Jersey, North und South Dakota, Oklahoma und Washington scheint England als eines der letzten Länder mit dem Suicide Act 1961 die Kriminalisierung des Selbstmords aufgegeben zu haben (vgl. *Simson* 1976, 44).

Doch noch immer ist in vielen Staaten der Welt jegliche Beteiligung strafbar, so etwa in Italien, Japan, den Niederlanden, in Österreich, Spanien und Ungarn. Im übrigen bahnt sich schon seit Anfang der sechziger Jahre im deutschsprachigen Schrifttum eine Entwicklung an, welche die traditionelle Zurückhaltung gegenüber dem Selbstverletzer zumindest partiell aufgibt.

Deshalb erscheint der Schluß noch immer etwas kühn, wenn angenommen wird, daß sich der Kreis nunmehr schließe. In klassischen Zeiten sei der Suizid eine tragische Entscheidung zur Bewahrung der menschlichen Würde gewesen. Dann war er jahrhundertelang eine Sünde. Anschließend wurde er zum Verbrechen, später zur Krankheit. Bald werde er wieder Ausdruck freier Entscheidung sein. Denn Selbsttötung sei das Zeichen von Freiheit (so *Fletscher* 1976, 244). Manche gehen gar einen Schritt weiter, indem sie den überlegten Freitod als ein grundlegendes Menschenrecht anerkannt wissen möchten (*Roman* 1981, 18). Die Freiheit, sein Leben zu beenden, gehört danach zur Würde des Menschen und ist auch mit dem Grundsatz strafloser Selbstverletzung vereinbar.

Im geltenden Strafrecht wird der Selbstmord – mit Ausnahme der Teilnahme daran gem. Art. 115 schwStGB – nicht ausdrücklich erwähnt und damit nach traditioneller Auffassung auch nicht unter Strafe gestellt. Allerdings bedeutet der Verzicht auf strafrechtliche Sanktionen nicht, daß sich die Rechtsordnung gegenüber dem Problem des Selbstmörders völlig zurückzieht. Nach den schweizerischen Bestimmungen der fürsorgerischen Freiheitsentziehung (Art. 97 a ff. ZGB) ebenso wie nach den Unterbringungsgesetzen der westdeutschen Länder kann ein ernsthaft zum Selbstmord Entschlossener vorbeugend in eine geschlossene Anstalt gebracht werden, wenn er geisteskrank, geistesschwach oder suchtkrank ist und sich selbst gefährdet (vgl. *Koller* 1982, 53 ff.; *Furger* 1983, 41 ff.; *Iberg* 1983, 293 ff.). Offensichtlich gibt die Rechtsordnung, wie wir aus den genannten Regelungen folgern können, ihre Neutralität gegenüber der Selbsttötung im Interesse fürsorgerischer Gesichtspunkte auf, wenn sie die Möglichkeit zum freiverantwortlichen Willensentscheid beeinträchtigt sieht. Daran läßt sich erkennen, daß die Rechtsordnung der Selbsttötung nicht völlig gleichgültig begegnet, sondern diese zu vermeiden sucht, solange nicht ein freiverantwortlicher Wille dem entgegensteht. Der Suizid wird sozialethisch mißbilligt, rechtlich aber weitgehend zugunsten der Privatautonomie toleriert. Ethik und Recht gehen hier entsprechend ihren

unterschiedlichen Funktionen verschiedene Wege. Das Recht sieht sich nur dann zum Einschreiten gezwungen, wenn dies entweder der Schutz fremder Rechtsgüter gebietet, oder aber der Täter vor sich selbst geschützt werden muß, weil er die Bedeutung seines Handelns nicht mehr erkennt. Die Straflosigkeit der Selbstaggression findet ihre Grenzen also dort, wo der Täter seinen eigenen Rechtskreis überschreitet. Die Grenzziehung muß sich daran orientieren, wo der Bereich des allgemeinen Wohls berührt und damit Unrecht gegen einen anderen Menschen begangen wird.

Unverändert umstritten bleibt freilich die Frage, inwieweit trotz einwandfreier Willensbildung des Selbstmordwilligen ein Dritter zur Hilfeleistung verpflichtet ist und sich daher über den Willen des Selbstschädigers hinwegsetzen muß. Beim Arzt etwa geht die Rechtsordnung von einer allgemeinen Garantenstellung für das Leben des Patienten aus. Dem steht ein ernstliches Todesverlangen des Patienten nicht wirksam entgegen, obwohl das geltende Recht den Menschen, die keinerlei Sinn mehr in ihrem Leben erblicken und den Tod ernsthaft und ausdrücklich wünschen, nur die Möglichkeit der Selbsttötung erlaubt (*Eser* 1976, 72). Ein Ausweg könnte sich hier dadurch anbieten, daß der Patient den Arzt in beiderseitigem Einverständnis aus seiner Garantenstellung entläßt.

Literatur

Amelunxen, C.: Der Selbstmord. Hamburg 1962.
Amery, J.: Hand an sich legen. Stuttgart 1976.
Baechler, J.: Tod durch eigene Hand. Frankfurt 1981
Bellebaum, A.: Selbstmord. In: Abweichendes Verhalten. Kriminalität und andere Probleme. Paderborn 1984, 229–250.
Bernspang, E.: Die Telefonseelsorge im Dienst der Selbstmordverhütung. In: Ringel: Selbstmordverhütung, Frankfurt 1981[2], 168–178.
Biener, K.: Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen. Zürich 1984.
Bleuel, H. P.: Alte Menschen in Deutschland. München 1972.
Böcker, F.: Der Einfluß der Religionszugehörigkeit auf Suizid und Suizidversuch. Medizinische Welt 22(1971), 566.
Bottke, W.: Suizid und Strafrecht. Berlin 1982.
Braun, C. (Hrsg.): Selbstmord. München 1971.
Braun, H.-J.: Selbstaggression, Selbstzerstörung, Suizid. Zürich 1985.
Brezovsky, P.: Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens. Stuttgart 1985.
Colla, H. E.: Suizid. In: Eyferth/Otto/Thiersch: Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied u.a. 1984, 1160–1178.
Council of Europe (ed.): Economic Crisis and Crime. Strasbourg 1985.
Dünkel, F., *Rosner*, A.: Materialien zur Entwicklung des Strafvollzuges in der Bundesrepublik Deutschland seit 1970. Freiburg 1981.
Durkheim, E.: Le Suicide (1897). Deutsche Ausgabe hrsg. v. Maus u.a.: Der Selbstmord. Neuwied u.a. 1973.
Eser, A.: Der manipulierte Tod? Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus rechtlicher Sicht. In: Schwartländer: Der Mensch und sein Tod. Göttingen 1976, 61–81.
Ders.: in Schönke/Schroeder: Strafgesetzbuch. München 1982[21], § 216 Rdnr. 1.
Ders.: Sterbewille und ärztliche Verantwortung. MedR 1985, 6.
Farberow, N. L.: Grundlagen der Theorie und Praxis von Selbstmordverhütungsstellen. In: Ringel: Selbstmordverhütung, aaO, 175–194.
Feuerlein, W.: Sucht und Suizid. In: Reimer: Suizid. Berlin u.a. 1982, 43–50.
Fletscher, J.: In Verteidigung des Suizids. In: Eser: Suizid und Euthanasie. Stuttgart 1976, 233–244.
Furger, R.: Unterbringung Jugendlicher und Erwachsener im Sinne der fürsorgerischen Freiheitsentziehung aus psychiatrischer Sicht. Zeitschrift für Vormundschaftswesen 38(1983), 41 ff.
Government of Japan: Paper to The Seventh United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, Milan 1985.
Gores, R.: Suizid als Problemlösung. Düsseldorf 1981.
Gräf, E.: Auffassungen vom Tod im Rahmen islamischer Anthropologie. In: Schwartländer: Der Mensch und sein Tod. Göttingen 1976, 126–145.
Groß, H., *Geerds*, F.: Handbuch der Kriminalistik, Bd. 1, Berlin 1977[10].
Hackl, H.: Bewußte und unbewußte Fehlinformation der Todesursachenstatistik. Das öffentliche Gesundheitswesen 42(1980), 278–280.
Heuer, G.: Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart 1979.

Iberg, G.: Aus der Praxis zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung. SJZ 79(1983), 293 ff.
Jakob, O.: Selbstzerstörung als dynamischer Prozeß und Unmöglichkeit der Erfassung in einem System statistischer Kriterien. In: Braun: Selbstaggression, aaO, 239–255.
Jescheck, H.-H.: Die Behandlung der unechten Unterlassungsdelikte im deutschen und ausländischen Strafrecht. ZStW 77(1965), 109–148.
Kaiser, G.: Die Strafwürdigkeit von Selbstverletzung und Selbsttötung. In: Braun: Selbstaggression, aaO, 219–238.
Ders.: Religion, Verbrechen und Verbrechenskontrolle. In: FS für W. Middendorff, hrsg. v. J. Kürzinger. Bielefeld 1986.
Koller, T.: Die fürsorgerische Freiheitsentziehung und das kantonale Verfahrensrecht (gezeigt am Beispiel des Kantons Luzern). SJZ 78(1982), 53 ff.
Leuenberger, R.: Theologische Überlegungen zum Problem des Suizids und der Selbstaggression. In: Braun: Selbstaggression, aaO, 25–32.
Malchau, J.: Zur Affinität von Drogenkonsum und Suizid. In: Welz/Möller: Bestandsaufnahme der Suizidforschung. Regensburg 1984, 210–218.
Masterson, J., u.a.: The Xamptomatic Adolescent. Psychiatric Illness or Adolescent Turmoil? In: Arch. Gen. Psychiat. 20(1969), 100–109.
Metzger-Pregizer, G.: Suizid. In: Kaiser. G., u.a.: Kleines Kriminologisches Wörterbuch. Heidelberg 1985[2], 464–471.
Middendorff, W.: Kriminologie der Tötungsdelikte. Stuttgart u.a. 1984.
Möller, H.-J.: Das Problem der Inanspruchnahme von Betreuungseinrichtungen für Suizidgefährdete. In: Reimer: Suizid. Berlin u.a. 1982, 129–139.
Müller, R.: Gesellschaft und Selbstzerstörung: Soziokulturelle Rahmenbedingungen selbstschädigenden Verhaltens. In: Braun: Selbstaggression, aaO, 103–124.
Phillips, D. P.: Der Werther-Effekt. Selbstmord und der Einfluß von Suggestion und Imitation. In: Welz/Pohlmeier: Selbstmordhandlungen. Weinheim u.a. 1981, 100–124.
Pohlmeier, H.: Selbstmord und Selbstmordverhütung. München u.a. 1983[2].
Ringel, E.: Selbstmordverhütung. Frankfurt 1981[2].
Ders.: Neue Gesichtspunkte zum präsuizidalen Syndrom. In: Ringel: Selbstmordverhütung, aaO, 51–116.
Ders.: Möglichkeiten der Selbstmordverhütung. In: Ringel, E.: Selbstmordverhütung, aaO, 127–167.
Roman, J.: Freiwillig aus dem Leben. München 1981.
Rutter, M., u.a.: Adolescent Turmoil: Fact or Fiction? Child Psychol. Psychiat. 16(1976), 35–56.
Sack, F.: Abweichendes Verhalten. In: Die moderne Gesellschaft. Wissen im Überblick. Freiburg u.a. 1972, 315–362.
Schmidtke, A., *Häfner*, H.: Anstieg der Suizidhäufigkeit in der BRD – Realität oder Methodenartefakte? In: Welz/Möller: Bestandsaufnahme der Suizidforschung. Regensburg 1984, 13–31.
Sarnecki, J., *Sollenhag*, St.: Predicting Social Maladjustment. Stockholm Boys Grown Up. Stockholm 1985.
Schoeck, H.: Seelische Krankheiten in der Gleichheitsgesellschaft. In: Bergener: Psychiatrie der 80er Jahre. München 1982, 47–50.
Schönke, A., *Schroeder*, H.: Strafgesetzbuch. München 1985[22]

Simson, G.: Die Suizidtat. München 1976.
Solomon, M. I., *Murphy*, G. E.: Cohort Studies of Suicide. In: Sudak u.a. Suicide in the Young. Boston u.a. 1984, 1–14.
Sonneck, G.: Betreuungsmodelle für Suizidgefährdete. In: Reimer: Suizid. Berlin u.a. 1982, 103–116.
Stengel, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Frankfurt 1969.
Ders.: Grundsätzliches zum Selbstmordproblem. In: Ringel: Selbstmordverhütung, aaO, 9–50.
Stober, B.: Suizidale Handlungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Welz/Pohlmeier: Selbstmordhandlungen. Weinheim u.a. 1981, 168–186.
Thomas, K.: Warum weiterleben? Freiburg 1977.
Wellhöfer, P. R.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Stuttgart 1981.
Weltgesundheitsorganisation: Neue Formen des Suizidverhaltens; Bericht über eine WGO-Tagung, Athen 29. 9.–2. 10. 1981. Kopenhagen 1984.
Welz, R.: Selbstmordversuche in städtischen Lebensumwelten. Weinheim u.a. 1979.
Ders.: Drogenkonsum und Alkoholismus als suizidäquivalente Verhaltensweisen. In: Pohlmeier/Schmidtke/Welz: Suizidales Verhalten. Regensburg 1983, 113–123.
Ders.: Destruktive Tendenzen in Gesellschaft und Individuum: Suizid, Drogen und Alkohol. In: Loccumer Protokolle: Sehnsucht nach Leben – Krankheit zum Tode. Tagung vom 28. 4.–1. 5. 1984 Rehburg-Loccum 1984.
Wolfslast, G.: Zur Haftung für Suizide während klinisch-psychiatrischer Therapie. NStZ 1984, 105–109.

Adresse des Verfassers:

Günther Kaiser
Professor an der Universität Zürich
Direktor des Max-Planck-Instituts
für ausländisches und internationales Strafrecht
Günterstalstraße 73
D–7800 Freiburg i.Br.

Résumé

Le suicide – un aperçu international

Le suicide est un problème ubiquitaire. L'expérience nous enseigne qu'il n'existe aucun pays épargné par cet acte portant l'expression la plus extrême d'auto-violence, aucune société qui l'ignore. De l'antiquité à nos jours, des peuples primitifs aux nations les plus civilisées, le suicide est un acte pratiqué occasionellement. On l'a parfois même glorifié.

Le taux du suicide n'a augmenté que très lentement, bien que régulièrement, au cours des siècles derniers, et il est à peine sujet à fluctuations. En Europe, sa répartition révèle une inclinaison nord-est-sud-ouest; sa fréquence augmente avec l'âge et il est plus souvent commis par les hommes que par les femmes. En ce qui concerne la tentative de suicide, la relation se trouve inversée: elle diminue avec l'âge, est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

L'existence d'une zone d'ombre importante rend difficile une analyse plus minutieuse de la répartition et de la fréquence du suicide. De plus, les différentes attitudes du public à l'égard de ce phénomène jouent un rôle primordial. Il existe actuellement un champ de tension d'une part entre la désapprobation sévère du suicide nourrie par des éléments traditionnels et religieux et sa mise en tabou, et d'autre part une attitude libérale influencée par le Siècle des lumières qui met en avant l'autodétermination de l'être humain sur sa propre vie. Les réglementations adoptées par les différents pays reflètent attitudes et positions, et les solutions légales sont le résultat d'une histoire longue et mouvementée. Cependant, si l'on prend en considération le développement plus récent comprenant des problèmes tels que »l'aide active au mourant« ou le »suicide par acomptes« du consommateur de drogue, des contradictions surgissent immédiatement de la réprobation et de la criminalisation.

Le fait que la loi renonce actuellement à infliger des sanctions pénales ne signifie aucunement que celle-ci ait complètement battu retraite en face du problème. Le suicide ne cesse d'être réprouvé moralement, même s'il est toléré en faveur de l'autodétermination. En dépit de certains courants partiels et contraires, il semble que le développement légal progresse au devant de la »tolérance du droit d'autodétermination«. La tendance actuelle est cependant encore bien éloignée d'une »acceptation générale«. Toujours est-il que la rupture avec d'anciens tabous accompagnant le mouvement général ouvre des possibilités nouvelles à la prévention primaire.