

Sonderdruck

Raimund Klesse, Martin Teising, Ute Lewitzka,
Peter Bäurle, Luc Ciompi, Georg Fiedler, Isabella
Justiniano †, Thomas Kapitany, Reinhard Lindner,
Susanne Lippmann-Rieder, Thomas Niederkrotenthaler,
Christa Rados, Barbara Schneider & Manfred Wolfersdorf

Assistierter Suizid und Autonomie – ein Widerspruch?

Das Konzept der »freien« Entscheidung
zum Suizid im Lichte von anthropologischen,
entwicklungspsychologischen und
psychotherapeutisch-psychiatrischen Befunden

Erscheint in:
psychosozial
45. Jg. (2022) Heft III (Nr. 169)



Psychosozial-Verlag

Assistierter Suizid und Autonomie – ein Widerspruch?

Das Konzept der »freien« Entscheidung zum Suizid im Lichte von anthropologischen, entwicklungspsychologischen und psychotherapeutisch-psychiatrischen Befunden

*Raimund Klesse, Martin Teising, Ute Lewitzka, Peter Bäurle, Luc Ciompi, Georg Fiedler,
Isabella Justiniano †, Thomas Kapitany, Reinhard Lindner, Susanne Lippmann-Rieder,
Thomas Niederkrotenthaler, Christa Rados, Barbara Schneider & Manfred Wolfersdorf*

Inhalt

Autonomie lässt sich nur in Bezug auf und mit Hilfe anderer Menschen realisieren	3
Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung	4
Anthropologische Befunde:	
Der Mensch ist von Natur aus ein soziales, kulturell geprägtes und kulturbildendes Wesen	4
Entwicklungspsychologie und Bindungstheorie:	
Autonomieentwicklung braucht Fürsorge und sichere Bindungen	5
Die Bedeutung unbewusster Persönlichkeitsanteile	7
Suizidalität ist Ausdruck einer seelischen Krise	7
Psychodynamik einer suizidalen Entwicklung	7
Suizidalität ist versteh- und bewältigbar	11
Spektrum der Suizidprävention	13
Der assistierte Suizid wird nicht autonom entschieden	15
Auch Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid brauchen ein mitmenschlich verlässliches Gegenüber	15
Bilanzsuizid ist ein unwissenschaftliches Konstrukt:	
Auch der Wunsch nach assistiertem Suizid ist ambivalent	18
Die kulturelle Entwicklung der letzten Jahrzehnte fördert den assistierten Suizid	19
Die (Selbst-)Tötungsrate steigt bei Legalisierung von Euthanasie und assistiertem Suizid	20
Fremdbestimmung statt Selbstbestimmung	22
Freiheit ohne Verantwortung? Assistierte Suizide haben Folgen	23
Zusammenfassung und Ausblick	24
Anmerkungen	27
Literatur	27

Assistierter Suizid und Autonomie – ein Widerspruch?

Das Konzept der »freien« Entscheidung zum Suizid im Lichte von anthropologischen, entwicklungspsychologischen und psychotherapeutisch-psychiatrischen Befunden

Raimund Klesse, Martin Teising, Ute Lewitzka, Peter Bäurle, Luc Ciompi, Georg Fiedler, Isabella Justiniano †, Thomas Kapitany, Reinhard Lindner, Susanne Lippmann-Rieder, Thomas Niederkrotenthaler, Christa Rados, Barbara Schneider & Manfred Wolfersdorf

psychosozial 45. Jg. (2022) Heft III (Nr. 169)
<https://doi.org/10.30820/0171-3434-2022-3-ASps169>
www.psychosozial-verlag.de/ps

Zusammenfassung: In verschiedenen Ländern wird ein »Recht auf assistierten Suizid« angenommen und rechtlich garantiert. Dies wird begründet mit der Annahme, Wünsche nach assistiertem Suizid seien wohlüberlegte, autonome und selbstbestimmte Entscheidungen. Der vorliegende Artikel stellt das vorherrschende Autonomieverständnis anhand grundlegender Erkenntnisse der Anthropologie, Kulturanthropologie, Psychoanalyse, Tiefenpsychologie, Entwicklungspsychologie, Psychiatrie und Psychotherapie infrage. Das Konstrukt der Freiverantwortlichkeit beim assistierten Suizid entspricht nicht der tatsächlichen Entwicklung suizidaler Krisen mit ihren nachvollziehbaren bewussten und unbewussten Motiven. Auch Entscheidungen zum assistierten Suizid erfolgen im zwischenmenschlichen Bezug. Anhand von Beispielen werden Psychodynamik und Therapiemöglichkeiten suizidaler Entwicklungen sowie Aspekte der Suizidprävention dargestellt. Der suizidfördernde Einfluss der Suizidassistenz wird beschrieben. Folgerungen für die Suizidprävention auf individueller Ebene und notwendige Voraussetzungen für die Entwicklung eines antisuizidalen gesellschaftlichen Klimas werden formuliert.

Schlüsselwörter: Autonomie, assistierter Suizid, Bilanzsuizid, Suizidprävention, suizidale Krise

Autonomie lässt sich nur in Bezug auf und mit Hilfe anderer Menschen realisieren

Die Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung werden heute in der kulturellen Entwicklung im Allgemeinen positiv bewertet. In der Medizin hat die Selbstbestimmung des Patienten¹ unter dem Begriff des »informed consent« zur Stärkung einer gemeinsamen Entscheidungs-

findung von Arzt und Patient geführt. In der gesellschaftlichen Debatte aber wurden Autonomie und Selbstbestimmung immer weniger als Werte verstanden, sondern auf die rechtliche Durchsetzung des Patientenwillens im Sinne eines Abwehrrechts reduziert (Maio, 2012, S. 171ff.). In der Diskussion um den assistierten Suizid wird von medial dominanten Befürwortern der Sterbehilfe und juristischen Akteuren der Wille zum Suizid als »freiverantwortlicher Entscheid« deklariert und damit ein

Rechtsbegriff geschaffen, der die Bedeutung der zwischenmenschlichen Realität vernachlässigt. Grundlegende Erkenntnisse der Anthropologie, Kulturanthropologie, Tiefenpsychologie, Entwicklungspsychologie, Psychiatrie und Psychotherapie werden bei den folgenschweren Entscheidungen in Medizin und Recht nicht oder nur wenig berücksichtigt (BVerfG, 2020; VfGH, 2020). Die Folge ist eine gesellschaftliche Entwicklung, in der

»das Weiterleben zu einer Option geworden ist, die wir frei zu wählen haben und in die sich kein anderer einmischen darf [...]. Dass eben das, was der Einzelne will, das, was er in Freiheit entscheidet, letzten Endes in Verbindung damit steht, in welcher Gesellschaft er lebt, wird kaum noch bedacht. Mehr noch: Dass der Einzelne ohne die Gemeinschaft überhaupt nicht befähigt worden wäre, zu entscheiden, ja, ohne sie überhaupt nicht sein könnte, wird als Gedanke immer weiter verdrängt« (Maio, 2016, S. 52).

Der vorliegende Artikel arbeitet heraus, dass die Entstehung von »Autonomie« weit mehr als ein rationaler Vorgang ist und sich Autonomie nur in Bezug auf und mit Hilfe anderer Menschen realisieren lässt. In einem ersten Teil werden anthropologische, entwicklungspsychologische und bindungstheoretische Grundlagen der Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung dargestellt und die Bedeutung des Unbewussten in Bezug auf selbstbestimmte Entscheidungen reflektiert. Dies, weil die kindliche emotionale Entwicklung mögliches späteres Suizidverhalten beeinflusst.

Anhand eines Fallbeispiels wird die Psychodynamik einer suizidalen Entwicklung als verstehbar veranschaulicht und ein möglicher psychotherapeutischer Umgang daraus entwickelt. Auf das umfassende Wissen bezüglich Suizidprävention und bestehender Hilfsangebote wird hingewiesen. Auch der Mensch mit Wunsch nach assistiertem Suizid braucht die Option, einem mitmenschlich verlässlichen Gegenüber zu begegnen und mit diesem Sorgen und Nöte besprechen zu können. Grundlegende Überlegungen zum Bilanzsuizid und der kulturellen und epidemiologischen Entwicklung

schließen sich an, ebenso zu den Folgen für Zurückbleibende und die Gesellschaft als Ganzes. Wie wirkt sich die Haltung des menschlichen Gegenübers, ob »das Leben des anderen wert ist, gelebt zu werden oder nicht«, auf die Betroffenen aus? Aus allen dargelegten Befunden ergeben sich in Bezug auf den Umgang mit dem Thema »assistierter Suizid« Forderungen auf verschiedenen Ebenen, die im Schlusskapitel zur Darstellung kommen.

Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung

Anthropologische Befunde: Der Mensch ist von Natur aus ein soziales, kulturell geprägtes und kulturbildendes Wesen

Die Bedingungen, unter denen sich die anfängliche natürliche Abhängigkeit und Angewiesenheit des Kindes zu späterer Unabhängigkeit und Freiheit entwickeln kann – nichts anderes verstehen wir unter einer gesunden Entwicklung der Persönlichkeit –, sind heute gut erforscht. Anthropologie und Kulturanthropologie, Tiefen- und Entwicklungspsychologie, vertieft durch Ergebnisse der Bindungsforschung, zeigen, dass sich der Mensch in und durch Beziehung entwickelt.

»Zur *conditio humana*^[2] gehört, dass schon die Gründung menschlicher Existenz von anderen abhängt und der Mensch lebenslang in sozialer Bezogenheit lebt. Die Entwicklung eines eigenen Willens geschieht nicht unabhängig von anderen Menschen und der sozialen Umwelt. [...] Die Autonomie des Individuums ist stets eine relationale und relative, um die lebenslang gerungen und die nie vollständig erreicht wird« (DPV-Arbeitskreis zum assistierten Suizid, 2021, o. S.).

Der Mensch kommt also nicht »frei« oder »autonom« zur Welt. Im Vergleich zu den Tieren ist das menschliche Neugeborene in körperlicher und seelischer Hinsicht vollkommen abhängig von seiner sozialen Umgebung, ihrer Pflege,

Zuwendung, Hilfe und Fürsorge. Es muss erst lernen, wie man frei lebt. Der Mensch ist zunächst Geschöpf seiner Kultur (Landmann, 1961; Fromm, 1968; Horney, 1954). Er kann sich dagegen gar nicht wehren und »will« es auch nicht. Genauer betrachtet ist diese große Abhängigkeit während der langen Kindheits- und Jugendphase die evolutionär einzigartige Entwicklungsform des Menschen. Die soziale Sphäre der Kultur trägt das lernfähige, lernbegierige und sehr früh kooperationsbereite Kind und ermöglicht in einem intensiven emotionalen Austausch mit der Sozialumgebung den Aufbau tragender Bindungen und das Erlernen kultureller Werte und Normen. Erziehung und Bildung sind die Hilfe für den heranreifenden jungen Menschen, sich dem Zustand der Selbstständigkeit anzunähern. Wie gut das gelingt, hängt wesentlich von den Bezugspersonen und der sozialen Durchbildung der Kultur ab.

Der Mensch ist von Natur aus ein soziales Wesen. Biologisch gesehen ist die menschliche Existenz angelegt auf das Überleben in der Gruppe und auf die Erhaltung der Art (Darwin, 2002). »Als Nachkommen von höchst sozialen Vorfahren«, hält Frans de Waal (2011, S. 22f.) fest, »leben wir schon immer und ewig in Gruppen. [...] Jeder Zoologe würde unsere Art als notwendigerweise gesellig klassifizieren.« Die gegenseitige Hilfe ist der mächtigste Selektionsfaktor des letzten Drittels der Humanevolution (vgl. Leaky & Lewin, 1978; de Waal, 2011).

Von Anfang an ist das Kind auf ein Du ausgerichtet und strebt mit wachen Sinnen aktiv nach menschlichen Beziehungen. Dies ermöglicht ihm in einem fast 20 Jahre dauernden interpersonalen Lernprozess die Herausbildung des aufrechten Gangs, einer hochdifferenzierten Sprachentwicklung und einer vernunftgemäßen Erfassung der Welt. Der Mensch entwickelt so auf seine soziale und kulturelle Gemeinschaft ausgerichtete Fähigkeiten und eine individuelle Persönlichkeit (Portmann, 1951; Tomasello, 2010; Fonagy & Allison, 2014). Er lernt, zwischenmenschliche Beziehungen eigenständig und frei zu gestalten.

Die Kultur, in die der Mensch hineingeboren wird, stellt ihm ihren gesammelten Schatz

von Erfahrungen, Traditionen und Institutionen zur Verfügung. Das Kind entwickelt in einem Prozess des »reifenden Lernens« oder »lernenden Reifens« (Portmann, 1953) die je individuelle Fähigkeit, eigenständig denken, fühlen und handeln zu können. Auch dies geschieht in Abhängigkeit von der Kultur, mit der er quasi verwoben ist. Als in seiner Lebensführung nicht ausschließlich an Instinkte gebundenes Wesen gestaltet der Mensch mit zunehmendem historischem Bewusstsein und der Ausbildung von Vernunft seine Umwelt und Kultur mit (Landmann, 1961; Fromm, 1955).

Das Erlernen von Eigenständigkeit hängt grundsätzlich von der Ausbildung eines gewissen Maßes an »emotionaler Intelligenz« (Goleman, 1997) ab, auch im Sinne eines »Gemeinschaftsgefühls« (Adler, 1933; Kaiser, 1977). Diese erlaubt dem Individuum, sein Leben zusammen mit seinen Mitmenschen konstruktiv und im Sinne des gemeinsamen Wohls zu gestalten. Insofern sind Eigenständigkeit und Autonomie immer relativ zur Fähigkeit, soziale Bindungen eingehen und gestalten zu können. Die lebenslange menschliche Entwicklung heraus aus Unfreiheit und Abhängigkeit hin zu Autonomie und Freiheit ist dabei weiterhin begleitet von Bindungs-, Beziehungs- und oft auch Abhängigkeitswünschen. Autonomie ist nie absolut und immer ein Ringen um Eigenständigkeit in Verbundenheit wie im Folgenden vertieft wird.

Entwicklungspsychologie und Bindungstheorie: Autonomieentwicklung braucht Fürsorge und sichere Bindungen

Die Psychoanalyse und andere tiefenpsychologische Persönlichkeitstheorien (Freud, Adler u. a.) haben Anfang des 20. Jahrhunderts die Bedeutung der Kindheit für die Entwicklung der Persönlichkeit erkannt. Spitz (1965) und andere haben in den 1940er und 50er Jahren gezeigt, dass die liebevolle Bindung des Kindes an seine Mutter überlebensnotwendig ist. Die Bindungstheorie (vgl. Bowlby, 1988) hat diese Erkenntnis auf der Grundlage von prospektiver

Forschung empirisch fundiert. Anhand einer außerordentlichen Vielfalt von sich ergänzenden Einzeluntersuchungen mittels direkter Beobachtungen der Mutter-Kind-Beziehung hat die moderne Entwicklungspsychologie deren Ergebnisse vertieft und bestätigt (vgl. Grossmann & Grossmann, 2004; Spangler & Zimmermann, 1995). Es entstand ein genaues Bild davon, wie sehr das menschliche Neugeborene an das nachgeburtliche Sozialleben präadaptiert ist, im Sinne einer »weltoffenen« Anlage, wie sie Adolf Portmann (1953) und andere beschreiben. Alles, was das Kind lernt, lernt es im sozialen Wechselspiel mit seinen ersten Bezugspersonen. Es braucht für seine gesunde Entwicklung eine warmherzige, innige und verlässliche Beziehung zur Mutter (oder einer anderen ständigen Bezugsperson), in der beide Erfüllung und Freude finden (Bowlby, 1975). Wenn die Mutter feinfühlig die Signale ihres Kindes wahrnimmt und prompt und angemessen reagiert, entsteht ein Gefühl der Sicherheit (Ainsworth, 1967; Stern, 1977). Der Vater ist als vertrauenswürdiger, starker und weiser Gefährte eine ebenso wichtige Bindungsperson (Grossmann & Grossmann, 2014 [2004], S. 226ff.). Das Kind macht die Erfahrung, auf den anderen Menschen eine Wirkung zu haben, aktiv Aufgaben selbstständig lösen zu können oder auch zuverlässig auf die Hilfe von Mitmenschen vertrauen zu können. Die erste Bezugsperson wird zum Modell der sicheren Basis, von der aus die Welt erkundet werden kann und zum sicheren Hafen, zu dem man zurückkehrt (»secure base from which to explore and as haven of safety to which to return«; Ainsworth, 1969, S. 1006): »Eine gute Beziehungsqualität fördert die kindliche Entscheidungsfähigkeit, seine Selbstbeherrschung, seine geistige Beweglichkeit, seine soziale Kompetenz und eine angstfreie Verfügung über seine intellektuellen Ressourcen, sein Einfühlungsvermögen und seine Beziehungsfähigkeit« (Grossmann, 1985, S. 51). Die Erfahrungen des Kindes über die Stabilität und Qualität der Bindungen in den ersten Lebensjahren verfestigen sich in dem, was Bowlby als »inneres Arbeitsmodell« (*internal working model*) bezeichnete. Dieses beinhaltet Annahmen und Erwartungen gegenüber ande-

ren Menschen, aber auch Annahmen über den eigenen Wert (Selbstwertgefühl), die Fähigkeit, Probleme lösen zu können (Selbstvertrauen), und die Zuverlässigkeit und Hilfsbereitschaft der Mitmenschen.

Die inneren Arbeitsmodelle können durch neuere Beziehungserfahrungen angepasst und verändert werden, Teile bleiben aber oft unbewusst und unverändert bestehen. Menschen mit unsicheren Bindungserfahrungen erwarten in Krisensituationen oft nicht selbstverständlich zuverlässigen Beistand und können weniger gut aktiv Hilfe suchen. Alle Helfer, die mit solchen Situationen zu tun haben, müssen wissen, dass sie hier gefordert sind, den anderen in seiner Isolation emotional zu erreichen, sodass dieser Zuversicht gewinnt (vgl. Rodin & Zimmermann, 2008).

Gemäß dem Modell der menschlichen Entwicklungsphasen Erik H. Eriksons sind Schutz und liebevolle Fürsorge Voraussetzung zur Bildung eines Grund- oder Urvertrauens, das den Menschen auch in späteren Lebensphasen trägt (Eriksson, 1998). Darauf aufbauend folgt die Willensbildung und das Streben nach Selbstständigkeit, also einer Autonomie auf der Basis der Verbundenheit (Grossmann & Grossmann, 2004). In weiteren Phasen des Lebenszyklus entwickelt der Mensch lebensaltersspezifisch seine Ich-Identität weiter. Selbstbestimmtes Handeln setzt eine gelungene Identitätsbildung voraus, in der sich der Mensch der »Verbindung« zu seinen Mitmenschen sicher und seines Selbstwertes bewusst ist, aber auch seine Begrenzung anerkennt. Erikson (1998) beschreibt die Gestalt des seelisch reifen Erwachsenen als die eines Menschen mit einer individuellen Identität, der im Denken und Fühlen mit den Mitmenschen verbunden gern kooperiert. Das heißt auch, dass er sich anvertrauen und in verletzlichen Situationen Unterstützung annehmen kann. Ebenso gehört dazu der natürliche Impuls zum Mitfühlen und zur Hilfeleistung für andere (Tomasello, 2010). Ein Mensch, der in seiner Identität gestärkt ist, sich mit seinen Mitmenschen verbunden fühlt und Probleme des Lebens in Kooperation mit anderen zu lösen gewohnt ist, wird nur in Ausnahmesituationen einen Suizid in Betracht ziehen.

Die Bedeutung unbewusster Persönlichkeitsanteile

Neuropsychologische Befunde bestätigen die Erkenntnisse der Psychoanalyse, dass das Handeln des Menschen ganz wesentlich von unbewussten und »unverstandenen« emotionalen Zielen, Motiven und Haltungen bestimmt ist. Wir sind weniger »Herr im eigenen Haus«, als die Vorstellung des (angeblich) rein rational handelnden »autonomen« Individuums dies suggeriert (Solms, 2021). Tiefenpsychologische Untersuchungen und Behandlungen suizidaler Patienten haben ergeben, dass die Psychodynamik der Suizidalität ganz wesentlich von Verlusten, Kränkungen und Scham und damit verbundener unbewusster Dynamik sowie der ebenso unbewussten Sehnsucht nach einem Zustand von Ruhe und Frieden charakterisiert ist (Henseler, 1990; Rohde et al., 1996; Gerisch et al., 2000; Teising, 2021c; Briggs et al., 2022).

Das Bild des rational abwägenden autonomen Menschen, der frei von Emotionen richtig entscheidet, wenn er alle Faktoren einer Situation kennt, wie das zum Beispiel das heute weithin dominierende Menschenbild des *Homo oeconomicus*³ suggeriert, hält den Befunden der Tiefenpsychologie über die Bedeutung des Unbewussten nicht stand. Die Kriterien der Sterbehilfeorganisationen wie auch die Gesetzgebung zum »selbstbestimmten« Sterben in den Niederlanden, Belgien und anderen Staaten ignorieren die Bedeutung des Unbewussten, jenem entscheidenden Teil der *Conditio humana*, der wohl zu einem der bedeutendsten wissenschaftlichen Befunde des 20. Jahrhunderts zählt. Die Fähigkeit, rational zu entscheiden und zu handeln, steht in engem Zusammenhang mit der Fähigkeit sich und seine inneren Ziele und Motive zu kennen und seine Gefühle beherrschen und lenken zu können, was wiederum abhängt von in frühen Bindungen erworbenen sozialen Fähigkeiten wie Vertrauen, Mitgefühl und Verantwortungsgefühl sowie Kooperation.

Wer dieses Wissen um den Menschen in der Begegnung mit einem Suizidgefährdeten (und das ist auch derjenige mit einem Wunsch

nach assistiertem Suizid) außer Acht lässt, lässt diesen in seiner Not und den oft unbewussten inneren Konflikten allein.

Suizidalität ist Ausdruck einer seelischen Krise

Wie alle Lebewesen ist der Mensch auf das Überleben und die Selbsterhaltung ausgerichtet. Er ist darauf ausgelegt, sich den ständig wechselnden Anforderungen und Lebensaufgaben anzupassen und diese trotz der Unzulänglichkeiten, die jeder Mensch hat, auch zu bewältigen. Im Allgemeinen lernt er, im Leben eine gewisse Balance aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen. Wird das Gleichgewicht aber durch ein oder mehrere schwierige Lebensereignisse oder emotionale Belastungssituationen gestört, kann eine Krise, ein Notstand auftreten (Menninger, 1968; Sonneck et al., 2016).

Psychodynamik einer suizidalen Entwicklung

Wie sich ein Mensch in einer solchen Krise verhält, hängt stark von Dispositionen, Haltungen und Mustern ab, die er auf seinem lebensgeschichtlichen Hintergrund entwickelt hat. Der eine Mensch sucht Wege, anstehende Sorgen und Fragen konkret zu lösen, der andere Mensch verzweifelt daran und kann verschiedene affektive Symptome entwickeln. Oft wird das seelische Gleichgewicht aus eigener Kraft oder durch die Unterstützung von Mitmenschen wiedererlangt. Eine Krise kann sich aber auch zuspitzen, zum Beispiel wenn jemand bereits früher in seiner Persönlichkeitsentwicklung gelernt hat, schwierigen Situationen auszuweichen. Vielleicht schreckt er aus Angst vor einem Versagen zurück, das Problem direkt anzugehen. Vielleicht lebt er mit der Vorstellung, alles perfekt im Griff haben zu müssen, und erlebt das Nichtkönnen beziehungsweise das Etwas-lernen-Müssen als Schwäche. Und nicht zuletzt hängt die Reaktion auf eine äußere Belastung für die einzelne Person davon ab,

welche Bedeutung dieses Ereignis aufgrund lebensgeschichtlicher Erfahrungen und aufgrund der aktuellen sozialen Situation für sie hat (Kapitany, 2019; Stein, 2020; Fiedler et al., 2020).

Konfliktbeladene Familienstimmung, mangelnde Akzeptanz und Wertschätzung, Gewalterfahrungen, Vernachlässigung, Erfahrung von Verlust und Ablehnung oder auch Kränkungen in frühen Entwicklungsphasen können dazu führen, dass ein Mensch zu wenig Vertrauen in sich selbst und seine Mitmenschen entwickelt hat. So kann er auftretende Schwierigkeiten nicht lösen, schätzt auf dem Boden eines erniedrigten oder übersteigerten Selbstwertgefühls Situationen und seine Mitmenschen subjektiv verzerrt ein, hat starke Schamgefühle oder auch Angst, sich mitzuteilen, und sucht die notwendige zwischenmenschliche Verbindung oder Unterstützung nicht. Bei Menschen mit unsicherer Bindung können von Selbstunsicherheit getragene fehlerhafte emotionale Vorannahmen die hilfeschekende Kontaktaufnahme verhindern (Endres & Hauser, 2000). Das kann beispielsweise die Überzeugung sein, dass von den Mitmenschen keine Hilfe zu erwarten sei oder dass das Annehmen von Unterstützung Abhängigkeit bedeute. Auch die Angst, von den Mitmenschen nicht verstanden zu werden, die Annahme, dass diese zur Lösung der Situation gar nichts beitragen könnten oder dass man ihnen zur Last fallen könnte, spielen eine wichtige Rolle.

Das folgende Fallbeispiel⁴ illustriert, dass Suizidalität in einem komplexen Beziehungsgeschehen stattfindet. Es zeigt, wie ein Mensch in einer Belastungssituation auf der Grundlage unbewusster, aus seiner Biografie verstehbarer Gefühle und Befürchtungen sowie unzureichenden Bewältigungsstrategien suizidal werden kann. Exemplarisch wird das psychotherapeutische Therapieangebot dargelegt. Anhand dieses Beispiels werden in einem zweiten Teil Parallelen zum Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid herausgearbeitet.

Herr B., 67 Jahre alt

Der 67-jährige Herr B. wuchs als jüngstes von fünf Geschwistern auf einem Bauernhof mit Milch- und Holzwirtschaft auf. Der Va-

ter erkrankte früh an einer invalidisierenden rheumatischen Erkrankung, sodass Frau und Söhne die Führung des Hofes übernehmen mussten. Schon als kleiner Junge musste Herr B. den Brüdern bei der schweren Waldarbeit helfen, was eine reale Überforderung darstellte. In gefährlichen Situationen erlebte er starke Ängste und wünschte sich, nicht dort sein zu müssen. In der Familie wurde zugepackt, aber nicht viel gesprochen, sodass er mit seinen Gefühlen der Angst und Überforderung allein blieb. So lernte Herr B., seine Emotionen zu unterdrücken, die geforderte Leistung zu erbringen und sich den auch körperlich anspruchsvollen Arbeiten zu stellen. Immer wieder nahm er einen neuen Anlauf, obwohl er oft an die Grenzen seines psychischen und körperlichen Leistungsvermögens geriet. Die Mutter war mit der großen Verantwortung absorbiert, sodass seine Gefühle bei ihr wenig Platz hatten. Nur bei körperlichen Blessuren konnte er gelegentlich etwas klagen, und die Mutter wandte sich ihm zu und versorgte seine Verletzungen. Da sie aber oft ihren Unmut über die mangelnde Hilfe des Vaters zum Ausdruck brachte, nahm er sich dann schnell wieder zusammen und biss sich weiterhin durch. Er berichtete, er habe ihr nicht zur Last fallen und nicht als »schwach« wie der Vater beurteilt werden wollen. Den Vater habe er abgelehnt, da er empfand, dessen Schwäche belaste die Mutter.

Wir haben einen Menschen vor uns, der immer wieder Überforderungssituationen erlebt hat, die er mit Tüchtigkeit und Leistung zu bewältigen versuchte. Die schwierige Situation auf dem Hof und auch die emotionale Absorbiertheit der Mutter haben dazu geführt, dass Herr B. wenig inneren Halt fand. Er hat kaum lernen können, seine Gefühle wahrzunehmen und darüber zu sprechen. Auch geht er nicht davon aus, bei Problemen Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Dass er wenig Bindungssicherheit erlebt hat, hat zu einer gewissen inneren Einsamkeit geführt. Es fehlt ihm daher das beruhigende Gefühl, bei An-

forderungen eine Hand im Rücken zu haben. Vonseiten der Mutter hat er eine Ablehnung der Krankheit des Vaters erlebt, was ihm eine positive Identifikation mit dem Vater erschwert hat. Bei Herrn B. ist so die Vorstellung entstanden, stark zu sein bedeute unabhängig von anderen Menschen zurechtzukommen, Hilfe in Anspruch zu nehmen sei Schwäche. Das führt auch zu einer Überschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit. Er macht stets weiter, auch wenn es eigentlich nicht mehr geht, und ist sogar stolz darauf, keine Hilfe zu benötigen. All diese Gefühlsabläufe und Überzeugungen sind ihm nicht bewusst und laufen automatisiert ab. Wird er darauf angesprochen, verteidigt er diesen »falschen Stolz«. Menschen mit ähnlichen Lebensgeschichten und emotionalen Dispositionen wie Herr B. laufen in schwierigen Lebenssituationen eher Gefahr, in eine Krise zu geraten.

Eine auswärtige Lehrstelle ermöglichte ihm, dem zu Hause empfundenen Druck zu entfliehen. Er war darüber sehr erleichtert. Mit gutem Erfolg konnte er einen Handwerksberuf erlernen, sich beruflich etablieren und eine Familie gründen. Das Gefühl aber, dass das Leben nicht einfach und nur mit übermäßiger Anstrengung zu bewältigen sei, verließ ihn nie ganz. Als er zweimal seine Stelle verlor und als es später nach einer schwierigen Ehe zur Scheidung kam, wurde er von Ängsten und depressiven Stimmungen geplagt. Er raffte sich wieder auf, stützte sich auf seine gute körperliche Verfassung und seine Freude am Sport und fasste aufgrund seiner beruflichen Qualifikation wieder Fuß. Er ging eine neue Beziehung ein und heiratete ein zweites Mal.

Sein junges Erwachsenenalter verläuft, von außen betrachtet, weitgehend problemlos und aktiv. Auf der Beziehungsebene vermeidet Herr B. allerdings tiefere Bindungen und versucht, anstehende Lebensaufgaben allein ohne Einbezug anderer zu lösen. Deswegen befindet er sich oft in einer leichten Anspannung und empfindet das Leben häufig als Kampf. Sowohl die Scheidung als auch die beiden Stellenverluste

te kann Herr B. nicht verhindern. Das führt jeweils zu einer Krise. Seine Vorstellung von einer erfolgreichen Lebensbewältigung mittels Durchhaltestrategien und sein bereits etwas unsicheres Selbstwertgefühl werden bedroht. Darauf reagiert er mit innerem Rückzug, mit Versagensgefühlen und Zukunftsangst. Nach einiger Zeit fasst er sich jedoch wieder und greift auf seine Ressourcen zurück, treibt Sport und findet relativ schnell eine neue Stelle. So gewinnt er ohne professionelle Hilfe seine Balance und Lebensfreude wieder zurück. Sein gut eingeübtes altes Verhaltensmuster, sich allein »durchzubeißen«, funktioniert und er kann weiterhin in seinem »privaten« Sinne stark sein.

Eine entscheidende Wendung in seinem Leben trat ein, als er aufgrund von Umstrukturierungen verfrüht in Pension gehen musste und sich zudem bei einem Skiunfall einen komplizierten Beinbruch zuzog. Nach verschiedenen Komplikationen bei der Behandlung konnte Herr B. nicht mehr Ski fahren und litt bereits bei kleineren Belastungen unter starken Schmerzen. Dadurch fühlte er sich zunehmend verunsichert und es traten starke Versagensängste in Alltagssituationen und diffuse Zukunftsängste auf. Er probierte dennoch »Haltung zu bewahren« und erzählte niemandem, was ihn beschäftigte, insbesondere seiner Ehefrau nicht, da er befürchtete, ihr nicht mehr zu genügen.

Ein Negativspirale beginnt ihren Lauf zu nehmen. Aufgrund mehrerer aktueller Auslöser gerät das individuelle Bewältigungskonzept von Herrn B. ins Wanken. Eine erneute Krise mit Insuffizienzgefühlen und Ängsten baut sich auf. Durch die körperliche Einschränkung und das ungewollte Ende seiner beruflichen Tätigkeit verliert er die Bereiche, in denen er bis dahin tüchtig und stark sein konnte. Dies führt zu einer starken Verunsicherung, die er überspielt, was die Situation verschlimmert. Speziell heikel in dieser Situation ist, dass Herr B. unsicher wird, ob die Beziehung zu seiner Frau nicht gefährdet ist. Wie immer spricht er weder mit ihr

noch sonst jemandem über seine Sorgen. Hätte in dieser Situation jemand die gefühlsmäßige Sackgasse erfasst, in der sich Herr B. befand, zum Beispiel ein Arzt oder Physiotherapeut, ein naher Angehöriger oder auch ein Pfarrer, hätte man möglicherweise bereits hier den Negativkreislauf unterbrechen können.

Ohne seine beruflichen Erfolge und mit den Einschränkungen im Alltag beschäftigte Herrn B. zunehmend, dass er frühinvalid und »zu nichts mehr zu gebrauchen« sei.

Das plagende Gefühl, zu nichts mehr zu gebrauchen zu sein, kann er nicht einordnen, es verstärkt aber seine innere Unruhe.

Trotz Versagensgefühlen versuchte er erneut und wie auch zuvor mit großer Anstrengung, Leistungen zu erbringen, von denen er meinte, dass seine Frau sie erwarten würde: Hilfe im Haushalt, gemeinsamer Sport und Spaziergänge, Enkel hüten. Doch konnte er auch hier häufig seinen Ansprüchen und vermeintlich auch denen seiner Frau nicht genügen. Er hatte das Gefühl, zu langsam zu sein, verlor bei seinen Enkeln die Nerven und verzweifelte an seinen körperlichen Einschränkungen. Er begann, darüber und über seine Schmerzen zu jammern, nahm sich dies dann aber unmittelbar übel. Weiterhin schaffte er es nicht, seine Befürchtungen bei seiner Ehefrau anzusprechen. Schlimme Vorannahmen von negativen Beurteilungen seiner Person und drohendem Verlassenwerden beschäftigten ihn sehr stark. Er fühlte sich zunehmend kraftlos und wurde inaktiv. Wiederholte Versuche, sich wie früher wieder »aufzuraffen« und mit dem »Kopf durch die Wand« zu gehen, scheiterten.

Die Krise spitzt sich weiter zu. Herr B. gerät in eine ambivalente Gefühlsverfassung. Auf der einen Seite möchte er alle Probleme weg haben, auf der anderen Seite ahnt er, dass er dazu allein nicht in der Lage sein wird. Auf seine früheren Ressourcen kann er nicht mehr zurückgreifen, Hilfe kann und will er nicht an-

nehmen. Dies lässt sein Stolz nicht zu. Sein Ich-Ideal beinhaltet, dass er als Mann alles selbst in der Hand behalten muss. Er gerät zunehmend in eine emotionale Einengung. Der ganze gefühlsmäßige Ablauf, der zugrundeliegende Konflikt und seine Haltung des »Ja, aber ...« sind ihm nicht bewusst. Herr B. leidet sehr unter der Situation. Da er sich aber in seinem emotionalen Zustand selbst nicht versteht, ist er seinen Gefühlen letztlich ausgeliefert.

Nun reagierte auch seine Frau ob seines Jammerns immer öfter genervt. Neu empfand Herr B. auch Gefühle von Wut und Ungerechtigkeit, was »man« von ihm alles verlange.

Hier verstärkt sich die emotionale Einengung und es beginnt die Dynamik der suizidalen Entwicklung. Früher konnte Herr B. mit Anstrengung das gehasste Erleben von Schwäche bei sich selbst kompensieren. Jetzt gelingt ihm das immer weniger. Er entwickelt Wut und Aggressionen gegen seine Ehefrau, vor allem aber gegen sich selbst. Auch bei dieser Beziehungsdynamik versteht sich Herr B. nicht. Gerade durch diesen Mangel wird er weiter in die Einengung getrieben.

Zunehmend fehlte Herrn B. die Perspektive, wie er den sich zuspitzenden Konflikt lösen kann.

Dem unerbittlichen Einspruch der Realität, dass er ohne Hilfe nicht weiterkommt, will er sich nicht beugen. Er bleibt bei seinem Stolz. Mit seiner Frau zu sprechen, kommt für ihn weiterhin nicht infrage.

Ihn beschäftigte zunehmend, dass er seiner Frau zur Last falle, was er auf keinen Fall wollte, und er dachte, sie hätte es besser ohne ihn.

Das Gefühl, anderen zur Last zu fallen, ist ein bekannter, mit Suizidalität häufig assoziierter Faktor (z. B. Wachtel & Teismann, 2013). Dies ist eine vorbereitende innere Bewegung in Richtung Suizid.

Jetzt befielen ihn Suizidgedanken: Immer weniger hatte er das Gefühl, noch einen Ausweg aus der Situation zu finden, und er malte sich aus, dass er endlich Ruhe hätte, wenn er aus dem Leben scheiden würde. Er überlegte, wie er dies am besten bewerkstelligen könnte. Er schlief unruhig und die Suizidgedanken wurden drängender.

Erwin Ringel (1985), ein wichtiger Vertreter der modernen Suizidologie, nennt den beschriebenen Verlauf »präsuizidales Syndrom«. Ab einem bestimmten Zeitpunkt der suizidalen Entwicklung erfolgt eine Einengung der Gedankenwelt und des Verhaltens eines Menschen in Richtung Suizid als vermeintlich einzige »Lösung« seiner Probleme beziehungsweise zur Beendigung der inneren seelischen Not. Dazu führen auch eine gegen außen gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression sowie Fantasien von der Ausführung des Suizides. Dem Betroffenen geht das Gefühl für seine eigenen Gestaltungsmöglichkeiten verloren, er erlebt sich als hilflos und ausgeliefert und sieht alles durch eine »schwarze Brille des Pessimismus«. Er zieht sich aus den noch vorhandenen Beziehungen zurück und distanziert sich von früheren Werten und Personen, die ihn im Leben halten. Schließlich wendet er die angestaute, gehemmte Aggression (»ohnmächtige Wut«) gegen sich selbst (Teising, 1992).⁵

Der Suizidale ringt oft über Wochen und Monate mit sich: Soll ich mein Problem mit jemandem teilen? Kann es doch eine Lösung geben? Kann ich mir oder können mir andere meine Fehler verzeihen? Kann ich trotz meiner gesundheitlichen Einschränkungen gut weiterleben? Immer wieder zögert er, mögliche Lösungen umzusetzen und bleibt beim »Ja, aber ...« (Adler, 1933) – ohne wirkliche Konsequenz. Die Verringerung seines Selbstwertgefühls nimmt gefährliche Formen an und der Suizidale erlebt seine vermeintlichen Niederlagen immer schärfer. Diese Ambivalenz besteht bis hin zu einem möglichen Suizidversuch: »Suizidalität [...] lässt sich verstehen als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der die Menschen hoffnungslos und verzweifelt über sich selbst, das eigene

Leben und seine Perspektiven sind und ihre Situation als ausweglos erleben« (Lindner, 2006, S. 42). Suizidales Erleben »ist geprägt durch Gefühle von Ausweglosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und tiefer Verzweiflung. Die Verzweiflung kann auch in Wut, Ärger und Hass umschlagen. Funktionelle psychophysische Symptome wie Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Antriebslosigkeit und allgemeines körperliches Unwohlsein begleiten oft das suizidale Erleben« (Fiedler, 2021, S. 40).

Ringel (1985, 1989) beschreibt, wie viel innere Überwindung es braucht, sich selbst zu töten. Von all den Menschen, die in ihrem Leben einmal an Suizid denken, ist es nur ein geringer Teil, der dies letztendlich in die Tat umsetzt (Wolfersdorf et al., 2015; Monod et al., 2017). Der suizidale Mensch sucht nicht den Tod, sondern einen Zustand von Ruhe und innerem Frieden. Er will nicht »nicht mehr leben«, sondern »nicht mehr so leben« (Teising, 2020, 2021b; Teising & Lindner, 2020). Dabei ist es zu jedem Zeitpunkt der suizidalen Entwicklung möglich, dass sich der Suizidale anders besinnt: oft von selbst, am nachhaltigsten aber durch die Begegnung mit einem unterstützenden Mitmenschen, der das Leben des Suizidalen als lebenswert empfindet, wodurch diesem die Möglichkeit eröffnet wird, aus der Ambivalenz herauszutreten (Lindner et al., 2021).

Erst als die Ehefrau von Herrn B., der die Veränderung ihres Mannes schon länger aufgefallen war, ihn ganz konkret ansprach, überwand sich Herr B. und erzählte ihr von seinem Vorhaben. Auf ihren Vorschlag hin war er einverstanden, sich in der Sprechstunde eines Psychiaters zu melden.

Suizidalität ist versteh- und bewältigbar

Der Umgang mit Suizid beziehungsweise mit dessen Bewertung hat sich über die Zeit verändert. In unserem Kulturkreis besteht heute ein Konsens, dass der suizidale Mensch Verständnis und Hilfe sucht und erhalten soll. Viele

Menschen appellieren mit der direkten oder indirekten Ankündigung eines Suizids an ihre Mitmenschen, damit man ihnen in ihrer Not helfe. Spricht ein Mensch Suizidgedanken an oder besteht die Hypothese, dass solche bestehen, sollte er die Möglichkeit zum Gespräch und gegebenenfalls zur Therapie erhalten, ähnlich wie im Fallbeispiel von Herrn B. beschrieben. An vielen Orten und über vielfältige Zugänge (telefonisch, online, persönlich) wird professionelle Beratung und Therapie angeboten, beispielsweise unter: <https://www.suizidprophylaxe.de/hilfsangebote>, <https://www.reden-kann-retten.ch> oder <https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention> (s. a. Schneider et al., 2021).

Im Gespräch mit dem Psychiater fühlte sich Herr B. angenommen und hatte das Gefühl, sich offen äußern zu können. Obwohl er sich wegen seines »Versagens«, seiner Wutgefühle und seiner suizidalen Absichten schämte, empfand er bei seinem Gegenüber keine Ablehnung oder Wertung, sondern Verständnis für seine schwierige Situation. Auch als er über seine plagenden Schmerzen »jammerte«, erfuhr er vom Arzt Mitgefühl. Der starke Drang, sich das Leben nehmen zu wollen, ließ bereits während des ersten Gesprächs nach.

Meistens ändert der Suizidale seinen Entschluss, wenn ein oder mehrere Gespräche stattgefunden haben, in denen er erlebt, dass ein anderer Mensch ihn in seiner inneren Not und seinem Leid respektvoll und vorbehaltlos annimmt: »Es kommt hier, mehr noch als in jeder anderen Psychotherapie, auf eine intensive und wirklich tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung an. Die Erfahrung lehrt, dass man einen Selbstmordgefährdeten im Allgemeinen in jenem Moment nicht mehr verliert, in dem eine solche Beziehung aufgebaut ist« (Ringel, 1998 [1989], S. 81). Dem Erstgespräch kommt dabei eine kaum zu unterschätzende Bedeutung zu. Fühlt sich der Leidende in seinen Gefühlen verstanden, indem ihm jemand entgegentritt, der sich ihm bedingungslos zuwendet und für ihn »da ist«, auch und gerade wenn er »schwach« ist, kann er wieder Vertrauen fassen und Hoffnung schöpfen

(Maio, 2015a, b). Ein tragendes Arbeitsbündnis beginnt. Nun kann ein Raum entstehen, in dem er ohne Druck seine Gefühle ordnen und mit Hilfe des Gesprächspartners auch bisher nicht bewusste Gefühle wahrnehmen und reflektieren kann und erst dadurch innerlich frei wird und selbstbestimmt entscheiden kann. Die stellvertretende Hoffnung, die ein suizidaler Mensch in der Beziehung zu einem Gesprächspartner erleben kann, lässt ihn erfahren, dass ein anderer an seinen Wert und eine Zukunft glaubt.

In den folgenden Gesprächen berichtete Herr B. von erneuten Suizidgedanken, wenn er sich überlege, dass er sein weiteres Leben mit Schmerzen und ohne Sport verbringen sollte. Auch das Ausscheiden aus dem Beruf konnte er nicht akzeptieren. Die Versuche des Psychiaters, mit ihm andere Perspektiven zu entwickeln, wies er zuerst weit von sich: »Sie haben gut reden. Wenn Sie wüssten, wie schlimm so ein Leben ist, wenn man nicht mehr die einfachsten Dinge vernünftig machen kann. Das ist doch keine Lebensqualität mehr. Auch für meine Frau ist es mit so einem Mann kein Leben.«

Nach der ersten Entlastung zeigt sich, dass Herr B. weiter im Grundmuster seines Erlebens und Verhaltens reagiert, nun auch gegenüber dem Arzt (Übertragung). Die Option, Hilfe anzunehmen, ist Herrn B. unangenehm und er wehrt sich dagegen, eine andere Sichtweise anzuhören oder gar in Betracht zu ziehen. Hier braucht es ein Gegenüber, das die Psychodynamik dieser Abwehr versteht und sich nicht abschrecken lässt, nicht die Zuversicht verliert oder mit anderen eigenen Gefühlen reagiert (Gegenübertragung).⁶ Dies gelingt eher, wenn der Helfer weiß, dass hinter diesen Reaktionen dem Patienten oft nicht bewusste Gefühlsabläufe stehen. Ähnliche Abläufe begegnen allen, die mit Menschen zu tun haben, die in schwierigen Lebens- und Gefühlssituationen stehen.

Herr B. kam weniger gern in die Besprechungen, wurde zunehmend »jammerig« und kreiste um seine pessimistischen Zukunftsvorstellungen. Nach einigen Gesprä-

chen fragte er den Therapeuten etwas unsicher, woher dieser eigentlich die Geduld und Zuversicht habe, sich weiter mit ihm abzugeben.

In der Beziehung zum Arzt erwartet Herr B., dass dieser seine Affekte und wiederkehrenden Suizidgedanken verurteilen und negativ bewerten würde. Dies bringt ihn in einen inneren Konflikt. Er kann aber erleben, dass das Gegenteil von dem passiert, was er erwartet hat. Der Therapeut begegnet ihm zu seinem immer größeren Erstaunen mit kontinuierlichem Interesse, Bejahung und Zuversicht. Nach mehreren Gesprächen wird Herrn B. bewusst, dass seine gesundheitlichen Einschränkungen starke Ängste ausgelöst haben, so wie sein Vater zu »enden« und bewertet zu werden, und dass sein Ideal der Stärke, allein mit allem fertig zu werden, dort seinen Ursprung hat. Der Umstand, den er beim Arzt und später auch bei seiner Ehefrau erleben kann, dass sie die befürchtete negative Bewertung nicht teilen, bewirkt bei ihm eine »emotional korrigierende Erfahrung« (Alexander & Trench, 1946; M. Nestor, 2017).

Ein nicht zu überschätzender Wert dieses Vorgangs besteht darin, dass der Suizidale, vielleicht zum ersten Mal in seinem Leben, gefühlsmäßig erlebt, dass andere Menschen ihn anders sehen und anders mit ihm umgehen, als er erwartet, und dass auch er selbst mit Menschen anders als gewohnt umgehen kann. Der Mensch in der Krise kann so in der Beziehung zu seinem Therapeuten alte, für unlösbar gehaltene Gefühlskonflikte überwinden, indem seine Persönlichkeit durch die korrigierende emotionale Erfahrung gestärkt wird und er mit mehr Selbstsicherheit Lebensaufgaben, an denen er zuvor verzweifelt ist, erfolgreich(er) lösen lernt. Emotional korrigierende Erfahrungen können in allen Beziehungen erlebt werden, sei es in der Arzt-Patient-Beziehung, in Partner- oder Freundschaften und in Beziehungen zu allen, die in helfenden Berufen Verantwortung übernehmen.

Aufgrund der Erfahrungen in den therapeutischen Gesprächen und daraufhin auch in der Partnerschaft zeigte Herr B. zunehmend

die Bereitschaft, seine Vorstellung zu hinterfragen, alles allein lösen können zu müssen. Das ermöglichte ihm, weitere Schritte zu überlegen, neue Perspektiven zu entwickeln und anstehende Lebensaufgaben gemeinsam anzugehen. Seine suizidalen Gedanken traten in den Hintergrund.

Spektrum der Suizidprävention

Georg Fiedler und Kollegen (2020, S. 125) ziehen aus den jahrzehntelangen Erfahrungen des Hamburger Therapiezentrums für Suizidgefährdete (TZS)⁷ folgendes Resümee: »Individuell entwickelt sich Suizidalität in Beziehungen, wirkt sich aus auf Beziehungen und kann in Beziehungen verstärkt, vermindert oder bewältigt werden.« Was der Hilfesuchende für seine individuelle Lebenssituation schließlich braucht, kann auf der Grundlage eines wie zuvor beschriebenen vertrauensvollen Arbeitsbündnisses miteinander entwickelt werden. Oft geht es um Linderung körperlicher Beschwerden und um konkrete Hilfe bei der Lösung von anstehenden Lebensproblemen oder auch um sachkundige Information, um irrationale Ängste aufzulösen und eine realistische Zuversicht zu erwirken. Manchmal braucht es – wie beschrieben – auch eine intensive psychotherapeutische Aufarbeitung. Manchmal ist auch eine Psychopharmakotherapie notwendig. Wie lange dieser Prozess dauert, ist höchst individuell (NasPro, 2020).

Abbildung 1 veranschaulicht mögliche Wege der Entwicklung einer suizidalen Krise. Liegen bereits psychische Erkrankungen wie Depressionen, Psychosen, Angst, Persönlichkeitsstörungen und/oder Suchterkrankungen vor, ist dies mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden. Ob sich aus einem erhöhten Suizidrisiko tatsächlich ein Suizid oder ein Suizidversuch – oder auch ein assistierter Suizid – ergibt, hängt von vielen Faktoren ab, besonders auch von der Reaktion der Umgebung auf die geäußerten Suizidgedanken, den aktuellen Beziehungserfahrungen und dem Erleben von Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit, was die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft betrifft.

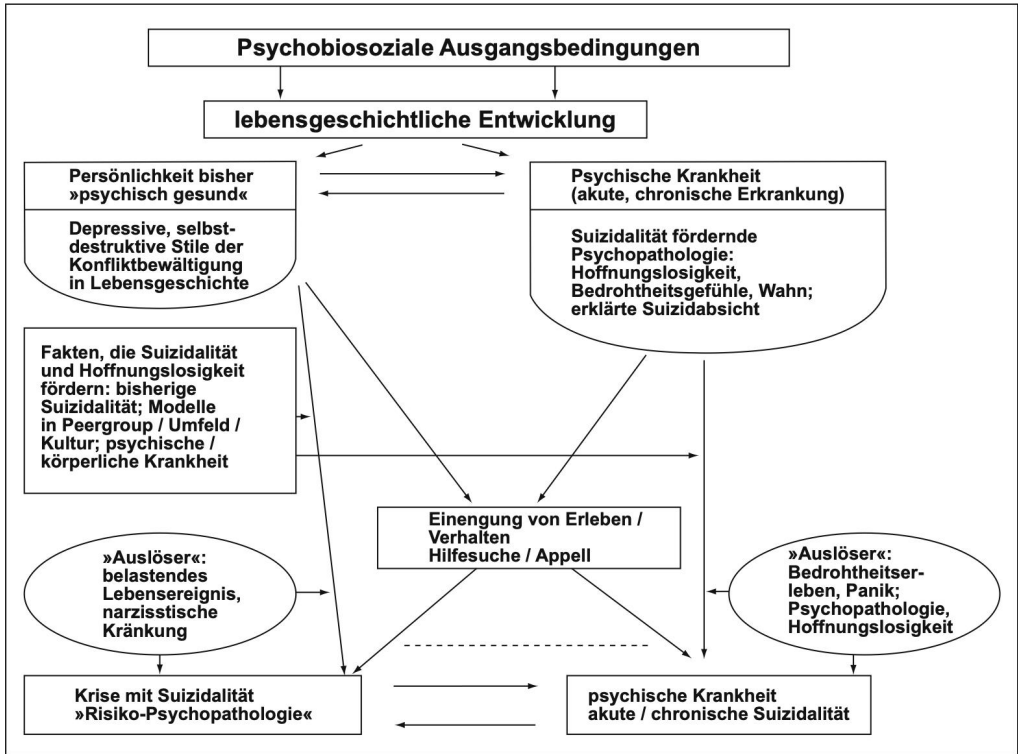


Abb. 1: Komplexes Entwicklungsmodell (nach Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2022 [2011], © Kohlhammer)

Der zum Teil erhebliche Einfluss von medialen, psychosozialen und kulturellen Faktoren, zum Beispiel des Werther-Effekts⁸, ist nachfolgend beschrieben. Auch können erlebte Suizide im näheren Umfeld als Modell wirken und die Suizidalität fördern (Calderaro et al., 2021). Grundsätzlich sind Suizidalität und Suizid komplexe Phänomene und Ergebnis vielfältiger Einflüsse: Suizidprävention stellt zu den jeweiligen Risikofaktoren Interventionen bereit, die auf allen Ebenen der Gesellschaft ansetzen – von der Ebene des Individuums bis hin zur politischen und gesamtgesellschaftlichen Ebene. Die WHO (2014; Übersetzung Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016) legt ihrem Bericht ein sehr weit gefasstes Verständnis von Risikofaktoren auf verschiedenen Ebenen zugrunde: der Gesellschaft, der Kommune, den Beziehungen und dem Individuum. Dementsprechend kann an jedem Schritt des in Abbildung 1 aufgezeigten Prozesses Umkehr und Neuorientierung des Betroffenen weg vom

Suizid erfolgen, sei es aus eigenem Antrieb oder durch Beziehungserlebnisse oder spezifische Interventionen.

Aus der psychotherapeutischen Forschung und der Suizidforschung wurden erfolgreiche Therapie- und Präventionsmodelle entwickelt, darunter auch niederschwellige Kriseninterventionen. Die Inanspruchnahme solcher therapeutischen Angebote können Suizide in der Mehrheit der Fälle vermeiden und auch zukünftige suizidale Verhaltensweisen in einem hohen Ausmaß reduzieren (Sonneck, 2000; Kapitany, 2019; Stein, 2020). Für die unterschiedlichen Bereiche der Prävention wurde die Evidenz dokumentiert: Hier zählt das frühzeitige Erkennen und adäquate Behandeln depressiver Störungen sowie die Methodenrestriktion (Einschränkung der Zugänglichkeit zu Suizidmitteln) zu den Maßnahmen mit der stärksten Evidenz (WHO, 2014; Zalsman et al., 2017). Hierzu gehört die Sicherung von Brücken und anderen Suizidorten (Reisch, 2012). Richard Seiden (1978)

beschrieb, dass von 515 Menschen, die im letzten Moment vom Sprung von der Golden Gate Bridge abgehalten werden konnten, sich in den folgenden 26 Jahren nur 5% suizidierten. Das bedeutet: 95% haben weder mit anderen Methoden noch zu einem anderen Zeitpunkt nochmals versucht, ihr eigenes Leben zu beenden. Rechtzeitige Hilfe hat es ihnen ermöglicht, ihre Lebenssituation nochmals zu überdenken und neu zu bewerten. Das Ergebnis all dieser suizidpräventiven Bemühungen ist an den in den meisten Ländern seit den 1980er Jahren sinkenden Suizidraten zu sehen.

Das Altwerden und einschneidende Veränderungen des Lebens durch Krankheiten oder Unfall stellen oft eine große Herausforderung dar. Bei schweren Erkrankungen und am Lebensende muss der Mensch sich die Zeit nehmen, sich zu seiner Krankheit in ein Verhältnis zu bringen (Maio, 2015a). Oft ist ein schrittweises Vorgehen zur Bewältigung der jeweils aktuellen Probleme notwendig (K. Nestor, 2021). Auch in dieser Lebensphase ist Suizidalität eine Krisensituation und muss unterschieden werden von der Akzeptanz des nahenden Lebensendes. Bei der Entgegennahme der zugrundeliegenden Ängste und Konflikte sowie Hilfe zu deren Bewältigung kann der Mensch auch kurz vor dem Tod noch ganz entscheidende Entwicklungsschritte machen, sein Leben abrunden und in Einklang mit sich und seiner Umgebung sterben (Kruse, 2017, S. 105ff.; Omlin & K. Nestor, 2022; Dopchie, 2022).

Der assistierte Suizid wird nicht autonom entschieden

Auch Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid brauchen ein mitmenschlich verlässliches Gegenüber

Der Wunsch zu sterben ist ein komplexes Phänomen mit individuellen Gründen, Manifestationen und Konsequenzen (Kremeike, 2021). Auch der Wunsch nach assistiertem Suizid kann Verschiedenes bedeuten, sei es ein Ruf nach Hilfe oder Aufmerksamkeit, eine tiefe Entmuti-

gung, Verbitterung oder Verzweiflung. Es kann sein, dass jemand den Wunsch hat, sein Leiden abzukürzen, Angst vor dem Sterben, vor Schmerzen, vor dem Ersticken hat oder die Vorstellung, nie in eine Pflegebedürftigkeit gelangen zu wollen. Viele empfinden es als bedrohlich und inakzeptabel, mit einer Demenz oder einer anderen hirnorganischen Erkrankung zu leben, und halten dies schon in jungen Jahren fest.

Im Grundsatz heißt ein Wunsch nach assistiertem Suizid: »Ich komme mit meiner aktuellen oder erwarteten Lebens- und Leidenssituation nicht zurecht und habe keine Perspektive, wie mein Leben weiterhin lebenswert verlaufen kann.« Der suizidale Mensch erwartet dann eine menschliche Stellungnahme seines Gegenübers und registriert meist sehr genau, wie dieses reagiert. Ist das Gegenüber bereit, sich auf das innere Zerwürfnis des Suizidalen und dessen Zustand einzulassen? Hält dieses sein Leben für wert, weiter gelebt zu werden (Klesse, 2022, 2019a; K. Nestor, 2019)?

Im Gespräch geht es darum, den Betroffenen erst einmal in seinem Leiden ernst zu nehmen und so eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, über die dann Reflexionen über die Geschichte und die Hintergründe möglich sind. Für den Vertrauensaufbau ist es entscheidend, sich nicht wertend sondern respektvoll mit dem Wunsch nach Suizidhilfe auseinanderzusetzen. Das Eintauchen in die Welt des Gegenübers ermöglicht erst, ihn zu verstehen und ihn Wege aus der Enge erfahren zu lassen. So können als unerträglich erlebte Situationen emotional anders erfahren werden (Dopchie, 2022). Reinhard Lindner (et al., 2021, S. 1052) schreibt dazu:

»Um dem [Wunsch nach assistiertem Suizid] zu begegnen, sollten Ärzte eine ärztlich-therapeutische Beziehung anbieten, die psychische Stärkung und zugleich eine Lösung konflikthafter Erlebens inmitten des Leidens ermöglicht. Hilfreiche Beziehungen sind am Ende des Lebens in unserer, das Individuum und seine Rechte betonenden und Gebunden-Sein und Abhängigkeit ablehnenden Gesellschaft zunehmend von Bedeutung.«

Dies gilt auch, wenn es sich um Suizidalität bei einer psychiatrischen Erkrankung, bei körperlichem Leiden oder in einer Lebenskrise handelt. Beziehung und Hilfe kann je nach individueller Situation von verschiedenen Berufsgruppen angeboten werden.

Ob jemand einen assistierten Suizid in Betracht zieht, ist abhängig von der Disposition, die er auf seinem lebensgeschichtlichen Hintergrund entwickelt hat. Herr B. aus dem Fallbeispiel zuvor hatte durch die fachliche Hilfe und die Aussprache mit seiner Ehefrau die Gelegenheit, eine andere Sichtweise auf die von ihm erlebten Defizite und Übertragungsgefühle zu erhalten. In einer psychotherapeutischen Bearbeitung der suizidalen Entwicklung gelang es ihm wieder, seine Rolle als gleichwertiger Ehepartner einzunehmen. Parallel dazu nahmen die depressiven Gefühle und Ängste ab, es war ihm besser möglich, mit seinen Schmerzen und Einschränkungen zurechtzukommen, und er wurde insgesamt ausgeglichener und lebensfroher. Genau dieselbe Option braucht auch ein Mensch, der nach assistiertem Suizid fragt, wie Frau C. im nächsten Fallbeispiel.

Frau C., 82 Jahre alt

Die 82-jährige Frau C. war ihr Leben lang alleinstehend. Sie wohnte noch in der eigenen Wohnung und hatte bis vor Kurzem den Alltag völlig selbstständig bewältigt. Nach einem Oberschenkelhalsbruch war sie wegen ihrer Bewegungseinschränkung auf die Hilfe der ambulanten Krankenpflege angewiesen. Da die Unterstützung nicht ausreichend war, stand ein Eintritt in ein Pflegeheim zur Diskussion. Frau C. hatte ein starkes Autonomiebedürfnis und große Angst davor, von anderen abhängig zu sein. Sie hatte Mühe mit körperlicher Berührung und schämte sich bei Pflegehandlungen wie Körperwäsche und Intimpflege. Sie geriet in einen verzweifelten Zustand und äußerte die Absicht, assistierten Suizid zu begehen. Über eine Nichte kam ein Gespräch mit einem Gerontopsychiater zustande. Sie fühlte sich in ihren Sorgen zwar angenommen, konnte sich aber den vorgeschlagenen Probeaufenthalt in einem ausgesuchten

Pflegeheim nicht vorstellen und besorgte sich die Unterlagen einer Sterbehilfeorganisation. Erst als die Nichte ihr gegenüber deutlich zum Ausdruck brachte, dass sie keinesfalls gewillt sei, ihre Tante schon in den Tod gehen zu lassen, willigte sie in die Probeweche ein. Bei einem Besuch des Psychiaters im Pflegeheim in den nächsten Tagen war sie ganz erleichtert und gerührt über die liebevolle Aufnahme und respektvolle wie sorgfältige Pflege und konnte sich einen definitiven Eintritt ins Heim vorstellen.

Dieses Beispiel zeigt, dass die sehr selbstbestimmte und lebenslang eigenständige Frau sich gar nicht vorstellen kann, dass ein Leben, in dem sie Hilfe und körperliche Pflege annehmen muss, trotzdem lebenswert sein könnte. Auch Vorurteile gegenüber Pflegeheimen, wie sie häufig durch Medien vermittelt werden, spielen eine Rolle. Das Verständnis von Nichte und Psychiater für ihre Sorgen, aber auch das deutliche Empfinden, dass beide eine Lösung für ein gutes Weiterleben sehen, zuversichtlich sind und dass die Nichte klar und sehr emotional zum Ausdruck bringt, wie wichtig die Tante für sie ist, ermöglichen, eine andere Option zu versuchen und eine korrigierende emotionale Erfahrung zu machen. Ab diesem Zeitpunkt ist der assistierte Suizid kein Thema mehr. – Anders im folgenden Beispiel von Frau Meier.

Frau Meier, 84 Jahre alt

In der Schweizer Fernsehsendung *Rundschau* vom 17. Januar 2018 (»Exit für Demente«)⁹ wurde Frau Meier mit beginnender Demenz gezeigt. Es wurde berichtet, dass es mit dem Kurzzeitgedächtnis schon etwas schwierig sei und sie Angst vor dem Fortschreiten der Demenz habe. Sie lebte aber noch selbstständig, wirkte nicht offenkundig depressiv und hatte verschiedene soziale Kontakte. Sie stand in Verbindung mit einer Sterbehelferin, die ihr sagte, dass sie noch vor dem Eintreten von Urteilsunfähigkeit den assistierten Suizid begehen müsse, da dies sonst gesetzlich nicht mehr erlaubt sei. Ihr Enkel und seine Freundin äußern

ten vor der Kamera Verständnis für ihre Angst. Ihr Enkel sagte, er hätte nie versucht, etwas gegen den Sterbewunsch zu unternehmen: »Das ist ihr Wunsch und anders wäre es ja nur eine Qual für sie.« Der Sterbetermin wurde auf Donnerstag festgelegt, obwohl Frau Meier äußerte: »Donnerstag ist schlecht. [...] Da gehe ich immer mit dem Hund der Nachbarn spazieren, und am Nachmittag singe ich im Chor. Könnte ich nicht am Freitag sterben?« Man erfuhr, dass diesem Wunsch offenbar nicht stattgegeben und der assistierte Suizid am von der Sterbehelferin festgelegten Datum durchgeführt wurde.

Hier sind sich alle Beteiligten einig, dass dem Wunsch von Frau Meier nach assistiertem Suizid stattgegeben werden sollte. Für eine erfahrene Fachperson ist unschwer zu sehen, dass der Suizidwunsch deutlich von einer Angst vor der Zukunft getragen ist und dass Frau Meier zwar unter dem Verlust ihres Ehemannes leidet, aber durchaus Freude am Leben hat, soziale Kontakte pflegt und Aufgaben übernimmt. Eine verlässliche Versicherung der Angehörigen, ihr beizustehen, sie zu begleiten und ihr fachliche Unterstützung zukommen zu lassen, fehlt und hätte mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem anderen Verlauf geführt. Allgemein kann man auch davon ausgehen, dass Suizidwünsche im weiteren Verlauf der Demenz verschwinden werden (Schneider et al., 2001). Es ist sehr unwahrscheinlich, dass sich Frau Meier ohne Suizidbeihilfe das Leben genommen hätte. Wie dieses Beispiel zeigt, erleben Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid oft, dass Dritte denken, einschätzen zu können, was für Betroffene ein lebenswertes Leben ist. Auf diesem Hintergrund können sie die Suizidalität hin zum Suizid beeinflussen (s. a. das Kap. »Fremdbestimmung statt Selbstbestimmung«). Sie treffen damit ein Urteil über lebenswertes und lebensunwertes Leben.

Das folgende Fallbeispiel von Herrn D. zeigt, wie der Übergang in eine Pflegebedürftigkeit mit Rollstuhlabhängigkeit, Bettlägerigkeit und Inkontinenz für jemanden unvorstellbar sein kann.

Herr D., 65 Jahre alt

Ein Sozialarbeiter, bei dem im 55. Lebensjahr die Diagnose eines Morbus Parkinson gestellt worden war, formulierte in seinem Auftrag an eine Sterbehilfeorganisation, dass er, sofern die Krankheit einen Umzug ins Pflegeheim erfordere, Suizidasistenz beanspruchen wolle. Beruflich, gesellschaftlich und auch familiär war er gewohnt, anderen behilflich zu sein. Er war der festen Überzeugung, einiges ertragen, eine mögliche Pflegebedürftigkeit jedoch nicht aushalten zu können.

Dieser Mann wandte sich zehn Jahre nach der Diagnosestellung zur Behandlung von Depressionen und Ängsten an eine Psychiaterin. Er litt vor allem unter der zunehmenden körperlichen Verlangsamung und der erschwerten Sprache. Auch sprach er an, er verhindere seiner Ehefrau ein schönes Leben. Sie wäre durch ihn in ihren Lebensvorstellungen, zum Beispiel nun im Pensionsalter größere Reisen und Wanderungen zu unternehmen und kulturelle Anlässe und Diskussionsrunden zu besuchen, sehr eingeschränkt. Er erwähnte seine Anmeldung bei der Sterbehilfeorganisation.

Im Erstgespräch schöpfte er Hoffnung und formulierte, er wolle seine Situation nochmals durchdenken und schauen, ob er mit der fachlichen Hilfe vielleicht nicht doch einen Weg finden könnte, zu sich und seinem Leben »Ja« zu sagen, vielleicht gäbe es auch andere Perspektiven. Er erinnerte sich, wie oft er anderen Menschen in schwierigen Situationen hatte helfen können. Bezüglich seiner Anmeldung bei der Sterbehilfeorganisation war er ambivalent. Sie war getragen von der Vorstellung, durch seine Behinderung das Leben der Ehefrau und der Söhne nicht erschweren respektive ihnen nicht zur Last fallen zu wollen.

Die Behandlung konnte leider nicht fortgesetzt werden, da der Patient einen schweren Unfall erlitt. Die behandelnden Klinikärzte teilten ihm und seiner Ehefrau mit, dass er mehrere Wochen für die komplexe Rehabilitation benötigen und auch in-

kontinent bleiben werde. In der Akutklinik und der anschließenden Rehaklinik könne er nicht für längere Zeit bleiben, es werde sicher eines Aufenthalts in einem Pflegeheim bedürfen. Dies gab ihm Anlass, erneut mit der Sterbehilfeorganisation Kontakt aufzunehmen. Seine Söhne und Ehefrau – sie berichtete der Psychiaterin erst nach dem Tod – gingen innerlich mit seinen Wünschen mit und hatten allesamt die Vorstellung, dass Pflegebedürftigkeit mit Aufgabe der Selbstständigkeit und Verlust der Würde einhergehen würde und dass dies mit dem Leben des Ehemannes/Vaters unvereinbar sei. Der frühere Hausarzt und der Klinikarzt attestierten dem Patienten Urteilsfähigkeit bezüglich des assistierten Suizides. Dieser wurde dann auch vollzogen.

Einen detaillierten Einblick in die Lebensgeschichte konnte die Psychiaterin nicht erhalten. Aufgrund des guten emotionalen Kontakts im Erstgespräch – Herr D. hatte dieses aus eigener Kraft organisiert – ist zu postulieren, dass dieser Verlauf mit Ärzten, die eine vertiefte Auseinandersetzung ermöglicht hätten, anders gewesen wäre.

Bilanzsuizid ist ein unwissenschaftliches Konstrukt: Auch der Wunsch nach assistiertem Suizid ist ambivalent

Heute wird das Konzept des Bilanzsuizids unter den Begriffen der »Wohlerwogenheit« oder des »(Alters-)Freitodes« zur Begründung des assistierten Suizids verwendet. So sprach zum Beispiel das Schweizer Bundesgericht am 9. Dezember 2021 einen Exit-Arzt, der einer gesunden alten Frau Pentobarbital verschrieben hatte, gestützt auf die Annahme eines Bilanzsuizides frei (6B_646/2020). Der Psychiater Alfred Hoche, Mitautor der Schrift *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* (Binding & Hoche, 1920), auf den der Begriff »Bilanzsuizid« zurückgeht, verstand darunter eine Entscheidung, »bei dem in kühler und klarer Besonnenheit alle dafür und dagegen spre-

chenden Gründe abgewogen werden« (Hoche, 1919, S. 28). Ringel (1998 [1989], S. 18) beschrieb eindrucksvoll, dass es einen solchen rein rationalen und sachlich begründeten Bilanzsuizid nicht gebe:

»Es bedarf einer unheimlichen Antriebskraft, um den Selbsterhaltungstrieb auszuschalten. Nur eine hochgradige, dynamische Einengung, also ein gefühlsmäßiger Vorgang, niemals aber bloß rationale ›Überlegung‹ vermag diese freizusetzen. [...] Aus dem Gesagten ergibt sich auch, wie unhaltbar, ja verhängnisvoll irreführend das im Deutschen oft als Synonym für Selbstmord gebrauchte Wort ›Freitod‹ eigentlich ist. Nicht nur wird damit ein Tatbestand falsch beschrieben, sondern diese falsche Qualifikation hat auch für den Zuhörer und Beobachter verhängnisvolle Folgen: Er ist geneigt, den ›freien Willen‹ des Täters zu respektieren, fühlt sich berechtigt, ja sogar verpflichtet, untätig zu bleiben und nicht einzugreifen, um jedem ›seinen Willen zu lassen‹.«

Die Fallbeispiele zeigen die jeder suizidalen Dynamik innewohnende Ambivalenz. Entscheidend ist in allen Fällen die Haltung des jeweiligen menschlichen Gegenübers zum Suizidalen. Ob »das Leben es wert ist, gelebt zu werden oder nicht«, wurde von Albert Camus (2018 [1942], S. 15) als die Grundfrage der Philosophie bezeichnet. Daher kommt es entscheidend darauf an, ob der Suizidale beim Gegenüber Zuversicht im Hinblick auf die Bewältigung der anstehenden Problematik spürt oder von ihm auf dem Weg in den assistierten Suizid bestärkt wird. Die Forschung zur Ambivalenz beim Menschen zeigt, dass beim Suizidalen bis zur letzten Minute ambivalente Gefühle bestehen, die sogenannte »finale Ambivalenz« (Reisch, 2012), sodass immer die Möglichkeit besteht, dass der Suizidale seine Meinung ändert (WHO, 2014; Klesse, 2019b).

Klaus Ernst, damaliger Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, zog bereits 1988 aus den Resultaten der Suizidforschung den Schluss: »Alle Resultate sprechen gegen das Konzept der endgültigen Bilanz und für das Konzept der momentanen Verzweiflung«

(K. Ernst, 1988, S. 201). Andere erfahrene Kliniker und Suizidforscher bestätigten dieses Resultat (Teising, 1992; C. Ernst, 1999; Wächter, 2009; Hatzinger & Mathis, 2011).

Die über Jahrzehnte konstanten Befunde, dass nach einem Suizidversuch etwa 30% einen weiteren Suizidversuch unternehmen und nur circa 5–10% durch Suizid sterben (Owens et al., 2002; Birtwistle et al., 2017) bieten eine solide Grundlage, Suizidabsichten als seelische Notlage zu beurteilen: Betroffene wollen unter den gegebenen oder von ihnen so erlebten Umständen nicht mehr leben; bei einer Veränderung der Situation erstarkt der Lebenswille wieder. Lindner (2020, o.S.) fasst den aktuellen Forschungsstand in seiner Stellungnahme für den deutschen Ethikrat so zusammen:

»Suizidalität ist ein Phänomen, welches sich in menschlichen Beziehungen entwickelt, sich in Beziehungen ereignet und durch Erfahrungen in Beziehungen auch verändert. Nicht die rationale Bilanz sittlich-moralischer Werte beschäftigt suizidale Menschen, sondern eine existentielle Ambivalenz von Gedanken, Gefühlen und Bedürfnissen, die sich in gewissen Lebenssituationen zuspitzen können.«

Die kulturelle Entwicklung der letzten Jahrzehnte fördert den assistierten Suizid

Giovanni Maio (2016, S. 56) schreibt in seinem Artikel: »Der assistierte Suizid als ethische Resignation der Medizin«: »Denn die Entscheidung, sich zu töten[,] oder der Wunsch, der Arzt möge einem dabei helfen, entspringen ja nicht einfach der inneren Persönlichkeit. Sie müssen zugleich als Reaktion, als Widerspiegelung jener Signale gesehen werden, die der Mensch von der Gesellschaft erhält.«

Seit den 1950er Jahren erleben wir in Europa und im angloamerikanischen Raum eine »neue Euthanasiediskussion« (M. Nestor, 2020). Sie begann in den Niederlanden und Belgien und griff seit Anfang der 1990er Jahre auch auf die Schweiz über. Dabei waren die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschen-

rechte und die verschiedener nationaler Gerichte wegbereitend. Die Exponenten einer Liberalisierung der Euthanasie grenzen sich durch ihre Berufung auf Selbstbestimmung und Autonomie von den Vorgängen der 1930er und 40er Jahre ab. Die Medien spielen in dieser Diskussion eine wichtige Rolle. Entgegen den wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Werther-Effekt (Folge- und Nachahmungssuizide, meist ausgelöst durch eine verherrlichende und reißerische Medienberichterstattung; Niederkrotenthaler et al., 2010) betreiben sie seit mehreren Jahrzehnten eine Förderung und Verherrlichung des assistierten Suizids beziehungsweise der Tötung auf Verlangen.¹⁰ In Büchern, Zeitungen und Zeitschriften für alle Bevölkerungsschichten sowie in Dokumentationen, Talk-Sendungen und Spielfilmen wurde und wird das Thema aufgegriffen und zum großen Teil als legitime Form der Bewältigung von Krankheit, Leiden und Alter behandelt. Wissenschaftliche Evidenz für den Werther-Effekt gibt es nicht nur bezüglich Suizidberichterstattung generell, sondern auch hinsichtlich der Berichterstattung über assistierten Suizid (Frei et al., 2003; Niederkrotenthaler et al., 2020). Besonders beim assistierten Suizid werden diese Erkenntnisse konsequent übergangen. Bemerkenswert ist auch, dass das positive Medienpotenzial von Darstellungen, wie Menschen Krisen überwunden haben und Suizidalität bewältigen – wie im Papageno-Effekt beschrieben (Niederkrotenthaler et al., 2022) –, im gesellschaftlichen medialen Diskurs zum assistierten Suizid noch keinen ausreichenden Stellenwert gefunden hat. Dabei ist es mittlerweile nachgewiesen, dass positive Erzählungen von Menschen, die Suizidalität bewältigt haben, Hilfesuchverhalten bei professionellen Einrichtungen fördert sowie die Zahl an Suiziden senkt (Niederkrotenthaler, 2021).

Parallel dazu wird eine öffentliche Kostendiskussion über das Gesundheitswesen geführt, die vor allem alte Menschen, Menschen am Lebensende, aber auch chronisch Kranke als die Hauptkostenfaktoren des Gesundheitswesens identifiziert, sodass ein Druck auf diese entsteht, der jüngeren Generation nicht zur Last zu fallen (Maio, 2016). Dieser Eindruck wird

noch verstärkt, wenn – wie in der Schweiz – Pflegeheime den assistierten Suizid in ihrer Institution ermöglichen (Klesse, 2022).

Wir leben in einer Kultur, in der das Wohlbefinden des Einzelnen und die vermeintliche Unabhängigkeit von anderen Menschen im Zentrum steht. Dies wird unterstützt durch ein vorherrschendes Effizienz- und Machbarkeitsdenken mit der Illusion einer Kontrolle über das Leben bis in den Tod. Die lebenslange Angewiesenheit des Menschen wird häufig negiert respektive nicht reflektiert (s. Kap. »Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung«). Eingeschränktes, behindertes, krankes und altes Leben, zum Beispiel das von Menschen mit Demenz, wird zunehmend als nicht mehr lebenswert angesehen und der assistierte Suizid als das »gute« Ende hochstilisiert. Diese kulturelle Stimmung führt zu einer Entsolidarisierung und die Selbstverständlichkeit der mitmenschlichen Hilfeleistung geht verloren. Auf viele leidende Menschen wird auf diese Weise Druck erzeugt, so nicht weiterleben zu wollen. Vor allem Menschen, die Mühe haben mit dem vermehrten Angewiesensein oder dies ganz ablehnen, machen vor diesem Hintergrund einen Anspruch auf Suizidbeihilfe geltend, entweder sofort oder später zu einem definierten Zeitpunkt. Andere sehen darin eine Entlastung von ihren Befürchtungen in Bezug auf Krankheit und Sterben. Der Anspruch auf Suizidbeihilfe zieht nach sich, dass von anderen erwartet wird, diesen Anspruch zu erfüllen. Ärzte und Pflegende aus Gesellschaften mit fortgeschrittener Ausbreitung von assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen beschreiben die daraus folgende Instrumentalisierung von Ärzten, Pflegenden und Angehörigen (Devos, 2019, 2021, 2022).

Die (Selbst-)Tötungsrate steigt bei Legalisierung von Euthanasie und assistiertem Suizid

Eine aktuelle gesamteuropäische Studie von David Albert Jones (2022) zeigt, dass auf die Einführung von Euthanasie und/oder assistiertem Suizid (EAS) ein beträchtlicher Anstieg

der Gesamtzahl von absichtlich selbst herbeigeführten Todesfällen (*intentional self-initiated death* [ISID]: nichtassistierte und assistierte Suizide und Tötung auf Verlangen) folgt. Die Zahl der nichtassistierten Suizide geht im Vergleich zu Nachbarländern ohne EAS nicht zurück, und in einigen Fällen ist sogar ein relativer und/oder absoluter Anstieg der nichtassistierten Suizide zu verzeichnen. Darüber hinaus zeigen die Daten aus Europa und den USA, dass in Ländern mit EAS Frauen vermehrt dem Risiko eines vermeidbaren vorzeitigen Todes ausgesetzt sind.

Die epidemiologischen Zahlen aus der Schweiz und Oregon zeigen, dass die Zahl der assistierten Suizide in beiden enorm angestiegen ist. So haben sich die assistierten Suizide in der Schweiz zwischen 2010 und 2019 mehr als verdreifacht.¹¹ In Oregon stiegen die assistierten Suizide seit 1998 kontinuierlich an.¹² Gleiches gilt für Tötung auf Verlangen in anderen europäischen Ländern, die diese legalisiert haben.¹³ Auch Tötung ohne Verlangen zeigt eine steigende Tendenz (Pereira, 2011). Abbildung 2 zeigt auch, dass die Legalisierung in der Schweiz im Vergleich zu Österreich die nichtassistierten Suizide nicht vermindert, sondern vielmehr die assistierten Suizide zu einem zusätzlichen massiven Anstieg von Selbsttötungen führen. Mittlerweile gibt es gleich viele assistierte wie nichtassistierte Suizide (Jones, 2022).

Abbildung 3 zeigt anhand Schweizer Daten deutlich, dass die assistierten Suizide vor allem alte Menschen, Männer wie Frauen, betreffen. Die massive Zunahme der Todesfälle älterer Frauen durch assistierten Suizid ist deutlich sichtbar.

Die Behauptung dagegen, assistierte Suizide verhinderten sehr grausam durchgeführte Suizide, lässt sich dabei nicht belegen (Schneider et al., 2021).

Verschiedene Risikofaktoren für die Entstehung von Suizidalität werden durch das Wirken von Suizidhelfern und Sterbehilfeorganisationen noch verstärkt und effektive Suizidprävention damit boykottiert. Die psychopathologisch typische Einengung des Denkens auf die suizidale Handlung wird durch das gemein-

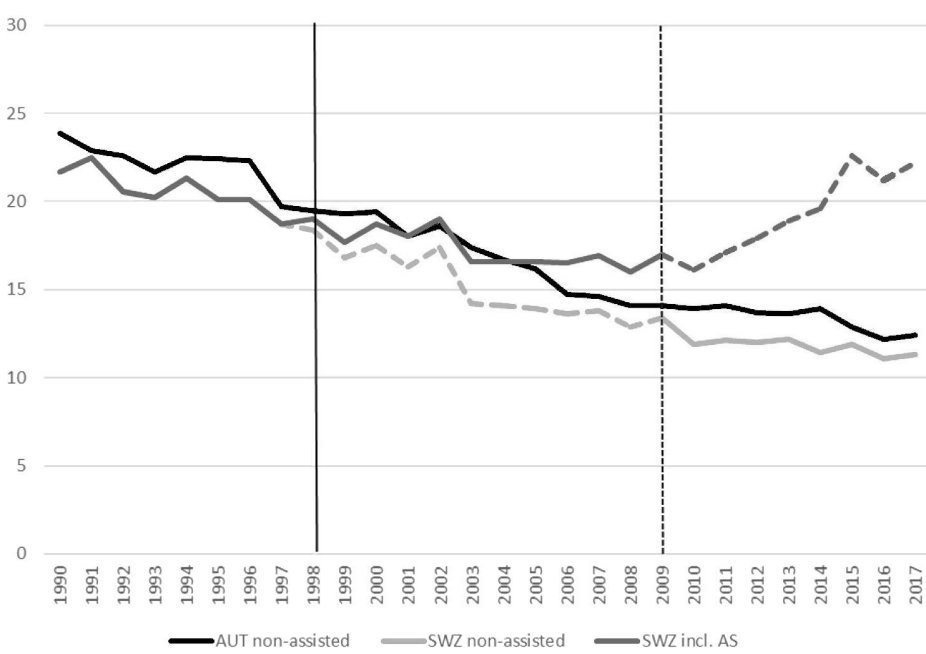


Abb. 2: Nichtassistierte Suizide in Österreich und der Schweiz sowie Suizide (inkl. assistierte Suizide) in der Schweiz (je 100.000 Einwohner) 1990–2017 (Jones, 2022, S. 10)

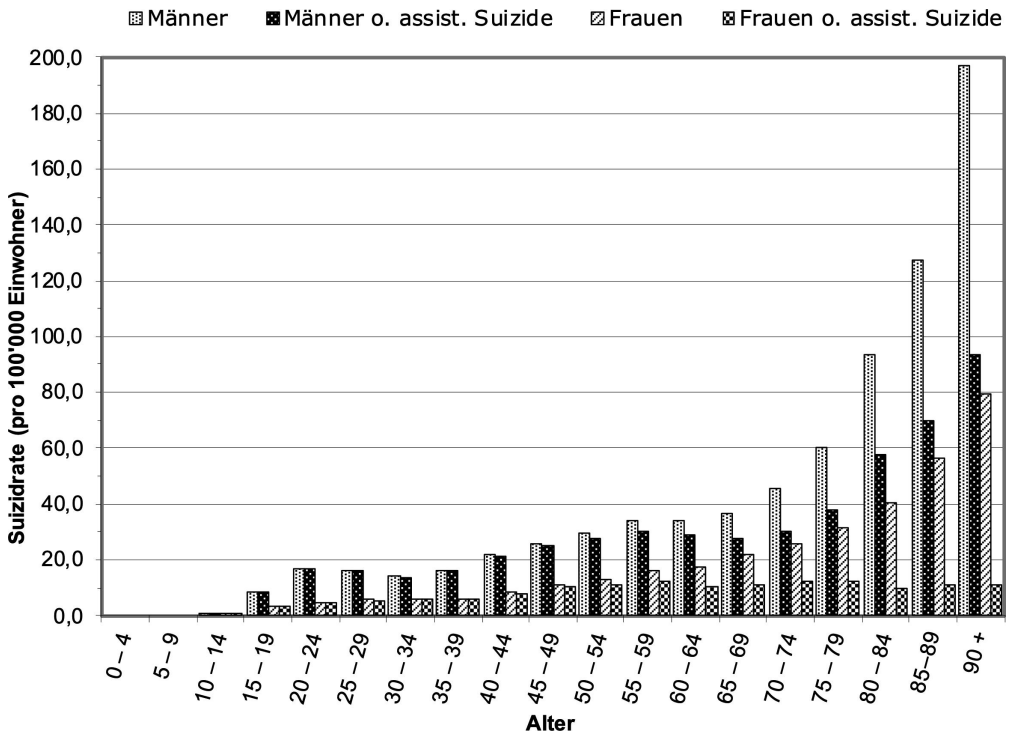


Abb. 3: Suizidraten nach Alter und Geschlecht, mit/ohne assistierte Suizide, Durchschnittswerte für den Zeitraum 2005–2014 (Minder et al., 2018, S. 231)

same Plänen und Vorbereiten der Handlung in der Begleitung durch den Sterbehelfer weiter zugespitzt. Die negative Einstellung in der Gesellschaft, »alt und krank heißt lebensunwert«, wird durch die Legitimierung und Unterstützung zum Suizid bestärkt und das Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens wird bestätigt – bei den betroffenen alten Menschen wie auch bei den Helfenden. Beim assistierten Suizid wird nicht nur das Tötungsmittel zur Verfügung gestellt, sondern dessen Zuführung zusätzlich erleichtert und vorbereitet. Damit wird die Suizidprävention unterlaufen. Dabei zeigt die Suizidforschung übereinstimmend, dass die Verfügbarkeit des Suizidmittels der Hauptrisikofaktor des Suizids ist und dass die Reduktion der Verfügbarkeit von Suizidmitteln sich als eines der wichtigsten suizidpräventiven Mittel erwiesen hat (WHO, 2014; Minder & Harbauer, 2015).

Fremdbestimmung statt Selbstbestimmung

Der assistierte Suizid unterscheidet sich vom nichtassistierten Suizid in einigen wesentlichen Punkten. Der Mensch in Not, der sein eigenes Leben als nicht mehr lebenswert empfindet, trifft auf ein ganzes Unterstützungsnetzwerk für den Weg in den Suizid (Teising, 2021b). Der Suizidale erlebt, dass andere den Suizid für eine Option halten. Damit wird er in seinen lebensverneinenden Gefühlsanteilen bestärkt. Die häufig nicht offen geäußerte Hoffnung auf Lebenshilfe wird enttäuscht.

Wie das Beispiel von Frau Meier exemplarisch zeigt, ist es letztendlich der sogenannte »Dritte«, der Suizidhelfer, der entscheidet, ob und wann er mit der Beihilfe beginnt und den Weg zum Suizid ebnet (Vogt, 2016) oder wie zum Beispiel in den Niederlanden und Belgien auch eine Tötung ausführt (Fenigsen, 1990; Lemmens, 2022; Karplus, 2022). Dabei ist derjenige, der um die Beihilfe zu einem assistierten Suizid gefragt wird, nicht der willenlose Vollstrecker dieses Verlangens. Jeder Mensch trifft eine eigene innere Entscheidung, inwiefern er bereit ist, dem Wunsch des Suizidenten nachzu-

kommen – oder auch nicht. Die Entscheidung für eine Suizidassistenz beinhaltet eine negative Beurteilung des Lebenswerts des anderen und bedeutet eine Mitverantwortung.

Wenn einmal das Prozedere des assistierten Suizides eingeleitet ist, besteht ein Druck auf den Suizidalen und es würde ihn sehr viel Kraft kosten, sich noch umzuentcheiden. Viele Ärzte und Angehörige getrauen sich aufgrund einer falsch verstandenen Autonomievorstellung nicht, sich einem assistierten Suizid entgegenzustellen. Ob die Motivation der professionellen Sterbehelfer tatsächlich uneigennützig ist, wie zum Beispiel der Schweizer §115 StGB verlangt, wird in der Regel nicht untersucht. Dabei wären Motive wie mangelnde therapeutische Erfahrung oder Überforderung, ideologische Zielsetzungen, Größenfantasien, ungelöste eigene Konflikte mit dem Tod oder persönliche Pathologien durchaus denkbar, wie am Beispiel des Sterbehelfers Jack Kevorkian aus den USA deutlich wird (Hartig, 1999).

Die klare und unterstützende Haltung von Sterbehelfern bezüglich einem assistierten Suizid kann in einer ambivalenten Situation die Einengung verstärken, den Suizidalen sehr unter Druck setzen oder manipulativ wirken bis hin zur Suizidförderung (s. Abb. 4). Vorbehaltlose Zustimmung des Helfers wird in der Literatur als Hochrisikosignal beschrieben (Schneider et al., 2011).

Bei der bestehenden Unterversorgung psychisch kranker, besonders älterer Menschen werden subklinische psychiatrische Erkrankungen oft nicht erkannt und diagnostiziert. Ebenso werden Menschen, die sich an eine Sterbehilfeorganisation wenden, meist nicht an einen Psychiater verwiesen. Dies entspricht einer schwerwiegenden Diskriminierung dieser Leidenden, die im Sinne der Gleichberechtigung auch ein Recht auf Diagnose und Behandlung hätten.

Bisher wird in den öffentlichen Diskussionen nicht gefragt, wer die Verantwortung dafür übernimmt, dass Beihilfe zum Suizid legalisiert wird, obwohl die Chancen auf Überleben und Neuorientierung eines suizidalen Menschen mit den heutigen Möglichkeiten, Kenntnissen und Erfahrungen aus der Suizidprävention und

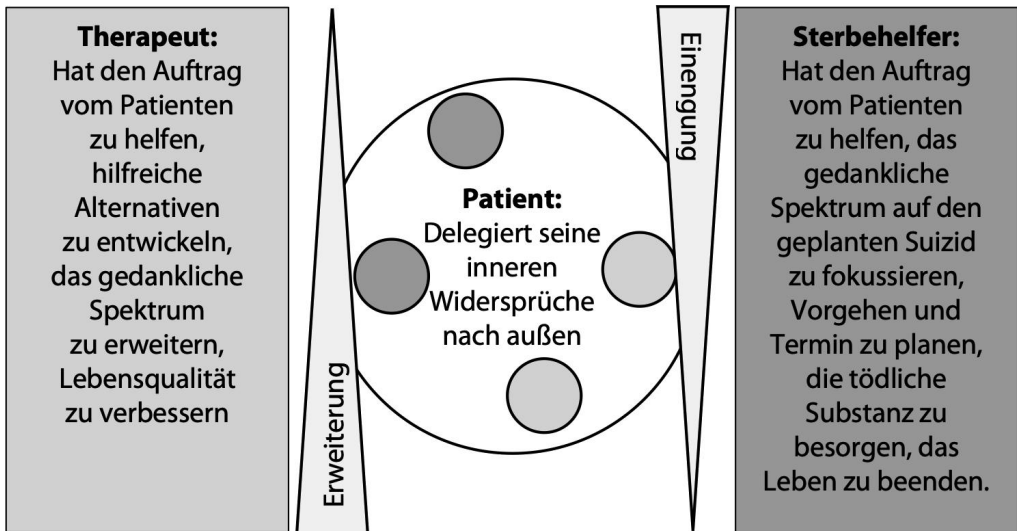


Abb. 4: Sterbe-»helfer« behindern Suizidprävention (mod. n. Minder & Harbauer, 2015, S. 73)

-therapie sehr hoch sind. Ein Medikament zur Heilung einer tödlichen Erkrankung mit einem vergleichbaren Wirkungsgrad wie die Suizidprävention würden alle sofort anwenden wollen.

Freiheit ohne Verantwortung? Assistierte Suizide haben Folgen

Aus der Sozialbezogenheit des Menschen ergibt sich, dass er im Zusammenleben nicht nur Rechte geltend machen kann, sondern auch in Verantwortung gegenüber anderen steht. Dass es psychische Folgen für Suizidhinterbliebene gibt, ist lange bekannt: Suche nach den Gründen für den Suizid (Fragen nach dem Warum), Gefühle der eigenen Verantwortung für den Suizid (Schuldgefühle), Gefühle, vom Suizidenten abgelehnt und verlassen worden zu sein, das Gefühl der Ohnmacht, das Gefühl für den Suizidenten nicht ausreichend wertvoll gewesen zu sein und Gefühle von Stigmatisierung und damit verbundene Scham. Die beruflich Betroffenen reagieren in teilweise ähnlicher Form wie die Angehörigen selbst. Plötzlicher Suizid unterscheidet sich in den Folgen für die Zurückgebliebenen nicht von erwartetem Suizid (Wolfersdorf et al., 2001; Seibl et al., 2001). Diese Folgen sind auch beim assistierten Suizid

zu erwarten. Suizide eines Elternteils sind außerdem ein bedeutender Risikofaktor für Suizide in der nächsten Generation (Ajdacic-Gross, 2015; Calderaro et al., 2021).

Es entspricht dem Stand der Diskussion, dass diese Folgen beim assistierten Suizid bisher nur zögerlich untersucht werden. Angehörige und zum Teil auch Ärzte und Pflegekräfte können sich den Vorgängen um den assistierten Suizid nicht entziehen (Devos, 2019, 2021, 2022; Mathews et al., 2021). Auch wenn sie sich nicht aktiv beteiligen, hat ihre Stellungnahme eine Wirkung auf den Suizidalen. Sie kann den Suizid verhindern oder beschleunigen. Auch müssen sie als direkt oder indirekt Beteiligte den Suizid verarbeiten. Oft gibt es unterschiedliche Meinungen, was nach dem Suizid zu schweren Zerwürfnissen in Familien und Betreuerteams führen kann.

Nina Ribí, die Tochter des früheren Präsidenten der Schweizer Sterbehilfeorganisation Exit, Meinrad Schär, bekam keine Möglichkeit, den assistierten Suizid ihres Vaters zu verhindern, da dieser ihn bewusst vor der Familie geheim gehalten habe. Sie beschreibt dies in einem Interview so:

»Ich empfinde den aktiven Suizid als eine Form von Gewalt, ausgeübt an sich selbst. Jeder Mensch, der so stirbt, hinterlässt Angehörige und

Freunde, die ihr Leben lang mit diesem Gefühl von Gewalt und Schuld klarkommen müssen. [...] Schlussendlich soll jeder selbst entscheiden, wie er gehen will. Man sollte sich aber auch darüber Gedanken machen, dass einer geht und die anderen bleiben, und die müssen ihr Leben lang damit klarkommen« (Blume, 2013, o. S.).

Die Studiengruppe von Birgit Wagner (2012) befragte 85 Familienmitglieder oder enge Freunde 14–24 Monate, nachdem sie einem assistierten Suizid durch die Organisation EXIT beigewohnt hatten. 20% der Befragten wiesen eine vollausgeprägte oder teilweise posttraumatische Belastungsstörung auf, 16% hatten eine Depression und 5% litten immer noch unter starker Trauer wie in den ersten Monaten, einer sogenannten komplexen Trauerreaktion. Posttraumatische Belastungsstörungen traten viermal häufiger auf als in einer vergleichbaren Altersgruppe der Allgemeinbevölkerung, Depressionen um 10% häufiger.

Zusammenfassung und Ausblick

In der suizidalen Krise ist der Mensch nicht frei. Das gilt auch für den assistierten Suizid. Durch unbewusste Gefühle, starke Emotionen und mangelnde Zuversicht, schwierige Lebensfragen lösen zu können, kann ein Mensch in eine seelische Einengung kommen, in der er sich zunehmend damit befasst, seine unbefriedigende Lebenssituation durch Suizid zu beenden. Dabei beschäftigen ihn bis zum Schluss widerstrebende Gefühle, Gefühle der Ambivalenz. Die zugrundeliegende Gefühlslage, die Psychodynamik der sich entwickelnden suizidalen Krise, die dem Betroffenen teilweise selbst nicht bewussten Motive und die Möglichkeit, mit fachkundiger Hilfe mehr Verständnis für sich selbst zu gewinnen und neue Perspektiven zu entwickeln, haben wir anhand von Fallbeispielen auch für den assistierten Suizid beschrieben.

Eine seelische Notlage kann der Mensch vor allem durch die Beziehung mit anderen Menschen überwinden. Das gilt für alle Menschen, unabhängig von Alter und Lebenssitua-

tion. Das Bewältigen von Krisen durch Annehmen von Hilfe und Aufbau von Vertrauen ist fast immer möglich. Die Mehrheit der Befunde aus Suizidforschung, Suizidprävention, Psychotherapie, Psychiatrie wie auch Palliativmedizin zeigt, dass die Erfolgswahrscheinlichkeit, dem Suizidalen helfen zu können, sehr hoch ist.

In verschiedenen europäischen und anglo-amerikanischen Ländern werden assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen propagiert und praktiziert. Grundend auf einem wissenschaftlich unhaltbaren Autonomiebegriff, der die Mainstream-Medien und die gesellschaftliche Diskussion dominiert, werden Selbsttötungs- und Tötungshandlungen als selbstbestimmte, autonome Entscheide dargestellt, ohne dass die innerpsychische Dynamik, der Stellenwert der Beziehungen (Rodriguez-Prat, 2019) und die Einflüsse der Kultur einbezogen werden.

Die Natur des Menschen spricht für das Überlebenwollen. Der Mensch lebt und entscheidet immer mit Bezug auf andere Menschen. Autonomie ohne Verbundenheit gibt es nicht. Zur *Conditio humana* gehört, dass schon die Gründung menschlicher Existenz von anderen abhängt und dass der Mensch über seine gesamte Lebensspanne hinweg in sozialer Bezogenheit lebt und sich in gegenseitiger Hilfe und Kooperation entwickelt. Schutz und liebende Fürsorge sind die Voraussetzung zur Bildung eines Grund- oder Urvertrauens. Emotionale Bindungen sind allerdings kein ausschließlich kindliches Bedürfnis am Lebensanfang, sondern sie und der Wunsch danach sind für das ganze menschliche Leben von zentraler Bedeutung. Tragende emotionale Bindungen haben nichts mit Abhängigkeit zu tun. Eine autonome reife Persönlichkeit kann enge Beziehungen aufnehmen, halten und gestalten. Sie ist in der Lage, anderen emotionalen Rückhalt zu geben. Sie kann sich gefühlsmäßig auf andere Menschen stützen und Hilfe annehmen. Das Maß, zu welchem Grad ein Mensch tragfähige, vertrauensvolle und konstante mitmenschliche Beziehungen gestalten und in ihnen verankert leben kann, ist entwicklungspsychologisch gesehen die Grundvoraussetzung für Autonomie

beziehungsweise für eine Eigenständigkeit im Fühlen, Denken und Handeln – letztlich auch für innere Ruhe, Zufriedenheit und Lebensglück. Bei uns Menschen sind diese Voraussetzungen nicht immer und nicht in allen Lebensphasen gegeben. Gerade in einer suizidalen Krise können neue Beziehungserfahrungen mit einem verstehenden Gegenüber eine korrigierende emotionale Erfahrung ermöglichen und neue Perspektiven eröffnen (K. Nestor, 2022).

Der assistierte Suizid ist keine allgemeine Handlungs- oder Behandlungsalternative. Im Gegenteil. Wenn der Mensch, an den sich ein Suizidaler in seiner Einengung wendet, ihn in seinen Lebenswertzweifeln unterstützt oder gar bestärkt, bringt er diesen in eine doppelt schwierige Situation. Eine Umkehr aus der eingeschlagenen Sackgasse wird verhindert. Das Suizidmittel wird bereitgestellt, ein äußerer Druck aufgebaut. Assistierter Suizid beinhaltet immer die Entscheidung eines Dritten, der den Lebenswert des Suizidalen negativ beurteilt. Er trägt damit eine erhebliche Mitverantwortung. Die Umsetzung von Suizidwünschen zu ermöglichen, anstatt mitzuhelfen, das Leben als Grundlage freier Entscheidungen zu erhalten, ist wissenschaftlich nicht begründbar und ethisch unhaltbar. Die Rechtsorgane derjenigen Staaten, die die Beihilfe zum Suizid legalisieren, übergehen die eindeutigen und auf jahrzehntelanger Erfahrung beruhenden Erkenntnisse aus Suizidforschung und Palliativmedizin.

Wegbereitend für das Vorantreiben der Legalisierung von assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen ist der Zeitgeist in den Ländern des Westens, der den Wert des Lebens, vor allem des kranken und alten Lebens zunehmend geringerschätzt und unzureichend schützt. Die Banalisierung von (Selbst-)Tötungshandlungen führt zu einer Erosion von Solidarität und Mitgefühl.

Dabei gibt es viele Ansätze zur Gestaltung einer Kultur, die dem Suizid entgegenwirkt. Bereits Ringel (1985) erarbeitete konkrete Handlungsanweisungen für ein antisuizidales Klima in der Gesellschaft. Maio (2015a, 2018, 2020) und andere sprechen von einer Medizin der Zuwendung und einer Kultur der Sor-

ge und des Beistandes (IMABE, 2020; Kurt, 2022). Andreas Kruse (2017) hat Rahmenbedingungen für die gelingende Verarbeitung und Bewältigung von Verletzlichkeit vorgeschlagen und beschreibt die Erkennung, Anerkennung und das Lebendig-werden-Lassen von Würde im Alter als Aufgabe von Individuum, Gesellschaft und Kultur. Klaus Dörner (2007) beschrieb den Dritten Sozialraum und schlug neue Hilfesysteme vor. Die Palliative Care arbeitet seit Jahrzehnten erfolgreich nach dem Grundsatz der Begleitung in Würde bis zuletzt (Gronemeyer & Heller, 2021; Lindner & Voltz, 2021). Auch die Care Ethik stellt die Bedeutung von Fürsorge und Beziehung in der Pflege kranker Menschen wieder in den Mittelpunkt (Porz, 2016). Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro), die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und die Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP) haben erneut detaillierte Vorschläge und Forderungen herausgegeben (2021), wie bereits im umfassenden Werk *Suizidprävention Deutschland* (Schneider et al., 2021). Ebenso haben sich die einschlägigen Institutionen in Österreich geäußert, wie das nationale Suizidpräventionsprogramm (SUPRA), die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP, 2020) und die Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS, 2021). In der Schweiz besteht ein Aktionsplan Suizidprävention Schweiz (BAG, 2022) und die Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz (Ipsilon).

Ein gesellschaftliches Klima, das den Wert des menschlichen Lebens würdigt und schützt, eingeschlossen den Wert und die Bedeutung des Alters, und in dem die Bereitschaft besteht, für seinen Mitmenschen Sorge zu tragen und, wenn nötig, auch Fürsorge angedeihen zu lassen, gibt Sicherheit für alle, in schwierigen Situationen und Leid gestützt und begleitet zu werden. Auch in der Palliativversorgung gibt es genügend praktische Beispiele, die zeigen, dass sich suizidale Menschen auch in palliativen Situationen wieder neu orientieren können, wenn ihre Probleme gemeinsam durchgestanden und sie menschlich wie fachlich umfassend

begleitet werden (Sprung et al., 2018). Hoffnung ist dabei eine wertvolle Ressource (Gadebusch-Bondio, 2019). Der Arzt hat – auch am Lebensende – eine besondere Verantwortung, berechnete Hoffnung auf einen Abschluss des Lebens in Würde zu wecken und nicht aus eigener Mutlosigkeit aufzugeben (Klesse, 2022).

Die Auswirkungen der Ökonomisierung in der Medizin, die die Beziehungsmedizin und Pflege einem Renditedenken opfert, darf nicht außer Acht gelassen werden. Wie können kranke und alte Menschen wieder das Gefühl bekommen, dass sie nicht als Kostenfaktor betrachtet werden, der der jüngeren Generation zur Last fällt? Es ist längst fällig, die aufgrund eines einseitig ökonomisch orientierten Denkens in der Medizin eingeführten Änderungen einmal ehrlich auf ihre Konsequenzen zu überprüfen und eine politische Neuausrichtung auf eine wieder mehr am Menschen orientierte Medizin vorzunehmen. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Rolle der Medien in der Förderung (Werther-Effekt), aber auch im Entgegenwirken (Papageno-Effekt) von Suiziden sind gut erforscht. Wissenschaftliche Evidenz gibt es auch spezifisch für die Berichterstattung zum assistierten Suizid. Doch besonders beim assistierten Suizid werden diese Erkenntnisse meist übergangen. Dagegen wird der Papageno-Effekt, das positive Medienpotenzial von Darstellungen, wie Menschen Krisen überwunden haben und Suizidalität bewältigen, viel zu wenig beachtet (Frei et al., 2003; Niederkrotenthaler, 2021; Niederkrotenthaler et al., 2010, 2020, 2022).

Aus den dargelegten Befunden ergeben sich Forderungen auf verschiedenen Ebenen:

- Die Forschungsergebnisse zur Suizidprävention sowie zu assistiertem Suizid und Autonomie müssen von Rechtsprechung, Politik, Ethik und Medien vermehrt beachtet und bekannt gemacht werden. Eine entsprechende gesellschaftliche Neubesinnung ist dringend notwendig.
- Die Gesetzgebung ist verpflichtet, das Wohl und den Schutz des Bürgers zu gewährleisten. Gesetze, die auf unzutreffenden Grundlagen beruhen, sollen hinterfragt und geändert werden.

- Die Erkenntnisse aus der Suizidforschung müssen für alle Disziplinen, die mit assistiertem Suizid zu tun haben, fruchtbar gemacht und obligatorische Ausbildungsinhalte werden.
- Die Suizidprävention muss weiter verstärkt und in die Gesellschaft integriert werden. Dazu bedarf es einer gesetzlichen Verankerung. Sie muss die Prävention des assistierten Suizids integral beinhalten. Entsprechende finanzielle Mittel sollten bereitgestellt werden.
- Der Zugang zu Suizidmitteln sollte erschwert, nicht erleichtert werden.
- Es braucht Forschung zu Menschen, die assistierten Suizid begehen wollen, um dort Hilfestellungen zu leisten, sowie vermehrte Forschung über die Folgen des assistierten Suizids für Angehörige.
- Medien sollen verpflichtet werden, die bereits seit Jahren bekannten ethischen Richtlinien bezüglich der Berichterstattung über Suizide wieder konsequent umzusetzen. Dies gilt auch für die Berichterstattung zum assistierten Suizid.
- Assistierter Suizid ist keine ärztliche und keine pflegerische Aufgabe. Die heilenden Berufe haben eine besondere Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und dem einzelnen Individuum in Not. Eine Instrumentalisierung der Gesundheitsfachberufe zur Durchführung assistierter Suizide ist abzulehnen.
- Assistierte Suizide gehören nicht in die Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens. Diese sollten geschützt werden vor der Verpflichtung, assistierte Suizide zuzulassen oder zu unterstützen.
- Die Hospiz- und Palliativversorgung muss weiter gestärkt und ausgebaut werden. Es besteht die Notwendigkeit einer umfassenden und stetigen Information und Aufklärung der Bevölkerung über Hilfsmöglichkeiten in suizidalen Krisen im Sinne der Suizidprävention sowie für palliative und hospizliche Angebote.
- Finanzielle Mittel für eine adäquate personelle Betreuung und Pflege älterer Menschen zu Hause und in Institutionen sollten

ausreichend zur Verfügung gestellt werden.

- Modelle sorgender Gemeinschaften sollten vermehrt gefördert werden (z. B. Mehrgenerationenhäuser, verbesserte Demenzbetreuung, Nachbarschaftshilfe).

Wir dürfen nicht zulassen, dass unsere westliche Wertegemeinschaft sich dafür entscheidet, »den leidenden Menschen selbst abzuschaffen, anstatt die Gründe für den Verlust des Lebenswillens aus der Welt zu schaffen« (Maio, 2016, S. 51). Das Zulassen des assistierten Suizids basiert auf einem Konstrukt von Autonomie, das den wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht standhält. Das Rüstzeug, suizidaler Not menschlich und fachlich zu begegnen, ist heute vorhanden, es muss nur umgesetzt werden. Dies darf nicht ökonomischen oder ideologischen Zielen geopfert werden. Ist dies nicht der Zeitpunkt, ernsthaft und differenziert die Diskussion darüber aufzunehmen, in welcher Kultur wir und unsere Kinder in Zukunft leben wollen? Mit diesem Artikel möchten wir dazu anregen.

Anmerkungen

- 1 Hier und im Folgenden wird das generische Maskulinum verwendet.
- 2 »Als *conditio humana* [...] bezeichnet man allgemein die Bedingung des Menschseins und die der Natur des Menschen. Sie ist Gegenstand der Philosophie, insbesondere der Philosophischen Anthropologie, sowie verschiedener Wissenschaften wie der Sozialwissenschaften oder der Sozialpsychologie« (https://www.evolution-mensch.de/Anthropologie/Conditio_humana [29.06.2022]).
- 3 Der *Homo oeconomicus* ist ein Menschenbild, das von einem rational entscheidenden und den eigenen ökonomischen Nutzen maximierenden Individuum ausgeht. <https://wpgs.de/fachtexte/wirtschaftspsychologie/der-homo-oeconomicus> (29.06.2022).
- 4 Für die Darstellung nicht relevante personenbezogene Angaben wurden in diesem wie in allen weiteren eigenen Fallbeispielen dieses Textes anonymisiert.
- 5 »Als könne es einen Selbstmord geben, der sich nicht auch gegen andere richtet, in dem er ein Stück lebendige Beziehung und Beziehungsmöglichkeit unwiderlich nimmt« (Teising, 1992, S. 15).
- 6 Nach Menninger & Holzman (1977) sieht man hier das »Dreieck der Einsicht«: Die seelische Bewegung, die Übertragung oder auch Beziehungsgestaltung wird

sichtbar (1) in der therapeutischen Übertragungsbeziehung, (2) in der heutigen Lebensgestaltung des Patienten und (3) in den vom Patienten berichteten bedeutenden Stationen der Lebensgeschichte.

- 7 Im TZS, das zwischen 1990 und 2010 niedrigschwellige Therapie für Suizidgefährdete angeboten hat, haben in den ersten 17 Jahren des Bestehens von 3.000 behandelten Patienten 2.993 keinen Suizid begangen. 75% davon hatten in ihrer Vorgeschichte schwere Suizidversuche.
- 8 Unter dem Werther-Effekt versteht man Folge- und Nachahmungssuizide, meist ausgelöst durch eine verherrlichende und reißerische Medienberichterstattung.
- 9 <https://www.srf.ch/news/panorama/exit-frueher-als-ge-wollt-kann-ich-erst-am-freitag-sterben> (12.07.2022); <https://www.srf.ch/play/tv/-/video/-?urn=urn:srf:video:9666aa10-49af-4f57-ad45-099324e448b4> (12.07.2022).
- 10 Ein Beispiel dafür ist zu finden unter <https://www.han-delszeitung.ch/politik/ansturm-bei-exit-nach-jennys-freitod-700491> (29.05.2022).
- 11 <https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/suizid-und-suizidhilfe> (29.05.2022).
- 12 <https://www.americashealthrankings.org/explore/annual/measure/Suicide/state/OR> (29.05.2022).
- 13 <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committee-s/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports> (29.05.2022); <https://organesdesconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2021> (12.07.2022).

Literatur

- Adler, A. (1977 [1933]). *Sinn des Lebens*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Ainsworth, M.D.S. (1967). *Infancy in Uganda. Infant Care and the Growth of Love*. Baltimore: John Hopkins UP.
- Ainsworth, M.D.S. (1969). Object Relations, Dependency and Attachment: A Theoretical Review of the Infant-Mother-Relationship. *Child Dev.*, 40(4), 969–1025.
- Ajdacic-Gross, V. (2015). Suizid. Generelle Aspekte, Epidemiologie, Risikofaktoren. *Therapeutische Umschau*, 72(10), 603–609.
- Alexander, F. & Trench, T.M. (1980 [1946]). *Psychoanalytic Therapy. Bison Books in Clinical Psychology*. Lincoln: UNP.
- Binding, K. & Hoche, A. (1920). *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*. Leipzig: Felix Meiner.
- Birtwistle, J., Kelley, R., House, A. & Owens, D. (2017). Combination of self-harm methods and fatal and non-fatal repetition: A cohort study. *J Affect Disord.*, 218, 188–194.
- Blume, M. (2013). Sterbehilfe, Suizid und das Leid derer, die bleiben. Interview mit Nina Ribbi, Schweiz. *Spektrum.de*, 21.09.2013. <https://scilogs.spektrum.de/natur-des-glaubens/sterbehilfe-suizid-das-leid-derer-die-bleiben-interview-mit-nina-ribbi-schweiz> (26.05.2022).

- Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.
- Bowlby, J. (2008 [1988]). *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. München: Ernst Reinhardt.
- Briggs, S., Lindner, R., Goldblatt, M.J., Kapusta, N.D. & Teising, M. (2022). Psychoanalysis and the Request for Assisted Suicide. *Int. J. Psychoanal.*, 103(1), 1–32.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2022). Aktionsplan Suizidprävention Schweiz. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.htm#555045530> (12.07.2022).
- Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2020). Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 – Rn. 1–343.
- Calderaro, M., Baethge, C., Bempohl, F., Gutwinski, S., Schouler-Ocak, M. & Hensler, J. (2021). Offspring's risk for suicidal behaviour in relation to parental death by suicide: systematic review and meta-analysis and a model for familial transmission of suicide. *Br. J. Psychiatry*, 220(3), 121–129.
- Camus, A. (2018 [1942]). *Der Mythos des Sisyphus*. 23. Aufl. Hamburg: Rowohlt.
- Darwin, C. (2002). *Die Entstehung des Menschen*. Stuttgart: Alfred Kröner.
- de Waal, F. (2011 [2006]). *Primaten und Philosophen*. München: dtv.
- Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. (DASP) (2021). *Suizidprävention Deutschland, Aktueller Stand und Perspektiven*. Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V.
- Devos, T. (Hrsg.). (2019). *Euthanasie, l'envers du décor. Réflexions et expériences de soignants*. Wavre: Éditions Mols.
- Devos, T. (Hrsg.). (2021). *Euthanasia: Searching for the full story. Experiences and Insights of Belgian Doctors and Nurses*. Cham: Springer.
- Devos, T. (Hrsg.). (2022 i.D.). *Sterbehilfe in Belgien. Erfahrungen, Reflexionen, Einsichten*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Dörner, K. (2007). *Leben und Sterben wo ich hingehöre, Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem*. Neumünster: Paranus.
- Dopchie, C. (2022 i.D.). Die Instrumentalisierung des Arztes. In T. Devos (Hrsg.), *Sterbehilfe in Belgien. Erfahrungen, Reflexionen, Einsichten*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- DPV-Arbeitskreis zum assistierten Suizid (2021). Memorandum der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung zum Urteil des Bundesverfassungsgerichtes über den assistierten Suizid. https://www.dpv-psa.de/fileadmin/downloads/Archiv/Dokumente/2021.24.06_DPV-Memorandum_assisierter_Suizid.pdf (12.07.2022).
- Endres, M. & Hauser, S. (Hrsg.). (2000). *Bindungstheorie in der Psychotherapie*. München: Ernst Reinhardt.
- Erikson, E.H. (1998). *Der vollständige Lebenszyklus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Ernst, C. (1999). Exposé zu neueren epidemiologischen Studien zum Suizid z.H. des Bundesamtes für Justiz der Schweizerischen Eidgenossenschaft. o. A.
- Ernst, K. (1988). *Wen befreit die Freiheit zum Suizid?* In H.-J. Braun (Hrsg.), *Selbstaggression, Selbstzerstörung, Suizid* (S. 195–218). 2. Aufl. Zürich: Artemis.
- Fenigsen, R. (1990). Euthanasie in den Niederlanden. *Issues Law Med*, 6(3), 229–245.
- Fiedler, G. (2021). Suizidalität. Zum Verständnis eines Phänomens. In D. Pörschmann, T. Ahle & R. Lindner (Hrsg.), *Suizid. Let's talk about it!* (S. 34–41). Berlin: Kerber.
- Fiedler, G., Lindner, R., Altenhöfer, A., Gans, I., Gerisch, D., Richter, M. & Götz, P. (2020). Das Hamburger Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete. Suizidalität, Psychotherapie und gesellschaftliche Intervention. *Forum Psychoanal.*, 36(1), 123–139.
- Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380.
- Frei, A., Schenker, T., Finzen, A., Dittmann, V., Kraeuchi, K. & Hoffmann-Richter, U. (2003). The Werther Effect and Assisted Suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 33(2), 192–200.
- Fromm, E. (1989 [1955]). *Wege aus einer kranken Gesellschaft*. 10., überarb. Aufl. Frankfurt/M.: Ullstein.
- Fromm, E. (1991 [1968]). *Die Revolution der Hoffnung*. 2. Aufl. München: dtv.
- Gadebusch-Bondio, M.-C. (2019). Was am Ende zählt. Das Recht auf Hoffnung im Sterben. *Dtsch. Ärztebl.*, 116(26), 1273.
- Gerisch, B., Fiedler, G., Götz, P., Gans, I., Lindner, R. & Richter, M. (2000). »Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab.« Zur psychoanalytischen Konzeption und Behandlung Suizidgefährdeter. In G. Kimmerle (Hrsg.), *Zeichen des Todes in der Therapie* (S. 9–64). Tübingen: ed. diskord.
- Goleman, D. (1997). *Emotionale Intelligenz*. 3. Aufl. München: dtv.
- Gronemeyer, R. & Heller, A. (2021). *Suizidassistentz? Warum wir eine solidarische Gesellschaft brauchen*. Esslingen: Der Hospiz Verlag.
- Grossmann, K. & Grossman, K.E. (2014 [2004]). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K.E. (1985). Die Qualität der Beziehung zwischen Eltern und Kind. *Prax. Psychother. Psychosom.*, 30(1), 44–54.
- Hartig, P. (1999). »Dr. Tod« – Jack Kevorkian. *Imago Homini*, 6(2), 91–93. <https://www.imago.org/imagohominis/imago-hominis-2/1999-euthanasie/dr-tod-jack-kevorkian> (13.07.2022).
- Hatzinger, M. & Mathis, J. (2011). Affektive Störungen im Alter. *SANP*, 162, 179–189.
- Henseler, H. (1990). *Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hoche, A. (1919). *Vom Sterben. Kriegsvortrag, gehalten in der Universität am 6. November 1918*. Jena: G. Fischer.

- Horney, K. (1988 [1954]). *Der neurotische Mensch in unerser Zeit*. Frankfurt/M.: Fischer.
- IMABE (2020). Klares Nein zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung. Für eine Kultur des Beistandes. <https://www.imabe.org/index.php?id=2118> (19.04.2022).
- Jones, D. A. (2022). Euthanasia, Assisted Suicide, and Suicide Rates in Europe. *JEMH*, 11, 1–35.
- Kaiser, A. (1977). *Das Gemeinschaftsgefühl bei Alfred Adler - Ein Vergleich mit Befunden aus Entwicklungspsychologie, Psychopathologie und Neopsychoanalyse*. Dissertation, Universität Zürich.
- Kapitany, T. (2019). Krisenintervention. Erste Hilfe in akuten Krisen aus professioneller Sicht. *Psychiatria Danubina*, 31(4), 479–482.
- Karplus, R. (2022). Der Mensch angesichts von Fragen um Leben, Tod und Sterbehilfe. Patienten, Angehörige und Behandlungsteam. In T. Devos (Hrsg.), *Sterbehilfe in Belgien. Erfahrungen, Reflexionen, Einsichten*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Klesse, R. (2019a). Sorgfalt im Umgang mit Sterben und Tod. *NZZ*, 31.01.2019.
- Klesse, R. (2019b). *Wie wirkt sich Beihilfe zum Suizid (»Sterbehilfe«) in Alters- und Pflegeheimen und psychiatrischen Langzeitinstitutionen aus? Psychiatrische Stellungnahme*. Grüningen: Di Gallo Stiftung.
- Klesse, R. (2022). Wie wirkt sich »Sterbehilfe« in Pflegeeinrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens aus? *Imago Hominis*, (2), 101–112.
- Kremeike, K., Pralong, A., Boström, K., Bausewein, C., Simon, S. T., Lindner, R., Voltz, R. & Working Group on Desire to Die of the German Palliative Care Guideline (2021). Desire to die in palliative care patients – legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany. *Ann Palliat Med*, 10(3), 3594–3610.
- Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg u. a.: Springer.
- Küchenhoff, J. & Teising, M. (Hrsg.). (2022). *Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Kritische Perspektiven auf den assistierten Suizid*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kurt, H. (2022). Ich liebe mein Leben – so wie es ist. *SAEZ*, 103(09), 277–278. <https://doi.org/10.4414/saez.2022.20559>
- Landmann, M. (1961). *Der Mensch als Schöpfer und Geschöpfer der Kultur*. München: Ernst Reinhardt.
- Leaky, R. & Lewin, R. (1978). *Wie der Mensch zum Menschen wurde*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Lemmens, W. (2022). *Sterbehilfe und Selbstbestimmung. Wer leidet, will begleitet werden*. In T. Devos (Hrsg.), *Sterbehilfe in Belgien. Erfahrungen, Reflexionen, Einsichten*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lindner, R. (2006). *Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lindner, R. (2020). Bilanzsuizid. Online-Vortrag an der Öffentlichen Anhörung »Phänomenologie der Sterbe- und Selbsttötungswünsche« des Deutschen Ethikrats, 17.12.2020.
- Lindner, R., Goldblatt, M., Briggs, S. & Teising, M. (2021). Todeswünsche am Ende des Lebens: Häufig ambivalent. *Dtsch. Ärztebl.*, 118(21), A-1050-1051.
- Lindner, R. & Voltz, R. (2021). Todeswünsche. Auszug aus den Leitlinien für Palliativmedizin. *Praxis Palliative Care*, 50(Suppl.).
- Maio, G. (2012). *Mittelpunkt Mensch, Ethik in der Medizin*. 1., korr. Nachd. d. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Maio, G. (2015a). *Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung*. Freiburg: Herder.
- Maio, G. (2015b). Therapieziel Hoffnung. Zur Bedeutung der Hoffnung in einer technisierten Medizin. *ZFME*, 61(3), 257–267.
- Maio, G. (2016). Der assistierte Suizid als ethische Resignation der Medizin. In R. M. Kardinal Woelki, C. Hillgruber, G. Maio, C. von Ritter & M. Spieker (Hrsg.), *Wie wollen wir sterben?* (S. 51–70). Paderborn: Schöningh.
- Maio, G. (2018). *Werte für die Medizin*. München: Kösel.
- Mathews, J. J., Hausner, D., Avery, J., Hannon, B., Zimmermann, C. & Al-Awamer, A. (2021). Impact of Medical Assistance in Dying on Palliative Care: A qualitative Study. *Palliat Med*, 35(2), 447–454.
- Menninger, K. (1968). *Das Leben als Balance. Seelische Gesundheit und Krankheit im Lebensprozess*. München: R. Piper & Co.
- Menninger, K. & Holzman, P. (1977). *Theorie der psychoanalytischen Technik*. Stuttgart: frommann-holzboog.
- Minder J., Ajdacic-Gross, V. & Hepp U. (2018). Alterssuizid. *Swiss Med Forum*, 18(10), 230–235. <https://medicalforum.ch/de/detail/doi/smf.2018.03218> (12.07.2022).
- Minder, J. & Harbauer, G. (2015). Suizid im Alter. *SANP*, 166(3), 67–77.
- Monod, S., Durst, A.-V., Spencer, B., Rochat, E., Mazzocato, C., Frick, E., von Gunten, A., Münzer, T., Quadri, P., Levorato, A., Büla, C., Rubli Truchard, E. & Jox, R. J. (2017). Understanding the wish to die in elderly nursing home residents. www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/lay-summary-final-report-monod.pdf (29.05.2022).
- Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) (2020). Zur möglichen Neuregelung der Suizidassistenz. Brief an Bundesminister Spahn vom September 2020.
- Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro), Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) & Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP) (2021). Suizidprävention muss nachhaltig gefördert werden. <https://www.suizidprophylaxe.de> (12.07.2022).
- Nestor, K. (2019). Töten oder sterben lassen? Die entscheidende Frage der »Sterbehilfe«. In Ev. Landeskirche des Kantons Thurgau (Hrsg.), *Den Weg zu Ende gehen* (S. 80–84). Frauenfeld: Ev. Landeskirche des Kantons Thurgau.
- Nestor, K. (2021). Umgang mit Endlichkeit. *Praxis Palliative Care*, 51, 20–23.
- Nestor, K. (2022). Wunsch nach assistiertem Suizid? Von der Aufgabe, auf der Seite des Lebens zu stehen. *Imago hominis*, (2), 89–99.

- Nestor, M. (2017). Ein »schwieriger« Patient wird zum Mitspieler. Vom Umgang mit Widerständen. *Pers. Psychol. Pädagog.*, (1), 13–25.
- Nestor, M. (2020). Von der Aufgabe, auf der Seite des Lebens zu stehen, Lehren aus einem Vierteljahrhundert »neuer Euthanasie«. *Hippokratische Gesellschaft Schweiz*, 21–47.
- Niederkrotenthaler, T. (2021). Association of Logic's Hip Hop Song 1-800-273-8255 with Lifeline Calls and Suicides in the United States: Interrupted Time-Series Analysis. *BMJ*, 375. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067726>
- Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., Tran, U. S., Voracek, M., Cheng, Q., Arendt, F., Scherr, S., Yip, P. S. F. & Spittal, M. J. (2020). Association between suicide reporting and suicide: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m575>
- Niederkrotenthaler, T., Till, B., Kirchner, S., Sinyor, M., Braun, M. & Pirkis, J. (2022). Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: Systematic review and individual participant data meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*, 7(2), e156–e168.
- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B. & Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide. Werther v. Papageno effects. *Br. J. Psychiatry*, 197, 234–243.
- Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP) (2020, 12.09.). Suizidprävention statt »assistiertem Suizid« [Presseausendung]. https://www.ots.at/presseausendung/OTS_20200907_OTS0115/suizidpraevention-statt-assistiert-em-suizid (29.05.2022).
- Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) (2021, 12.11.). Stellungnahme zum Ministerialentwurf eines Sterbeverfügungsgesetzes (StVFg).
- Österreichischer Verfassungsgerichtshof (VfGH) (2020, 11.12.). »Sterbehilfe« und Mitwirkung am Suizid (G 139/2019).
- Omlin, A. & Nestor, K. (2022). Navigating Difficult Waters: A Cancer journey. *J Clin Oncol.*, 40(8), 911–914. <https://doi.org/10.1200/JCO.21.01838>
- Owens, D., Horrocks, J. & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry*, 181, 193–199.
- Pereira, J. (2011). Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Curr Oncol.*, 18(2), e38–e45.
- Portmann, A. (1951). *Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen*. Basel: Schwabe.
- Portmann, A. (1953). *Das Tier als soziales Wesen*. Zürich: Rhein-Verlag.
- Porz, R. (2016). Ethische Theorien als gedankliche Tools – die Care Ethics. *SAEZ*, 97(7), 262–265.
- Reisch, T. (2012). Wo kann Suizidprävention ansetzen? *Psychiatr Prax*, 39, 257–258.
- Ringel, E. (1985). Das präsuizidale Syndrom. Medizinische, soziale und psychohygienische Konsequenzen. *Hexagon »Roche«*, 13(1), 8–14.
- Ringel, E. (1998 [1989]). *Selbstmord. Appell an die anderen*. 6. Aufl. Gütersloh: Chr. Kaiser.
- Rodin, G. & Zimmermann, C. (2008). Psychoanalytic reflections on mortality: A reconsideration. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 36(1), 181–196.
- Rodriguez-Prat, A., Balaguer, A., Crespo, I. & Monfortero-Royo, C. (2019). Feeling like a burden to others and the wish to hasten death in patients with advanced illness: a systematic review. *bioethics*, 33(4), 411–420. <https://doi.org/10.1111/bioe.12562>
- Rohde, A., Marneros, A., Wedler, H. & Götze, P. (1996). Zur Interaktion von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie bei der Behandlung Suizidgefährdeter. In M. Wolfersdorf & W.P. Kaschka (Hrsg.), *Suizidalität. Die biologische Dimension* (S. 213–227). Heidelberg u. a.: Springer.
- Schneider, B., Lindner, R., Giegling, I., Müller, S., Müller-Pein, H., Rujescu, D., Urban, B. & Fiedler, G. (Hrsg.). (2021). *Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven*. Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention e. V.
- Schneider, B., Maurer, K. & Fröhlich, L. (2001). Demenz und Suizid. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 69(4), 164–169.
- Schneider, B., Sperling, U. & Wedler, H. (2011). *Suizidprävention im Alter. Folien und Erläuterungen zur Aus-, Fort und Weiterbildung*. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Schweizer Bundesgericht (2021). Urteil vom 09.12.2021 (6B_646/2020).
- Seibl, R., Antretter, E. & Haring, C. (2001). Konsequenzen eines Suizids für Personen im Umfeld des Suizidenten. *Psychiatr Prax*, 28(7), 316–322.
- Seiden, R. H. (1978). Where are they now? A Follow-up study of Suicide Attemptors from Golden Gate Bridge. *Suicide Life Threat Behav*, 8(4), 203–216.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1995). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Solms, M. (2021). *The Hidden Spring*. London: Profile Books.
- Spitz, R. (1967 [1965]). *Vom Säugling zum Kleinkind*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sprung, C., Somerville, M. A., Radbruch, L., Collet, N. S., Luttmig, G., Piva, J. P., Antonelli, M., Sulmasy, D. P., Lemmens, W. & Ely, E. W. (2018). Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Emerging Issues From a Global Perspective. *J Palliat Care*, 33(4), 197–203.
- Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G. & Voracek, M. (Hrsg.). (2016). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: facultas.
- Stein, C. (2020). *Spannungsfelder der Krisenintervention. Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stern, D. (1997 [1977]). *Mutter und Kind. Die erste Beziehung*. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2016). Suizidprävention: Eine globale Herausforderung. <http://apps.who>

- int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf?sessionid=DEE68FAE9756DBD2424B3CEDBD303648?sequence=14 (19.04.2022).
- Teising, M. (1992). *Alt und lebensmüde – Suizidneigung bei älteren Menschen*. München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Teising, M. (2020). Assistierter Suizid. Kritische Überlegungen zur Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes zum §217 StGB. *Suizidprophylaxe*, 47, 110–116.
- Teising, M. (2021a). Überlegungen zur Illusion der Selbstbestimmung im Laufe des Lebens. In K. Busch, S. Benz, B. Salfeld & J. Schreiber (Hrsg.), *Figurationen spätmoderner Lebensführung* (S. 221–237). Wiesbaden: Springer VS.
- Teising, M. (2021b). Individualisierung und assistierter Suizid. In S. Grätzel, A. Hilt & M. Reker (Hrsg.), *Eigen- und Fremdverantwortung. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur* (S. 150–163). Freiburg, München: Karl Alber.
- Teising, M. (2021c). Narzissmus und individuelle Autonomie. In V. Blüml & S. Schlüter (Hrsg.), *Me, myself and I. Psychoanalytische Perspektiven zum Narzissmus* (S. 152–163). Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Teising, M. (2021d). Assistierter Suizid- zur Illusion der Selbstbestimmung. In D. Pörschmann, T. Ahle & R. Lindner (Hrsg.), *Suizid, let's talk about it* (S. 80–86). Bielefeld: Kerber.
- Teising, M. & Lindner, R. (2019). Niemand stirbt für sich allein. *FAZ*, 01.10.2019.
- Teising, M. & Lindner, R. (2020). Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zum §217 StGB erschüttert das humanistische Menschenbild. *HÄBL*, 81(4), 237–239.
- Tomasello, M. (2010). *Warum wir kooperieren*. Frankfurt/M.: Ed. Unsel.
- Wachtel, S. & Teismann, T. (2013). Die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens. *Z Klin Psychol Psychother*, 42(2), 96–106.
- Wächtler, C. (2009). Suizidalität älterer Menschen. Erkennen, ernst nehmen, behandeln. *Psychotherapie*, 14(2), 306–314.
- Wagner, B., Müller, J. & Maercker, A. (2012). Death by Request in Switzerland: Posttraumatic Stress Disorder and Complicated Grief After Witnessing Assisted Suicide. *Eur. Psychiatry*, 27(7), 542–546. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.003>
- Wolferdsdorf, M. (2008). Suizidalität. *Nervenarzt*, 79(11), 1319–1336.
- Wolferdsdorf, M. (2012). Suizid und Suizidalität aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. *PiD*, 13(2), 2–7.
- Wolferdsdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2022 [2011]). *Suizid und Suizidprävention*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolferdsdorf, M., Schneider B. & Schmidtke A. (2015). Suizidalität: ein psychiatrischer Notfall, Suizidprävention: eine psychiatrische Verpflichtung. *Nervenarzt*, 86(9), 1120–1129.
- Wolferdsdorf, M., Vogel, R., Kornacher, J., Rupprecht, U., Franke, C. & Wurst, F.M. (2001). Nach dem Suizid eines Patienten – Erfahrungen mit Angehörigen von Suizidenten in der psychiatrischen Klinik. *Psychiatrie Prax*, 28(7), 341–344.
- World Health Organization (WHO) (2014). *Preventing Suicide. A global imperative*. Genf: WHO.
- Vogt, H. (2016). »Entscheid dann treffen, wenn noch Lebensqualität da ist«. *EXIT-Info*, (3), 20f.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Winkler, P., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J.P., Sáiz, P.A., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., Rancăns, E., Hadlaczky, G., van Audenhove, C., Hermesh, H., Sisask, M., Peschayan, A.M., Kapusta, N., Adomaitiene, V., Steibliene, V., Kosiewska, I., Rozanov, V., Courtet, P., Zohar, J. & EESPP-Group by the Expert Platform on Mental Health, Focus on Depression (2017). European Evidence-Based Suicide Prevention Program [EESPP] Group by the Expert Platform on Mental Health, Focus on Depression (2017). Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol.*, 27(4), 418–421.

Assisted suicide and autonomy – a contradiction? The concept of »free« will to commit suicide in context of anthropological, developmental-psychological and psychotherapeutic-psychiatric findings

Abstract: In various countries, a »right to assisted suicide« is postulated and legally guaranteed. This is justified by the assumption that wishes for assisted suicide are well-considered, autonomous and self-determined decisions. This article questions the prevailing understanding of autonomy on the basis of fundamental insights from anthropology, cultural anthropology, psychoanalysis, depth psychology, developmental psychology, psychiatry and psychotherapy. The construct of free will in assisted suicide does not correspond to the actual development of suicidal crises with their comprehensible conscious and unconscious motives. Decisions on assisted suicide are also made in an interpersonal context. Case studies illustrating the psychodynamics and therapy options of suicidal developments as well as aspects of suicide prevention are presented. The suicide-promoting influence of assisted suicide is described. Conclusions for suicide prevention at the individual level and necessary prerequisites for the development of an anti-suicidal social climate are formulated.

Keywords: autonomy, assisted suicide, rational suicide, suicide prevention, suicidal crisis

Die Autorinnen und Autoren

Raimund Klesse, Dr. med., ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, spez. Alterspsychiatrie und -psychotherapie (FMH) in eigener Praxis in Chur.

Martin Teising, Prof. Dr. med., Dr. phil., ist Psychiater und Psychoanalytiker in eigener Praxis in Bad Hersfeld und war bis 2018 Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Universität Berlin.

Ute Lewitzka, PD Dr. med. habil., ist tätig in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus in Dresden.

Peter Bäurle, Dr. med., ist ehemaliger Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Aadorf.

Luc Ciompi, Prof. Dr. med. em., Dr. h. c., ist ehemaliger ärztlicher Direktor der sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern.

Georg Fiedler, Dipl.-Psych., arbeitet in der Deutschen Akademie für Suizidprävention und war tätig im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Isabella Justiniano, Dr. med., war Chefärztin in der Alterspsychiatrie und -psychotherapie des Spitals Wallis, Monthey, und Mitinitiatorin. Sie verstarb leider im Oktober 2021.

Thomas Kapitany, Prim. Dr. med., ist ärztlicher Leiter des Kriseninterventionszentrums Wien und Vorstandsmitglied der österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention.

Reinhard Lindner, Prof. Dr. med., ist tätig am Institut für Sozialwesen des Fachbereichs Humanwissenschaften der Universität Kassel.

Susanne Lippmann-Rieder, Dr. med., ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (FMH) und in eigener Praxis in Uetikon am See tätig.

Thomas Niederkrotenthaler, Assoz.Prof. Dr. med., ist tätig an der Medizinischen Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung Sozial- und Präventivmedizin, Unit Suizidforschung & Mental Health Promotion, und Vize-Präsident der International Association for Suicide Prevention IASP.

Christa Rados, Dr. med., ist Vorstand der Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin im LKH Villach und Past president der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

Barbara Schneider, Prof. Dr. med., M.Sc., ist Chefärztin der LVR-Klinik Köln.

Manfred Wolfersdorf, Prof. Dr. med., Dr. hc., ist tätig an der Universität Bayreuth und war Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik.

Kontakt

Für Deutschland:
teising@t-online.de

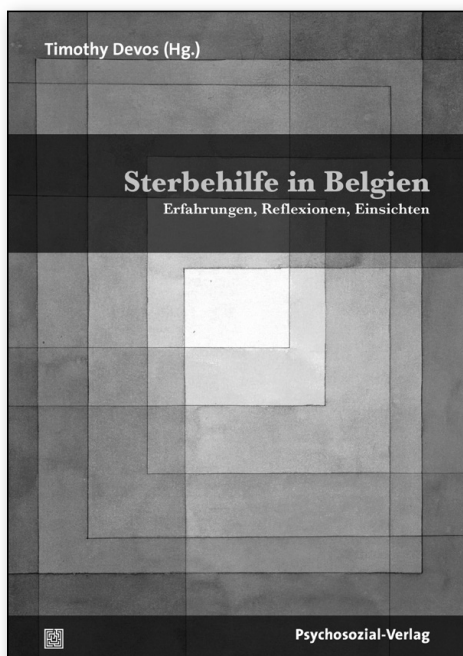
Für Österreich:
thomas.kapitany@kriseninterventionszentrum.at

Für die Schweiz:
r.klesse@bluewin.ch



Timothy Devos (Hg.)

Sterbehilfe in Belgien Erfahrungen, Reflexionen, Einsichten



ca. 170 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-3165-5
Erscheint im September 2022

Seit 2002 ist die aktive Sterbehilfe in Belgien unter bestimmten Voraussetzungen gesetzlich zulässig. Die Entkriminalisierung der Sterbehilfe hatte zum Ziel, die Selbstbestimmung Todkranker in den Mittelpunkt zu stellen. Mit der steigenden Verbreitung in den vergangenen 20

Jahren ist sie zunehmend zu etwas »Normalem« geworden. Dieser »Normalität« stellen sich Mediziner*innen und Pflegekräfte aus verschiedenen Fachbereichen, wie Onkologie, Palliativversorgung, Psychiatrie, entgegen. Sie kritisieren, dass die Bevormundung im Hinblick auf die Frage, wie behandelt werden soll, durch die Bevormundung, ob eine Person leben oder sterben soll, ersetzt wurde.

Ärzt*innen und Pflegendе berichten von ihren Erfahrungen, stellen kritische Fragen und schlagen Alternativen vor. Sie wollen Missbräuche verhindern sowie vereinfachte Vorstellungen durchbrechen. Die Darstellungen dieser Praktiker*innen enthalten konkrete Beispiele aus ihrer Praxis, die den Lesenden die Komplexität der Situationen und die konkreten Folgen des Sterbehilfegesetzes vor Augen führen, aber auch aufzeigen, wie Menschen am Lebensende bis zuletzt würdig begleitet werden können. Das Buch richtet sich nicht nur an medizinisches Fachpersonal, sondern auch an Jurist*innen, Politiker*innen und an alle Menschen, die sich über den Sinn des Todes und des Leidens Gedanken machen, und auch über eine Realität mit aktiver Sterbehilfe.



Joachim Küchenhoff, Martin Teising (Hg.)

Sich selbst töten mit Hilfe Anderer Kritische Perspektiven auf den assistierten Suizid



2022 · 275 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-3171-6

Nachdem das gesetzliche Verbot der Suizidbeihilfe vom Bundesverfassungsgericht aufgehoben wurde, steht in Deutschland eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids bevor. Wird damit der Suizid zu einer gesellschaftlich akzeptierten und wahlweise nutzbaren Problemlösungsstrategie? Immer wirft

die Absicht, sich das Leben zu nehmen, noch dazu mit Hilfe Anderer, existenzielle Fragen auf – nach der Handlungsfreiheit und Autonomie, der Urteilsfähigkeit bei psychischer Krankheit, aber auch nach den Möglichkeiten und Grenzen der Suizidprävention und der psychotherapeutischen Hilfen.

Um Antworten zu finden, ist ein interdisziplinärer Dialog nötig, der anthropologische, philosophische, ethische, rechtliche, psychoanalytische und psychiatrisch-psychotherapeutische Sichtweisen umfasst. Die Autor*innen dieses Bandes bearbeiten aus ihren fachspezifischen Perspektiven die zentralen Fragen rund um den assistierten Suizid.

Mit Beiträgen von R. Baumann-Hölzle, H. Bielefeldt, S. Briggs, E. Etzersdorfer, B. Gerisch, P. Götze, M. Goldblatt, D. Gregorowius, N. Kapusta, A. Kruse, B. Küchenhoff, J. Küchenhoff, R. Lindner, G. Maio, D. Meier-Allmendinger, M. Teising und L. Werthmann-Resch

Impressum

Vorabdruck aus:

psychosozial 45. Jg. (2022) Heft III (Nr. 169)

<https://doi.org/10.30820/0171-3434-2022-3>

ISSN (Print-Ausgabe): 0171-3434

ISSN (Online-Ausgabe): 2699-1586

<https://www.psychosozial-verlag.de/ps>

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG

Walltorstraße 10

D-35390 Gießen

info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

