

# SUIZIDPROPHYLAXE

## THEORIE UND PRAXIS

**Gegründet  
von Michel Heinrich**

**Herausgegeben von  
H. Wedler  
M. Wolfersdorf  
T. Bronisch  
N. Kapusta  
U. Sperling**

**Mitteilungen  
der Deutschen Gesellschaft  
für Suizidprävention (DGS)  
und  
der Österreichischen  
Gesellschaft  
für Suizidprävention (ÖGS)**



**ISSN 0173-458X  
Listed in PSYINDEX,  
Excerpta Medica**

### **Gastherausgeber**

#### **Die Mitglieder des Vorstands der DGS:**

Ute Lewitzka, Elmar Etzersdorfer, Uwe Sperling,  
Jakob Henschel, Barbara Urban, Jörg Schmidt,  
Tim Krause, Burkhard Jabs, Christine Schweizer,  
Luna Grosselli

### **50 Jahre DGS**

**Hans Wedler, die Suizidprophylaxe und der Verlag**  
die kurze Geschichte einer langen Zusammenarbeit

**Hans Wedler und die Zeitschrift „Suizidprophylaxe“**  
ein persönlicher Rückblick

**Ausgewählte Arbeiten**  
von den Anfängen bis heute

**Was lässt Menschen ein gutes und  
erfolgreiches Leben führen?**

**S. RODERER VERLAG REGENSBURG**

# Suizidprophylaxe - Theorie und Praxis

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen-e.V. (DGS)  
und der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS)

Herausgeber:

H. Wedler, Stuttgart (Geschäftsführender Herausgeber)  
M. Wolfersdorf, Bayreuth  
T. Bronisch, München  
N. Kapusta, Wien  
U. Sperling, Mannheim

Wissenschaftlicher Beirat (2020 - 2023):

<i>Matthias Bormuth, Oldenburg, Berlin</i>	<i>Markus Jäger, Ulm</i>	<i>Barbara Schneider, Köln</i>
<i>Hellmuth Braun-Scharm, Nürnberg</i>	<i>Susanne Knappe, Dresden</i>	<i>Hermann Spießl, Landshut</i>
<i>Anna Christ-Friedrich, Heilbronn</i>	<i>Harald Kratochvila, Wien</i>	<i>Martin Teising, Berlin</i>
<i>Gert. H. Döring, Kirchentellinsfurt</i>	<i>Bernhard Küchenhoff, Zürich</i>	<i>Benedikt Till, Wien</i>
<i>Elmar Etzersdorfer, Stuttgart</i>	<i>Ute Lewitzka, Dresden</i>	<i>Heinz Weiss, Stuttgart</i>
<i>Werner Felber, Dresden</i>	<i>Reinhard Lindner, Hamburg</i>	<i>Friedrich Wurst, Hamburg,</i>
<i>Benigna Gerisch, Berlin</i>	<i>Thomas Niederkrotenthaler, Wien</i>	<i>Traunstein, Basel</i>
<i>Thomas Giernalczyk, München</i>	<i>Martin Pölderl, Salzburg</i>	
<i>Rolf D. Hirsch, Bonn</i>	<i>Dan Rujescu, Halle</i>	

Geschäftsstelle der DGS:

Daniele Hery, Rechtsanwältin, Geschäftsführerin der DGS  
Stromberger Str. 2  
D-55545 Bad Kreuznach  
Tel. 0671 20278566; E-Mail: [dgs.gf@suizidprophylaxe.de](mailto:dgs.gf@suizidprophylaxe.de)

Geschäftsstelle der ÖGS:

Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention, Severingasse 9, A-1090 Wien

Manuskriptsendungen werden erbeten – nach Möglichkeit online – an den Geschäftsführenden Herausgeber:

Prof. Dr. med. Hans Wedler: [hans.wedler@web.de](mailto:hans.wedler@web.de)  
Goslarer Str. 115 D-70499 Stuttgart Fax: +49-(0)711-8061969

Kontaktadressen der Herausgeber:

Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf: [manfred.wolfersdorf@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de](mailto:manfred.wolfersdorf@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de)  
Prof. Dr. med. Thomas Bronisch: [t.bronisch@web.de](mailto:t.bronisch@web.de)  
Ass.-Prof. Priv. Doz. Dr. med. Nestor Kapusta: [nestor.kapusta@meduniwien.ac.at](mailto:nestor.kapusta@meduniwien.ac.at)  
Dr. Uwe Sperling: [uwe.sperling@umm.de](mailto:uwe.sperling@umm.de)

Für Angaben über Indikation und Dosierung von Arzneimitteln übernehmen Verlag und Herausgeber keine Gewähr.  
- Aus Gründen der besseren Lesbarkeit findet bei geschlechtsunterschiedlichen Wortformen jeweils nur eine (in der Regel die männliche) Form in den Texten dieser Zeitschrift Verwendung, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

Hinweise für Autoren finden Sie als Download auf der Homepage des Verlages ([www.roderer-verlag.de](http://www.roderer-verlag.de)).

Bezugsbedingungen: Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich. Sie kann beim Verlag oder bei einer Buchhandlung bestellt werden. Der Bezugspreis beträgt im Jahresabonnement EURO 98,- zzgl. Porto EURO 4,80. Abonnementsbeginn jederzeit. Abbestellungen zum Jahresende bis 30. September des laufenden Jahres. Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft und der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention erhalten laufend ein Exemplar der "Suizidprophylaxe" im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zugesandt.

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form — durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren — reproduziert oder in eine von Maschinen, besonders Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens hergestellte oder benutzte Kopie dient gewerblichen Zwecken gemäß § 54 (2) UrhG und verpflichtet zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Untere Weidenstrasse 5, 81543 München.

Verlag: S. Roderer Verlag, Postfach 11 05 06, 93018 Regensburg ;Tel. (0941) 7992270 ;  
E-Mail: [info@roderer-verlag.de](mailto:info@roderer-verlag.de), [www.roderer-verlag.de](http://www.roderer-verlag.de)

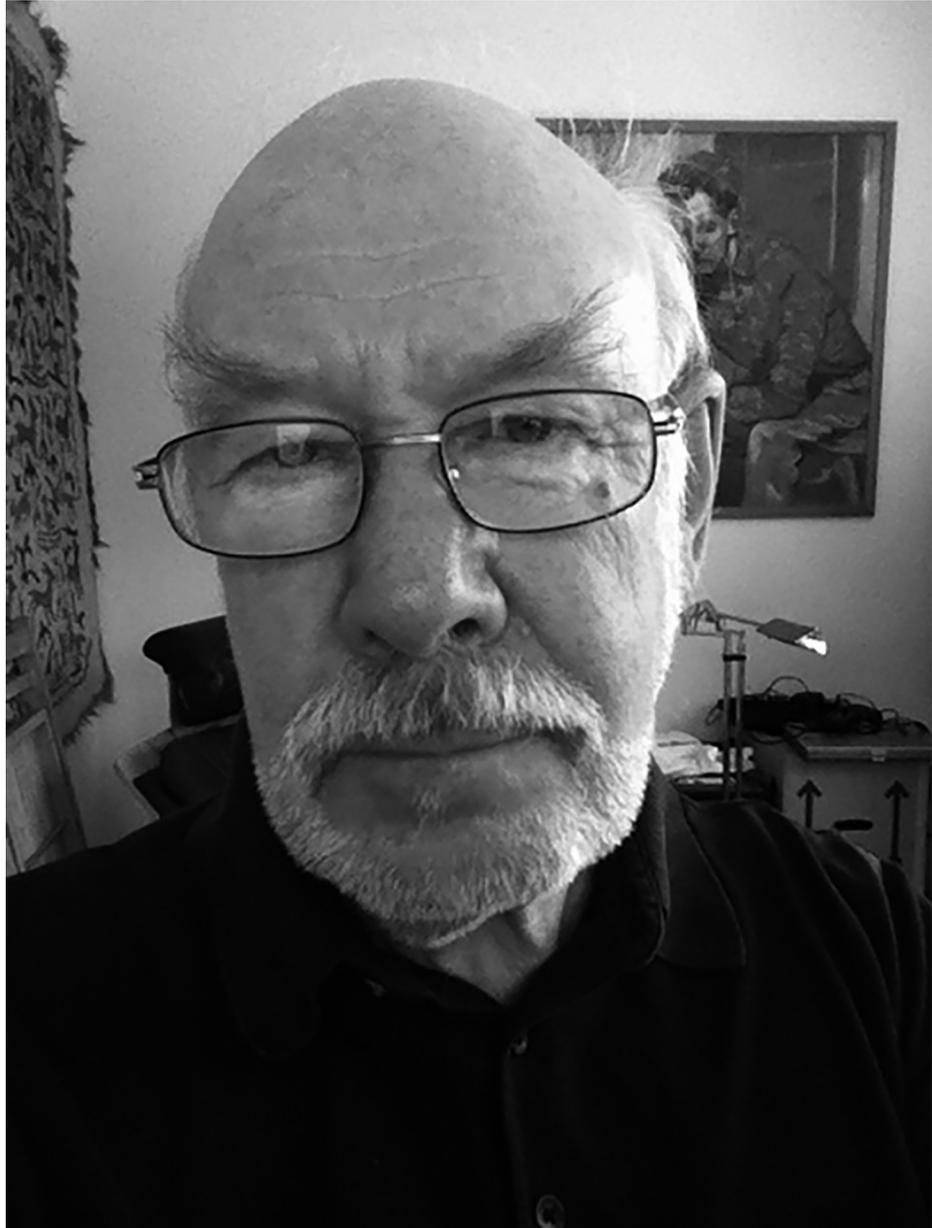
Index: This Journal is listed in PSYINDEX,  
Excerpta Medica ISSN 0173-458-X

[www.suizidprophylaxe.de](http://www.suizidprophylaxe.de)

# Inhalt

# Sonderheft

<b>Einleitung</b>	<b>5</b>		
<b>Rückblicke und Erinnerungen</b>			
Hans Wedler, die Suizidprophylaxe und der Verlag – die kurze Geschichte einer langen Zusammenarbeit	6		
Hans Wedler und die Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ – ein persönlicher Rückblick	8		
<b>Ausgewählte Arbeiten von den Anfängen bis heute</b>			
<b>1975 - 1989</b>			
Betreuung Suizidgefährdeter in der Medizinischen Klinik der Städt. Kliniken Darmstadt	12		
Änderung sozialer Risikofaktoren nach Suizidversuchen	14		
<b>1981 - 1985</b>			
Suizidalität bei somatischer Krankheit	16		
Gedanken zur Arbeitsgruppe Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen	20		
Rückblick auf 10 Jahre DGS	21		
<b>1986 - 1990</b>			
BGH-Entscheidung AZ VI ZR 114/84	23		
Zu diesem Heft	25		
<b>1991 - 1995</b>			
Nimmt die DGS denn keinen Anteil	26		
Offener Brief an Frau Professor Battin	27		
		<b>1996 - 2000</b>	
		Aktuelle Aspekte der internationalen Diskussion um Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid	29
		<b>2001 – 2005</b>	
		Über den Terroristen Suizid	33
		Was am Leben hält? Salutogenese in der Suizidologie	37
		<b>2006 – 2010</b>	
		70 Jahre Golden Gate Bridge	40
		Berichte: Krieg und Suizid	40
		<b>2011 – 2015</b>	
		Gesprächsführung mit suizidalen Menschen im Allgemeinkrankenhaus	41
		Schmerz und Suizidalität	44
		<b>2016 - 2020</b>	
		Eine neue Herausforderung für die Suizidprävention	48
		Buchbesprechung: Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft	52
		<b>Was lässt Menschen ein gutes und erfolgreiches Leben führen?</b>	
		Persönliche Betrachtungen über ein beruflich und privat für die Suizidprävention engagierten Paares	53



# Lieber Hans, liebe DGS Mitglieder,

Fünfzig Jahre DGS – das ist schon ein historischer Zeitrahmen. Auch wenn ich selbst vom Beginn dieser Geschichte nichts mitbekommen konnte – so ist mir über die letzten Jahre immer klarer geworden, wie einmalig diese Gründung und die Arbeit dahinter ist. Wie alles begann und welche Entwicklungen die DGS gemacht hat, erfahren wir auf der diesjährigen Herbsttagung in Jena. Wir wünschen uns sehr, dass die vielen Engagierten dieser 50 Jahre eine besondere Möglichkeit des Rückblickens, des Innehaltens und Gedenkens sowie des Austausches auf dieser Tagung finden werden.

Ein Rückblick ist nicht möglich ohne Würdigung. Die Würdigung all der vielen Arbeit, des Herzblutes, des Engagements, den so viele Menschen über die Jahre in die DGS eingebracht haben. Hier könnte eine lange Liste stehen und wir hoffen sehr, dass all diese Initiativen und Engagements für jeden Einzelnen zu der jeweiligen Zeit gesehen und geehrt wurden. Wir können hier nur stellvertretend allen Menschen unseren herzlichsten Dank und unsere Anerkennung aussprechen. Ohne diese „Pioniere der ersten Stunde“, ohne die vielfältigen Initiativen – eingeschlossen die Gründung des Nationalen Suizidpräventionsprogrammes für Deutschland (NaSPro) – hätten die Suizidpräventionsaktivitäten nicht einen solchen Erfolg in Deutschland haben können.

Der DGS Vorstand möchte mit diesem Sonderheft einen Menschen besonders würdigen, den langjährigen geschäftsführenden Herausgeber der Zeitschrift Suizidprophylaxe Hans Wedler, der diese seine Herzensaufgabe im Sommer mit der Herausgabe des 190. Heftes abgeschlossen hat. Wie kein anderer ist Hans Wedler mit der DGS und hier v.a. mit der Zeitschrift Suizidprophylaxe verbunden. Als wir im Vorstand darüber nachdachten, wie wir die Arbeit von Hans Wedler ehren können, wurde allen sehr schnell klar: Ein klassisches Geschenk kann es nicht sein. Und schnell entstand die Idee eines Sonderheftes für den Mann, der maßgeblich all die Jahre lang diese Zeitschrift gestaltet hat und ohne den sie nicht bis heute bestehen würde.

Ich selbst habe Hans Wedler vor vielen Jahren auf der Wissenschaftlichen Frühjahrstagung auf der Reisenburg kennengelernt. Als „Neuling“ in der Szene hat mich sehr schnell seine aufmerksame, ruhige, tiefgründige und hoch differenzierte Art beeindruckt, mit der er Themen, die ihm wichtig waren, vertrat und sich aber auch in alle andere Diskussion um die Suizidprävention einbrachte.

Über die ersten Jahre war es für mich praktisch eine „Selbstverständlichkeit“, dass die Suizidprophylaxe erschien und ich machte mir gar keine Gedanken darüber, welche Arbeit hier von wem geleistet wird. Im Verlauf nahm ich immer mehr wahr, dass Hans Wedler DIE Person ist, die hinter dieser Zeitschrift steht und sich für jede Ausgabe mit großem Engagement dafür einsetzte,

neue Manuskripte zu akquirieren, selbst Rezensionen zu verfassen, den Vorstand für die Rauchzeichen zu gewinnen usw.

Vor einigen Jahren begann Hans, den Vorstand „sanft“ an den Gedanken zu gewöhnen, dass er diese Arbeit nicht unendlich lange fortführen könne. Spätestens ab diesem Zeitpunkt konnten wir wirklich begreifen, wie viele Stunden hier dahinterstehen. Der Vorstand begann sich nun, mit dem Thema Nachfolge auseinanderzusetzen. Sehr schnell wurde uns klar, dass es nicht DIE eine oder DEN einen geben wird, der bereit ist, sich rein ehrenamtlich so umfangreich zu engagieren. So entstand die Idee, ein neues Redaktionskollegium zu gründen sowie eine Redaktionsassistenzstelle zu schaffen, um – auf viele Schultern verteilt, zu gewährleisten, dass auch zukünftig die Zeitschrift erscheinen kann.

Mit dieser Sonderausgabe findet nun tatsächlich die Staffelstabübergabe statt.

Wie immer sind solche Ereignisse auch traurig – weil dies bedeutet, etwas aufzugeben – in diesem Fall die jahrzehntelange, von einem großen Vertrauen geprägte Zusammenarbeit zwischen Hans Wedler und den wechselnden Mitgliedern des Vorstandes.

Wie immer sind solche Ereignisse auch aufregend – weil es bedeutet, dass nun ein neuer Zeitabschnitt beginnt und dieser mit neuen Menschen und deren Ideen auch erst einmal gefüllt werden muss.

Wir möchten diese Zeilen nutzen, um Hans Wedler aus tiefstem Herzen für sein Werk, seine Arbeit, seine Gedanken, seine Zeilen, seine Bereitschaft, seine vielen Stunden für die DGS und die Zeitschrift aufzubringen, zu danken.

Hans Wedler übergibt uns, dem DGS Vorstand – ein umfassendes Werk an Veröffentlichungen, aber er übergibt uns v.a. den Willen, über diese und mit dieser Zeitschrift auch in den folgenden Jahren Suizidprävention in Deutschland zu stärken.

Lieber Hans – wir nehmen Deine Bereitschaft auf und werden alles dafür tun, Dein Werk fortzusetzen und damit Deine Arbeit weiterleben zu lassen.

**Ute Lewitzka**

**Für den Vorstand:**

Elmar Etzersdorfer	Uwe Sperling
Jakob Henschel	Barbara Urban
Jörg Schmidt	Tim Krause
Burkhard Jabs	Christine Schweizer
Luna Grosselli	

# Hans Wedler, die Suizidprophylaxe und der Verlag – die kurze Geschichte einer langen Zusammenarbeit

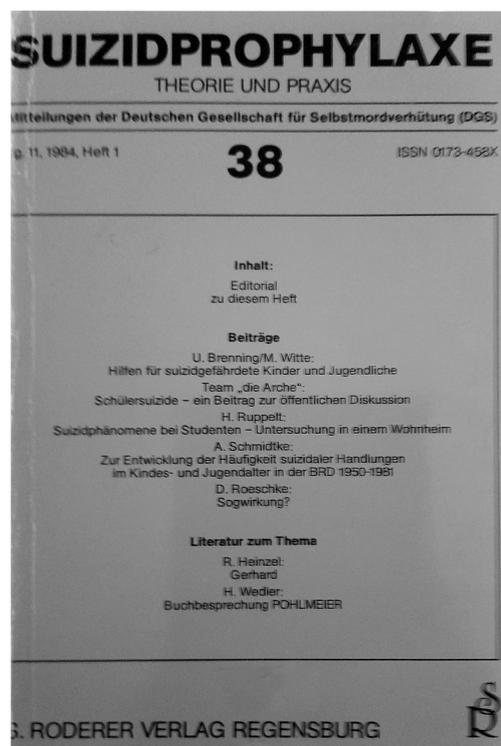
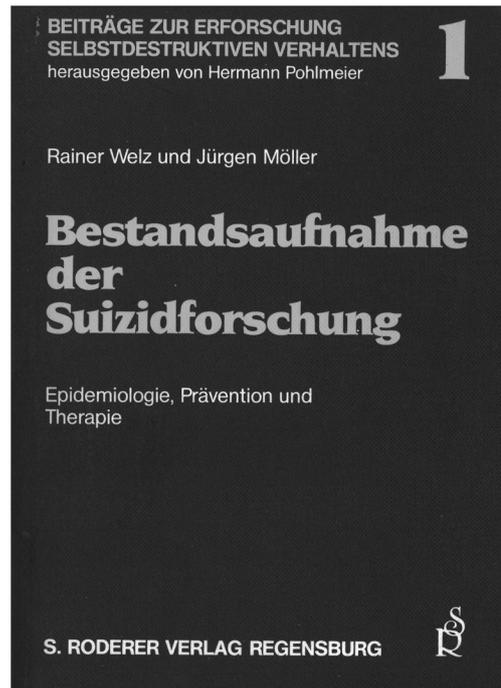
Rainer Welz

Eine Epoche ist zu Ende gegangen. Sie wird immer mit dem Namen Hans Wedler verbunden bleiben. Er war gemeinsam mit Michel Heinrich Mitbegründer der Zeitschrift und bis zu Heft 190 im August 2022 deren langjähriger Herausgeber und Schriftleiter. Nach diesem letzten Heft übertrug er seine Verantwortung nun in die Hände jüngerer Kollegen.

Die Idee für eine eigene Zeitschrift der DGS ging zurück auf eine Tagung der International Association for Suicide Prevention 1973 im Amsterdam. Dort lernten sich Michel Heinrich und Hans Wedler kennen, schlossen miteinander Freundschaft und gründeten nach Initiative von Michel Heinrich die Suizidprophylaxe als Mitteilungsblatt der DGS. Zehn Jahre lang redigierten sie das Heft in wechselseitiger Verantwortlichkeit und Alleinarbeit, ließen es im Schnelldruck herstellen und verschickten aus der Privatwohnung oder Praxis an die Mitglieder der DGS und an Einrichtungen der Suizidprävention.

Fast zehn Jahre später nach der immer noch im Alleinvertrieb hergestellten Zeitschrift im Jahr 1983 trafen sich Hans Wedler und ich bei der Frühjahrstagung der DGS auf Schloss Reisenburg, die schon damals ein attraktiver Treff- und Anziehungspunkt für junge Wissenschaftler und anderer mit dem Thema Suizid beschäftigter Berufsgruppen war. Noch ahnten Hans Wedler und ich nicht, dass wir beide zusammen mit Michel Heinrich ein Jahr später zusammensitzen würden, um die Herausgabe der Suizidprophylaxe im Roderer Verlag zu vereinbaren.

Der Grundstock dafür wurde auf der längst in Vergessenheit geratene DGS-Frühjahrstagung 1983 auf der Reisenburg gelegt; sie fiel mit der Gründung der Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung suizidalen Verhaltens in eine Zeit des Umbruchs der bisher alleine von der DGS organisierten Tagungen. Mit dem Bedürfnis nach mehr wissenschaftlichen und empirischen Studien anstatt psychotherapeutisch und psychoanalytisch orientierter Vorträge wuchs auch der Wunsch nach einer Veröffentlichung der Vorträge in einem Tagungsband. Armin Schmidtke, ein früherer Arbeitskollege am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit und später langjähriger Vorsitzender der NASPRO und raunte mir zu „mach es doch selbst“ und die Idee zur Verlagsgründung war geboren. Der erste Band erschien unter der Herausgeberschaft von Hermann Pohlmeier, Armin Schmidtke und mir mit dem Titel: Suizidales Verhalten – Methodenprobleme und Erklärungsansätze, im neu gegründeten Roderer Verlag. Auch ein Jahr darauf bei der ersten gemeinsamen Tagung von DGS und der Arbeitsgemeinschaft wurden die Vorträge unter dem Titel „Bestandsaufnahme der Suizidforschung“ als Band 1 der neu geschaffenen Buchreihe „Beiträge zur Erforschung selbstdestruktiven Verhaltens“ veröffentlicht.



Zeitlich parallel dazu sahen Hans Wedler und Michel Heinrich wohl die mit der Verlagsgründung sich bietende Möglichkeit, einen Teil ihrer Arbeit mitsamt des Hefteversands an einen Verlag abzugeben. Die gemeinsame Entscheidung dazu fiel im Frühjahr 1984 den Räumen der damaligen Redaktion und Praxis von Dr. Michel Heinrich in der Böblinger Strasse 24 in Stuttgart. Die Zusammenarbeit zwischen den beiden Herausgebern und dem Roderer Verlag war kein Zufall, denn die Geschichte der Zeitschrift und dem Roderer Verlag waren von Anfang an eng verknüpft, denn die Tagung von 1983 war das Initialereignis für die Gründung des Verlags – und ohne dieses hätte es den Verlag nie gegeben, und so konnten Leser der Zeitschrift im letzten im Selbstdruck hergestellten Heftes darüber informiert werden:

*„Dieses ist nun das letzte Heft, das wir als Herausgeber zugleich auch redigieren, druckfertig machen und zugleich auch versenden. Der Arbeitsaufwand...ist ehrenamtlich nicht mehr zu bewältigen. Wir übergeben Druck und Versand dem S. Roderer Verlag, Regensburg. Damit wird die Zeitschrift der Suizidprophylaxe im 11. Jahrgang mit Heft 38 weiter erscheinen“ (Suizidprophylaxe, Heft 37, S. 243)*

Als Heft 1, 1984 im Frühsommer erschien die 38. Ausgabe der SP in neuem Gewand erstmals im Verlag. Inzwischen sind wir nach beinahe 40 Jahren bei Heft 190 angelangt. Nach und nach hat sich das Heft gewandelt. Die erste größere Umstellung war die Änderung auf ein größeres Format anstatt des kleinen Heftchens. Im Jahr 2003 wurde die Suizidprophylaxe auch Mitteilungsblatt der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention und Reinhold Fartacek kam als erster österreichischer Mitherausgeber hinzu. Seit 2005 endet das Heft mit der Themenseite „Suizid in der bildenden Kunst“, und seit 2022 können die Leser das Heft auch Online beziehen und lesen. Hans Wedler fand zwar bei den meisten Heften die Unterstützung wechselnder Mitherausgeber – bei Schwerpunktthemen jene der Gastherausgeber -, die dann auch die Einleitung zu dem Heft beisteuerten; doch die Endredaktion und die Absprache mit dem Verlag sowie die Rückmeldung nach jedem Heft, was gut war oder hätte noch besser gemacht werden könnte, ließ sich Hans nicht nehmen – vom ersten bis zum letzten Heft.

*„Lieber Rainer,*

*vielen Dank für den so raschen Druck und Versand des letzten von mir redigierten Hefts. Es ist ein dünnes Heft geworden infolge des Ausbleibens von Artikeln zum Druck. Dir möchte ich bei dieser Gelegenheit noch einmal sehr sehr herzlich für die vielen Jahre danken, in denen wir die SP gemeinsam gestaltet und lesbar gemacht haben. ....“*

In den letzten Jahren wurde die Last der Redaktionsarbeit schwerer, und nicht wenige währnten vielleicht einen Verdacht auf Altersmüdigkeit. Doch davon war bei Hans nichts zu spüren, eher das Gegenteil traf zu: Hans war aktiv und fokussiert – zusätzlich zur Herausgabe der Suizidprophylaxe veröffentlichte er im Kohlhammer Verlag das Buch „Suizid kontrovers“ und in den beiden letzten Jahre sind mit „Patronisiert – Tagebuch

eines Scheiterns“ und „Zanas Rache“ noch zwei großartige Romane von ihm erschienen.

Auch die Redaktionsarbeit ergriff mehr Zeit als in den früheren Jahren. Was bei frühen Heften immer die Redaktionsarbeit erleichterte war die Unterstützung durch Mitherausgeber oder Delegation an Gastherausgeber; dies fand mit Heft 174 ein vorläufiges Ende und konnte in den Corona-Jahren 2020 und 2021 noch nicht wieder aktiviert werden. Somit lag die Redaktion bei den letzten 16 Heften von Heft 175 bis 190 ausschließlich und alleine bei Hans Wedler, der dann auch alle 16 Editorials mit dem Titel „Zu diesem Heft“ selbst verfassen musste. Während der gesamten Zeit seiner Herausgeberschaft Suizidprophylaxe entfielen damit fast ein Viertel seiner insgesamt 74 Einleitungen „Zu diesem Heft“ auf die letzten vier Jahre.

### 153 Verlagsausgaben ein wahrhaftes Jubiläum

Eine weitere Rekordleistung hat Hans Wedler mit 153 im Verlag hergestellten Heften erreicht! Wohl die meisten Herausgeber einer Fachzeitschrift würden mit einem Höchstmaß an Glück und Zufriedenheit und des vollsten Lobes zur 150. Jubiläumsausgabe ihre Tätigkeit beenden und es danach ablehnen noch ein weiteres Heft zu redigieren und nicht mit einer so krummen Zahl wie 153 auszuscheiden. Leider, so müsste man den Armen nachrufen, haben sie es doch verpasst den Thron der Zahl 153 zu besteigen.

Die 153 ist eine ganz besondere Zahl innerhalb des natürlichen Zahlenraums und versetzt bis heute Theologen und Mathematiker in Staunen und Fragen. Als nämlich die Jünger dem auferstandenen Jesus am See Genezareth begegneten ereignete sich ein Wunder. Beim Fischfang kehrten sie ohne einen einzigen Fisch zurück. Jesus schickte sie aber nochmals hinaus, und als der Jünger Petrus das Netz an Land zog waren es genau 153 Fische, ohne dass das Netz zerriss (Joh.21,11). Noch heute rätseln Theologen um die richtige Deutung.

Was dem Johannesevangelium nicht bekannt war, sind die vielen erstaunlichen mathematischen Eigenschaften der Zahl 153. So ist 153 zunächst eine Dreieckszahl mit 17 Steinchen oder Kreisen in der unteren Reihe, dann 16, 15 bis sich bei dem letzten Stein 1 ein gleichseitiges Dreieck bilden lässt. Aber davon gibt es viele, die nächste Dreieckszahl mit 18 Steinchen in der unteren Reihe ist schon 176 usw.

153 ergibt sich auch aus der Summe der ersten fünf Fakultäten  $1 + 2 + 6 + 24 + 120 = 153$ , und wenn man von der Ziffer die 3. Potenz bildet mit  $13 + 53 + 33$  ergibt sich wieder 153. Noch wundersamer wird es bei der Anwendung der 3 Potenz bei jeder durch 3-teilbaren Zahl immer und immer wieder stößt man am Ende auf 153.

Zum Beispiel 1080 (die Quersumme ist 9 und damit durch 3 Teilbar)

$$1^3 + 0^3 + 8^3 + 0^3 = 1 + 513$$

$$5^3 + 1^3 + 3^3 = 125 + 1 + 27 = 153$$

Mit welcher Zahl man auch beginnt, die Rechenkette kann zwar länger werden, aber am Ende steht 153 – und das ist immer so.\*

Jedem Anfang wohnt ein Zauber inne und jedem Ende und Abschied die Erinnerung. Ich erlebte Hans rückblickend als einen im humanistischen Sinn gebildeten Menschen, stets freundlich aber beharrlich, wenn es um eine für ihn wichtige Frage oder Sachverhalt ging, es gelang ihm dabei auch bei in einfachen Fragen nicht den Blick auf die Ebene einer höherer Allgemeinheit und ethischer und moralischer Verbindlichkeit zu richten. Er war auch genau und penibel, wo es um die Verbesserung von Fehlern ging. Dazu gehörte, dass ein Heft immer erst dann vollständig abgeschlossen war, nachdem Hans seine Belegexemplare erhalten hat, diese nochmals genau gesichtet hat und kommentiert hatte. Anfänglich noch zu Zeiten seiner Tätigkeit als Oberarzt in Darmstadt wurde ich nach jedem Heft angerufen oft auch kritisch mit Blick auf Korrektur- und Verbesserungsbedarf. Diese Rückmeldung nach jedem Heft blieb Bestandteil des Prozesses bis zuletzt. Nicht immer

war Hans ganz einverstanden, wie wir seine Vorstellungen in dem Heft umgesetzt haben, und es gab dabei so etwas wie ein Gradmesser seiner Zufriedenheit am Ende seines Kommentars: „Gruß Hans“, „Mit freundlichen Grüßen Hans“ oder „Mit herzlichen Grüßen“ als Ausdruck größter seiner Zufriedenheit.

Und so haben sich nach so langer Zeit die Abläufe bei der Herstellung des Heftes gut eingespielt. Für unsere gute und aufrichtige und gegenseitig verständnisvolle Kooperation nach so vielen Jahren spricht, dass in den meisten und insbesondere den letzten Jahren die herzlichen Grüße überwogen.

In diesem Sinn lieber Hans, vielen Dank für deine langjährige Gestaltung und Verantwortung für die 153 Heft mit den herzlichsten Grüßen und alles Gute für die Zukunft.

#### Rainer

\* Beutelspacher, A., Null, unendlich und die wilde Dreizehn, Beck, München 2020, S.110

## Hans Wedler und die Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ – ein persönlicher Rückblick

von Werner Felber

### Hans Wedler

Näher kennengelernt haben wir uns über die Musik. Bereits bei einem persönlichen Besuch in seinem Haus in Hamburg 1991 war ich beeindruckt von seinem Musikverständnis, seine musikalische Praxis als Violonist und Bratschist in einem Streichquartett zusammen mit seiner Frau Marianne und dem Repertoire, was dort anspruchsvoll musiziert wurde. Ich habe ihm etwas später dann eine der zahlreichen (damals noch) Schallplatten aus meiner Zeit im Dresdner Kreuzchor geschickt. In den letzten Jahren verbindet uns eine tiefe Verehrung von Schostakowitsch, die sich seit 2015 verwirklicht in gemeinsamen Besuchen der berühmten „Internationalen Schostakowitsch Tage“ in Gohrisch in der Sächsischen Schweiz bei Dresden. Wir sind uns sehr einig darin, dass Schostakowitsch zu den größten Komponisten des 20. Jahrhunderts gehört.

Hans – genauer eigentlich Hans-Ludwig – Wedler, einer der beiden Jubilare dieser Sonderausgabe der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“, ist ein Urgestein mit vielen Begabungen, die man hinter seiner ärztlich-beruflichen Fassade erst entdecken muss.

Am 21.12.1938 in Berlin in eine intakte Familie als jüngerer Bruder einer Schwester geboren, wurde er durch die folgenden Kriegs- und Nachkriegsjahre geprägt. Sein Vater, Ministerialrat

im Kriegsministerium, verlor 1945 Arbeit und Beamtenstatus, erhielt aber nach 1945 als Experte wieder eine Anstellung im Schleswig-Holsteiner Wirtschaftsministerium. Seine Mutter, Tochter eines Kaffee-Kaufmanns aus Bremen, war Familienmensch, ihre Brüder gingen nach Brasilien bzw. Indonesien. Mutmaßlich trug das zur Herkunft von Hans Wedlers Sehnsucht nach Brasilien bei; auch sein ältester Sohn Florian ist seit 3 Jahren in Brasilien wohnhaft und erfolgreich tätig.

1943 erfolgte Hans' Umzug zu einer Tante nach Cloppenburg im Oldenburger Münsterland, Niedersachsen, wo er eingeschult wurde und eine prägende Beziehung erlebte: Sein Onkel war Gymnasialdirektor und aktiver NSDAP-Mann, der 1945 für drei Jahre inhaftiert wurde und dennoch keine innere Wandlung vollzog; er starb 1963 als immer noch überzeugter Nazi.

In Einfeld in Schleswig-Holstein zwischen Hamburg und Kiel besuchte er seit 1947 die Schule in Neumünster, wo er – bis zum Abitur – durch Kriegswirren bedingt stets der Jüngste in seiner Jahrgangsklasse war, manche waren fünf Jahre älter als er. Dort erkrankte er schwer an Typhus und sei fast gestorben, so hieß es. 1950 erfolgte der Umzug nach Kiel, wo er 1957 sein Abitur ablegte.

Hans Wedler wollte eigentlich Journalist werden, habe immer schon gern und viel geschrieben. Doch ein Pflegepraktikum bei einer weiteren Schwester seiner Mutter, Landärztin im Norden, habe ihm letztlich den Arztberuf nahegebracht,

weshalb er noch im gleichen Jahr mit dem Medizinstudium in Kiel begann. Sein Interesse für die Gerichtsmedizin führte ihn zur Bekanntschaft mit Prof. Wilhelm Hallermann (1901-1975), eine Größe im Fach und höchst zwiespältige Person: Lehrjahre beim berühmten Pathologen Prof. Schmorl in Dresden-Friedrichstadt, Facharzt für Innere Medizin in Leipzig, Gerichtsmedizin Berlin, seit 1941 als Prof. für Gerichtsmedizin in Kiel, 1969 hochgeehrt emeritiert; aber er war auch SA-, seit 1937 NSDAP-Mitglied, an Kastrationen von Sexualtätern beteiligt, und er wusste vom zehn Jahre andauernden Versteckspiel des Nazi-Schwerverbrechers Prof. Werner Heyde (1902-1964) als Dr. Fritz Sawade in Flensburg und Kiel, mit dem er 1925 in Würzburg studiert hatte. Die Verhaftung, die Anklage und der Suizid von Heyde/Sawade war einer der größten Ärzteskandale der 50er und 60er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland.

Nach zwei Semestern Medizinstudium in Kiel ging Hans Wedler im Sommer 1958 für ein Semester nach Innsbruck, von wo aus er trotz chronischen Geldmangels öfters nach Italien fuhr und dort seine erste Liebe fand. Zum Physikum im 5. Semester war er wieder in Kiel, in gewisser Weise seine Schicksalsstadt – eine große Studentenliebe bescherte ihm Glück und letztlich einige Jahre später eine Scheiterung, worauf er ein schwer depressives Jahr durchleben musste.

Seine ersten drei klinischen Semester studierte er in Freiburg. Dort entfaltete er ein reichhaltiges musikalisches Leben. Schon mit 16 Jahren pflegte er ein intensives Geigenspiel. In Freiburg hat er dann als Posaunist in einer Jazzband Geld verdient, hat Bühnenmusik für Studenten komponiert und aufgeführt, wovon auch Aufnahmen im Studio Freiburg entstanden und ein Angebot beim ZDF einging. Seine Bühnenmusik zu „Trommeln in der Nacht“ (Brecht 1919) ist Jahre später noch auf Interesse gestoßen und aufgeführt worden. Hier ging seine große Studentenliebe zu Bruch, weshalb er in die schon genannte Depression glitt, nach Kiel zurück ging und schließlich sein Studium 1963 mit dem Examen abschloss.

Eine erste Stelle als Medizinal-Assistent absolvierte er 1963/64 in Calw in der Chirurgie, wo er erstmals dem Suizidversuch einer 18-jährigen Patientin mit Gesprächen nachging, was auf heftige Ablehnung des dortigen Personals, ausschließlich Diakonissinnen, stieß, ihn aber nachhaltig prägte. Hier erarbeitete er seine Doktorarbeit in der Pathologie: Über Altersveränderungen des menschlichen Sinusknotens. Med. Diss. Heidelberg 1965.

Wedlers nächste Station war Darmstadt, wo er unter Prof. Anschütz in der Inneren Medizin die psychosomatische Sichtweise auf Patienten kennenlernte und Suizidpatienten behandeln konnte. Anschütz wurde sein großes Vorbild und sein Förderer. Nach einer Zwischenzeit im Wehrdienst – Ausbildung zum Arzt auf einem Schnellbootgeschwader und als Pathologe in Ludwigshafen – kehrte er nach Darmstadt zurück.

Als im November 1969 in München der Trägerverein „DIE ARCHE-Zentrale für Selbstmordverhütung und Lebenshilfe e. V.“ gegründet worden war, war eine ambulante Einrichtung ent-

standen, die es Menschen nach einem Suizidversuch möglich machte, ihre Kriseninhalte mit Fachkräften zu bearbeiten. Das veranlasste Hans Wedler 1972 aus eigenem wachsenden Unbehagen im Umgang mit Suizidpatienten dazu, Kontakt zu suchen mit dem damaligen Geschäftsführer der ARCHE, dem Jurist Dr. Wolfdieter Rupp, der ihn zum nächsten, dem zweiten Arbeitsgespräch der ARCHE im April 1972 einlud, welches zur Gründungsversammlung der DGS geriet. Dort lernte er Felix Böcker, die Exekutiv-Sekretärin der IASP (International Association for Suicide Prevention) Vera Aigner, die sich ein Jahr später selbst suizidierte, und u. a. Michel Heinrich sowie Klaus Böhme kennen. Letztere spielten für ihn eine besondere zukünftige Rolle.

Michel Heinrich gründete 1974 die Zeitschrift „Suizidprophylaxe“. Sie eröffnete für Wedler ein langjähriges Betätigungsfeld worauf später näher eingegangen wird.

1985 habilitierte er sich in Frankfurt zum Thema Betreuung von Suizidpatienten. 1986 löste er Klaus Böhme als Vorsitzender der DGS (1982-86) ab, was er bis 1992 blieb. 1987 hat ihn Klaus Böhme als Internist an die Psychiatrische Landeslink Hamburg-Ochsenzoll geholt, wo sie 1991 gemeinsam den Internationalen Kongress der IASP ausrichten konnten; parallel dazu fand die 19. Jahrestagung der DGS statt zu den Themen: der Suizid bei alten Menschen; die Rolle der Ehrenamtlichen in der Suizidprävention; parasuizidales Verhalten Jugendlicher; Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus u.a.

1992 ging Hans Wedler nach Stuttgart/Tübingen, wo er die längste Zeit seines Lebens bis zu seiner Emeritierung 2006 Leiter der Medizinischen Klinik 2 – Klinik für Internistische Psychosomatik des Bürgerhospitals war und dort heimisch wurde. In seinen Berufsjahren schrieb er neben zahlreichen wissenschaftlichen Artikeln 18 Fachbücher (s. u.), mit unterschiedlichem wissenschaftlichem Anspruch; mehrfach ging es ihm vielmehr um Verständlichkeit seines Anliegens der Krisenintervention bei suizidalen Patienten auch für Ehrenamtliche und Laien. Vor sechs Jahren holte er noch einmal aus zu einem ihn schon lange bewegenden Thema in einem Buch über Hilfe und Freiheit bei Suizid – „kontrovers – Wahrnehmungen in Medizin und Gesellschaft“, Kohlhammer 2016 – im Zusammenhang mit der gesetzlichen Diskussion zum ärztlich assistierten Suizid, dessen Verbot der geschäftsmäßigen Förderung das Bundesverfassungsgericht mit Urteil vom 26. Februar 2020 für verfassungswidrig erklärt hat.

Nach seiner Emeritierung war Hans Wedler zusammen mit seiner Frau Marianne noch ca. 5 Jahre privatärztlich als Psychotherapeut tätig. Seither ist er keineswegs untätig geworden, sondern kehrt zu den Wurzeln seiner geheimen Wünsche zurück – er schreibt erfolgreich Erzählungen und Romane.

Hans Wedler in seiner äußeren Erscheinung, seinem Verhalten und in seinen Haltungen zu beschreiben, habe ich mir einfacher vorgestellt, wozu seine Vielseitigkeit und Eigensinnigkeiten beitragen. In der Begegnung wirkt er groß, hat eine hohe, seit ich ihn kenne sehr hohe Stirn, weißes (Rest-)Haar, Vollbart, buschi-

ge Augenbrauen, darunter ein verschmitztes Augenpaar mit stets wachsamen, freundlichen, oft auch kritischen Blicken, im Gespräch konzentriert zuhörend, nie verlegen, getragen durch hohes Selbstwertbewusstsein bei ausreichender Fähigkeit zu selbstkritischer Zurücknahme, in Diskussionen konsequent seine eigene Meinung vertretend, er macht und denkt gern vieles anders als andere, meidet also das, was heute als kollektive oder Schwarmintelligenz kursiert; Lessing hat zu diesem Phänomen vor 250 Jahren gesagt: „Es ist schlecht für den Geist, andauernd Teil der Einmütigkeit zu sein“, ein stolzer, aber nicht ganz falscher Satz. Wedler ist unglaublich belesen, neben medizinischer Literatur ist er auch in Belletristik, Philosophie und zahlreichen exotischen Themen zu Hause. Er ist, könnte man auch aus seinem Lebenslauf resümieren, ein sprachinteressierter Kommunikator.

Ohne seine geduldige, hoch gebildete und ebenfalls sehr musikalische Ehepartnerin Marianne Wedler-Heizer, die später auf ihren Doppelnamen verzichtete, diese kleine zierliche, aber antriebs- und durchsetzungsstarke Frau, die meist die erste Geige in Wedlers Streichquartett spielt(e), hätte sich Hans niemals so viel Freiräume schaffen können, die zu seiner Entfaltung notwendig waren.

### **Buchveröffentlichungen von Hans Wedler:**

- Wedler, H. Über Altersveränderungen des menschlichen Sinusknotens. Med. Diss. Heidelberg 1965
- Wedler H. Gerettet – Begegnungen mit Menschen nach Selbstmordversuchen. Luchterhand 1979
- Wedler H. Suizidpatient im Allgemeinkrankenhaus – Krisenintervention und psychosoziale Betreuung von Suizidpatienten. Enke 1984
- Wedler H. Umgang mit Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus. Roderer 1985
- Wedler H. Der suizidgefährdete Patient – Grundlagen, Diagnostik, Krisenintervention, Nachsorge. Hippokrates 1987
- Wolfersdorf M, Wedler H. Beratung und psychotherapeutische Arbeit mit Suizidgefährdeten. Roderer 1988
- Wedler H, Möller HJ. Körperliche Krankheit und Suizid. Roderer 1991
- Diekstra RFW, Roy A, Wedler H et al.: Suicidal Behaviour in Europe: Recent Research Findings. Libbey (Rom) 1992
- Wedler H, Wolfersdorf M, Welz R (Hrsg). Therapie bei Suizidgefährdung – Ein Handbuch. Roderer 1992
- Böhme K, Freytag R, Wächtler C, Wedler H. Suicidal Behavior – The State of the Art. Roderer 1993
- Anschütz F, Wedler H (Hrsg.). Suizidprävention und Sterbehilfe. Ullstein 1996
- Wedler H. Das ärztliche Gespräch – Anleitung zur Kommunikation in der psychosomatischen Grundversorgung. Schattauer 1998
- Wolfersdorf M, Wedler H. (Hrsg.) Terroristen-Suizide und Amok. Roderer 2002
- Wolfersdorf M, Bronisch T, Wedler H (Hrsg.). Suizidalität – Verstehen, Vorbeugen, Behandeln. Roderer 2008
- Wedler H. Untiefen – Erzählungen vom alltäglichen Scheitern. Roderer 2011
- Wedler H. kontrovers – Wahrnehmungen in Medizin und Gesellschaft. Kohlhammer 2016
- Wedler H. Patronisiert – Tagebuch eines Scheiterns. Roderer 2020
- Wedler H. Zanas Schatten. Roderer 2021

### **„Suizidprophylaxe“ – Zeitschrift**

Das andere Jubilar dieser Sonderausgabe der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ ist eben diese Zeitschrift „Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis“, Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V. (DGS) und der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS), wie sie heute titulierte ist. Sie erscheint durchgehend seit 48 Jahren und wird im Rahmen des 50-jährigen Jubiläum der DGS in diesem Jahr einen Wandlungsprozess erfahren: Hans Wedler, bisher herausragender Macher der Zeitschrift, gibt im 84. Lebensjahr die Leitung ab und zieht sich auf andere Beschäftigungen zurück; ein neues Herausgabeteam wird die Fortführung übernehmen. Dies sei Anlass für einen würdigenden Rückblick auf ihre Gründung und ihre Herausgeber.

Anfang Oktober 1974 entstand in Ulm das erste Heft der „Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis“, Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Selbstmordverhütung, welches Dr. med. Michel Heinrich als Gründer und Herausgeber in eigener Regie zusammengestellt und die Texte geschrieben hat. Es war eine Lose-Blatt-Sammlung im DIN-A-5-Format und blauen Umschlag mit Informationen über die DGS als „integrierende Institution, über die ein Gedankenaustausch unter Fachleuten und Forschern, eine sachliche Information der Öffentlichkeit und eine Unterstützung von Initiativen zur Suizidprophylaxe wirksamer gemacht werden kann. Jeder, der sich wissenschaftlich mit dem Phänomen Suizid und seinen Randgebieten befasst, oder in der praktischen Selbstmordverhütung tätig ist, sollte deshalb Mitglied der DGS werden“ (S. 1). Auf weiteren Seiten folgten (1.) die Einladung und das Programm zur anstehenden Arbeitstagung der IASP und DGS über die „Praxis der Suizidprophylaxe“ am 11./12.10.1974 in Ulm, (2.) die ausführlich dargestellten Ergebnisse einer Umfrage in Ulm und Umgebung – offensichtlich von Michel Heinrich – zum Thema „Ist Suizidprophylaxe möglich?“ (S. 5 – 14), (3.) die Voranzeige zum 3. Reinsburg-Symposium über Suizidfragen, (4.) Referate zum Thema Selbstmord, (5.) verschiedene Informationen und Autoreferate eines Kongresses am 04.06.1974 von F. Böcker, Erlangen, W. Feuerlein, München, P. Berner, Wien, E. N. Balaszkeskul, Berlin, H. Stolze, München und K. A. Achté, Helsinki sowie (6.) eine Suizid-Literaturauswahl inklusive medizinische Dissertationen und Examens- bzw. Hausarbeiten in psychosozialen Fächern und Filme.

Das zweite Heft, jetzt schon im orangen Outfit, erschien im ersten Quartal 1975 als Jahrgang zwei – 2/75, H.1 – und stellte unter der Rubrik „Zu diesem Heft“ ein kleines Redaktionsteam „mit Einwilligung des Vorstandes der DGS“ vor: Frau Martin, Ulm (Sozialarbeiterin), Herr Wedler, Darmstadt (Internist), Herr Heinrich, Ulm (Psychiater). Neben einigen Tagungsanzeigen, Protokollen aus Arbeitsgruppen und einem

Verzeichnis Deutsche Telefonseelsorgestellen erschien als Hauptinhalt des Heftes (S. 5 – 21) ein Artikel von Dr. Klaus-Peter Jörns, evangelischer Pfarrer, zum Thema: „Welchen Sinn hat es weiterzuleben? Zur Frage nach dem Sinn des Lebens im Zusammenhang mit der Selbstmordverhütung“ nach einem viel beachteten Vortrag in der Volkshochschule Ulm. Eine aktuelle Lesermeinung war Hans Wedlers Mitteilung „Der Tod von Holger Meins“, einem der ersten Terroristoten der RAF vom November 1974.

Dieser 2. Jahrgang 1975 erschien bereits in 4 Heften mit jeweils ca. 50 Seiten mit zwei bis vier Artikeln und Mitteilungen zur DGS. Frau Christa Winter von Lersner, psychiatrisch geschulte Unterrichtschwester und Ko-Autorin eines Lehrbuches Psychiatrische Krankenpflege, wurde viertes Redaktionsmitglied. Eine für Zeitschriften ungewöhnliche, durchgehende Heft-Nummerierung – aktuelle Heft-Nr. 190 ist Suizidprophylaxe 49 (2022) 3 – wurde beibehalten.

Seit 1976 fungieren Michel Heinrich und Hans Wedler als Herausgeber, denen sich wechselnde Mitarbeiter hinzugesellten. 1984 begann die bis heute anhaltende fruchtbare Zusammenarbeit mit dem suizid-wissenschaftlich kompetenten S. Roderer Verlag, repräsentiert durch den Soziologen und ehemaligen Suizidforscher Dr. rer. pol. Rainer Welz, der der Zeitschrift ein neues Format und Renommee verpasste. Im September 2001 erlitt Michel Heinrich eine plötzliche schwere Hirnerkrankung, welche ihn bis zu seinem Tode im Mai 2022 zu vollkommener beruflicher Untätigkeit zwang. Letztes Impressum der Suizidprophylaxe: Gegründet von Michel Heinrich, Herausgeber H. Wedler, M. Wolfersdorf, T. Bronisch, N. Kapusta, U. Sperling.

Zur Aktivität der vielen Autoren der Zeitschrift ist herausragend zu bemerken, dass Hans Wedler in 71 Themen-Heften 411 Beiträge beigesteuert hat, zahlenmäßig vor allem zwischen 2006 und 2019, was einerseits nicht verwundert, weil er viele organisatorische Mitteilungen und Kongressberichte eingeschrieben hat; andererseits sind auch zahlreiche, z. T. umfangreiche Rezensionen neben eigenen Artikeln enthalten, deren Vielfältigkeit seine unglaubliche Belesenheit widerspiegeln und seine schriftstellerischen Ambitionen zur Geltung bringen. Ein Beispiel seiner poetischen Sprache und verschwenderischen Phantasie kann nachgelesen werden in Suizidprophylaxe 47 (2020) H.2, S. 72-73:

**Eine kleine Satire:**

*„Bis vor kurzer Zeit lebten die Menschen hierzulange in einer Demokratie – mit allen Vorzügen, wengleich auch mit vielen Ecken und Kanten. Inzwischen aber, so scheint es, hat ein machtvoller Diktator die Herrschaft an sich gerissen. Ein Fürst mit einem unaussprechlichen Namen: Covid-19 oder so ähnlich. Er entstammt dem Geschlecht der Viren.“*

Er sperrt alle ein, legt die Wirtschaft lahm, regiert weltweit und verordnet Millionen zur Tatenlosigkeit. Er beschenkt die Menschen aber auch mit viel Zeit, gibt ihnen Gelegenheit, sich auf

sich selbst zu besinnen, unterbindet jegliche Form von Bosheit und Streit, weckt Sehnsucht nach Verwandten, Freunden, Enkeln sowie Gefühle der Solidarität, schenkt Ruhe auf den Straßen, in Kneipen und Gaststätten, in Konzertsälen und Opernhäusern, ein Idyll.

Gibt er auch inneren Frieden? Weniger innere Zweifel? Unserem Leben ein vorzeitiges Ende zu setzen? Noch ist keine Statistik gesichert. Allerdings mordet er wie alle Diktatoren erbarungslos viele Menschen, wie alle seine Artgenossen.

Bald aber wird er sein Ende finden. Heerscharen von Ärzten, Wissenschaftlern und Politikern spinnen ein Komplott, um den Diktator zu stürzen. Und dann? Was wird aus den Millionen Verarmten, Geschädigten, den wieder aufeinander Losgelassenen? Grausige Zeiten stehen uns bevor. Vielleicht kommt dann sogar ein böser Wunsch auf; so etwas darf man aber nicht einmal denken!

Eine nicht repräsentative, dennoch quantitativ orientierende Auszählung von Beiträgen in der Zeitschrift zeigt die außerordentliche schriftstellerische Aktivität vor allem von Hans Wedler.

**Quantitative Darstellung von Beiträgen aller Jahrgänge der „Suizidprophylaxe:**

Wedler, Hans: .....	411
Wolfersdorf, Manfred: .....	161
Heinrich, Michel: .....	125
Bronisch, Thomas: .....	56
Felber, Werner:.....	55
Schmidtke, Armin:.....	43
Etzersdorfer, Elmar: .....	33
Erlemeier, Norbert:.....	27
Pohlmeier, Hermann: .....	22
Schneider, Barbara: .....	21
Finzen, Asmus:.....	20
Sonneck, Gernot: .....	20
Teising, Martin: .....	17
Lindner, Reinhard:.....	16
Lewitzka, Ute: .....	15
Csef, Herbert: .....	13
Fiedler, Georg:.....	13
Böhme, Klaus: .....	12
Sperling, Uwe: .....	12
Giernalczyk, Thomas: .....	12
Braun-Scharm, Hellmuth: .....	11
Freytag, Regula:.....	10
Bennefeld-Kersten, Katharina: .....	10
Nestor Kapusta: .....	10
Sylvia Schaller:.....	10
Thomas Niederkrotenthaler: .....	10

Weniger als 10: Eberhard Deisenhammer, Gerth Döring, Erwin Ringel, Reinhold Fartacek, Hans-Jürgen Möller, Benigna Gerisch, Paul Götz, Matthias Bormuth, Thomas Haenel, Nadine Glasow, Hans Doll, Norbert Erlemeier ...

# Ausgesuchte Arbeiten – von den Anfängen bis heute

Die folgenden Artikel sind ein „BEST OF“ der Publikationen von Hans Wedler. Wir möchten darauf hinweisen, dass dies eine sehr subjektiv getroffene und eine sehr kleine Auswahl ist – Hans Wedler hat in der Suizidprophylaxe insgesamt 411 Beiträge veröffentlicht. Die Vielfalt der ausgewählten Beiträge entspricht der Vielfalt der derzeitigen DGS Vorstandsmitglieder. Darunter erfahrene Suizidpräventionsakteure sowie jüngere Engagierte, die sich für das Thema interessieren und die Suizidprävention weiter voranbringen wollen. Hans Wedler ist von Anfang an intensiv und kontinuierlich tätig, von Beginn an nimmt er breit Stellung: er greift wissenschaftliche Beiträge auf, nimmt Stellung zu aktuellen „politischen“ Suiziden, publiziert Rezensionen und Kongressberichte sowie editorische Einleitungen zu den einzelnen Heften. Er sucht die fachlichen Diskussionen und Auseinandersetzungen, vertritt dabei klar seine Meinung, bleibt hierbei aber immer offen für den Austausch.

Aus jeweils einem 5 Jahres-Zeitraum wurden von den Vorständlern je 1-2 Arbeiten ausgewählt, die hier abgedruckt werden und unser „Best of“ darstellen. Da es darüber hinaus so viele weitere wertvolle Veröffentlichungen von Hans Wedler hab, haben wir uns entschieden, auf diese explizit hinzuweisen und die Leserschaft zu ermutigen, sich diese Artikel im Archiv der Suizidprophylaxe anzuschauen. Hierbei wird der Leserin und dem Leser sehr schnell auffallen, dass es sehr viele Beiträge gibt, die aktueller denn je und deren Inhalte auch heute für die fachlichen Diskussionen wertvoll sind.

## 1975-1980

### **Betreuung Suizidgefährdeter in der Medizinischen Klinik der Städt. Kliniken Darmstadt, 1975, Heft 3**

Seit ca., zwei Jahren befindet sich innerhalb der Medizinischen Klinik der Städt. Kliniken Darmstadt ein breites Angebot zur Betreuung Suizidgefährdeter, insbesondere von Patienten nach einem Suizidversuch im Aufbau. Die Notwendigkeit, eine solche Betreuung innerhalb unserer Klinik einzurichten, ergab sich aus folgenden Gründen:

1. Darmstadt, eine Stadt von 140.000 Einwohnern, beherbergt in seinen vier Kliniken, darunter das Schwerpunkt-Krankenhaus für den Südhessischen Raum, kein einziges psychiatrisches Bett. In Darmstadt gibt es auch keine ambulante psychiatrische Einrichtung oder psychotherapeutische Möglichkeiten. Das für uns zuständige Psychiatrische Krankenhaus, das Landeskrankenhaus in Goddelau, ist für eine irgendwie relevante Suizid-Pro-

phylaxe nicht eingerichtet. Die psychiatrische Versorgung unserer Klinik findet konsiliarisch statt mit allen daraus ergebenden Konsequenzen und einer praktisch auf Psychopharmaka beschränkten „Therapie“. Die psychiatrische Konsiliarvorstellung Suizidaler, die zwangsläufig in enger zeitlicher Begrenzung erfolgen müsste, erscheint uns als meist ineffektiv und für die Patienten vielfach entwürdigend nicht tragbar.

2. Ein eindeutiges, allgemein anerkanntes Konzept wirksamer Suizid-Prophylaxe existiert bis heute nicht. Das, was Suizid-Prophylaxe ausmachen sollte, wird bisher mehr dadurch eingegrenzt, was sie nicht sein sollte: Man solle den Patienten nicht sich selbst überlassen, Er dürfe innerhalb seiner Umgebung nicht diffamiert werden etc. Wir glauben aus diesem Grunde, die wir mit Suizidgefährdeten ständig zusammentreffen, zu Eigenaktivitäten nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet zu sein.
3. In einer medizinischen Klinik findet die Begegnung mit psychischen Störungen nicht nur durch Suizidpatienten statt, sondern auch durch psychosomatisch Kranke und Patienten mit organischen Leiden, die oftmals unter merkwürdigen Umständen zur Abklärung einer noch nicht manifesten Somatisierung eines noch nicht diagnostizierten psychischen Leidens eingewiesen werden, alles Patienten die häufig genug suizidgefährdet sind und uns das auch mitunter zu verstehen geben.
4. Schließlich konnten wir die Erfahrung machen, dass eine Medizinische Klinik ein recht geeignetes neutrales Feld ist für den – vielleicht erstmals und mit großen Ängsten unternommenen – Versuch, persönliche Konflikte außerhalb des eigenen Intimbereiches anzusprechen. Sie ist nicht so abstoßend unpersönlich wie ein Amt und verlangt andererseits nicht das diffamierende aktivitätslähmende und mit Gefühlen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins einhergehende Selbsteingeständnis wie mitunter der Gang zum Psychiater. Sie ist – das weiß jeder – irgendwie zur Hilfe verpflichtet, und zur Not findet sich immer noch irgendeine kleine organische Störung, an der man sich im Falle einer Zurückweisung oder eines Missverständnisses festhalten kann.

#### **Konzeption:**

Suizidgefährdete Personen bedürfen erstens einer „problemneutralen“ Instanz, um in der verbalen und emotionalen Auseinandersetzung mit derselben die bestehende Eigenproblematik eigenes Verhalten und Fremdeinflüsse besser erkennen zu können und unterscheiden zu lernen; zweitens einer Unterstützung eigener Aktivitäten, psychische und soziale Ursachen vorhandener Problemkomplexe zu mildern bzw. zu beseitigen.

Wir glauben, dass die Deutung suizidalen Verhaltens als psychische oder gar psychiatrische Krankheit von vornherein die Eigenaktivität des Betroffenen zur Überwindung seiner

Schwierigkeiten eher hemmt und eine primäre psychiatrische Behandlung aller Suizidalen nicht nur nicht durchführbar ist, sondern aus diesen Gründen auch ungünstig sein kann.

#### **Praktische Durchführung:**

1. Alle Patienten nach einem Suizidversuch werden nach der internen Entgiftungstherapie auf eine Allgemeinstation verlegt. Möglichst frühzeitig wird versucht, einen persönlichen, freundschaftlich gehaltenen Kontakt als Voraussetzung der sich anschließenden Gespräche aufzunehmen.
2. Die Gespräche werden zunächst als Einzelsitzungen auf der Station durchgeführt und dienen der Klärung vorhandener Problemkomplexe und der „Bearbeitungsfähigkeit“ des Patienten. Nicht nur der (therapeutische) Gesprächspartner, sondern auch das soziale Umfeld auf der Station sollten für den Betroffenen „problemneutral“ sein.
3. Das Mehrbettkranken Zimmer auf der internen Allgemeinstation hat sich für viele Patienten nach einem Suizidversuch als annehmbarer Ort zur Wiederaufnahme zwischenmenschlicher Kontakte und als geeignetes „soziales Übungsfeld“ erwiesen.
4. Gleichzeitig erhält der Patient Gelegenheit, an Gruppengesprächen teilzunehmen, die er auch nach der Klinikentlassung wahrnehmen kann. Hier ergibt sich die Möglichkeit, die für viele fundamentale Erfahrung zu machen, dass man über die eigenen Probleme quasi öffentlich sprechen kann und sich mit in ähnlicher Weise Betroffenen zu solidarisieren.
5. Die Klärung und Lösung vorhandener sozialer Probleme wird dadurch vorbereitet, dass die Hürden undurchsichtiger Amtszuständigkeiten abweisender Bürokraten und langer Wartezeiten in Ämtern umgangen werden und eine unmittelbare persönliche Vermittlung an die „richtigen Stellen“ erfolgt.
6. Falls eine langfristige psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung notwendig erscheint, wird diese gleichfalls auf möglichst kurzem Wege zu vermitteln versucht.

#### **Bisherige Ausrüstung und geplanter Ausbau:**

Einzel- und Gruppengespräche werden bisher von zwei besonders mit Suizidproblemen befassten und in Weiterbildung befindlichen Internisten durchgeführt. Darüber hinaus werden alle Ärzte der Klinik zur aktiven Beteiligung an der Suizidprophylaxe durch Fortbildung und persönliche Beratung angeregt. Für Schwestern und Pfleger finden Fortbildungsseminare in Form von themenzentrierten Gruppensitzungen über Probleme im Umgang mit Suizidpatienten statt. Eine Sozialarbeiterin berät und vermittelt im sozialen Bereich und beteiligt sich an der Gruppenarbeit. Persönliche Kontakte mit Psychologen, Ärzten, Juristen, Theologen und Laienkräften in öffentlichen Ämtern und sonstigen Institutionen, besonders auch in der ortsansässigen Telefonseelsorge bilden ein Verbundsystem zur gegenseitigen Beratung und Weitervermittlung sozial Hilfsbedürftiger, ein Teil dieses Personenkreises trifft sich regelmäßig zu Fallbesprechungsgruppen.

Dieses, bis jetzt durchführbare Programm ist unzureichend. Wir können damit nur eine Minderheit der in unserer Klinik versorgten suizidgefährdeten Patienten erfassen und müssen darüber hinaus eine Auswahl hinnehmen, die möglicherweise gerade die Bedürftigsten eliminiert. Um erfolgreich weiterarbeiten zu können, bedarf es einer Erweiterung der schon vorhandenen Aktivitäten:

1. Innerhalb der Klinik ist eine Erweiterung des vorhandenen Teams um mehrere Sozialarbeiter, möglichst auch einen klinischen Psychologen, Psychiater und Psychotherapeuten (u.a. als Supervisor) geplant. Das Gruppenangebot muss erweitert und durch Patienten-Klubs auf Stations- und Kliniksebene ergänzt werden.
2. Außerhalb der Klinik bedarf das Konzept dringend einer ambulanten Ergänzungseinrichtung in Form einer psychosozialen Kontaktstelle. Dieses befindet sich zurzeit als stetige Einrichtung unter unserer Mitarbeit in Aufbau. Sie soll Kontakte herstellen, Beratungsmöglichkeiten verschiedenster Art anbieten, aber auch als Weitervermittlungszentrale fungieren. Außerdem soll von den Mitarbeitern verschiedenster Zielrichtungen Gruppenarbeit geleistet werden.

Wir meinen, dass Suizidprophylaxe als isoliertes Projekt gar nicht geleistet werden kann. Sie bedarf der engen Verknüpfung mit allen anderen Aktivitäten, die sich mit psychischen Störungen und ihren oftmals fatalen, weit in alle Gesellschaftsbereiche hinein erkennbaren Folgen befassen. Langfristige Suizidprophylaxe kann nicht nur Arbeit mit Einzelnen sein, sie ist zu einem guten Teil ein Lernvorgang, der Betreuer und Betreutes gleichermaßen betrifft.

Es fragt sich in diesem Zusammenhang, was mit Suizidprophylaxe-Einrichtungen eigentlich erreicht werden soll und erreicht werden kann. Zwischen der Minimalforderung, der Patient möge die Klinik möglichst vor einem tödlichen Suizidrezidiv verlassen, und dem Maximalanspruch, durch entsprechende Intervention dem Patienten zu seinem spezifischen Lebensglück zu verhelfen, liegt ein breites Feld – frei für antisuizidale Zielprojekte, deren Anspruch und Ehrgeiz mitunter mehr durch persönliche Erlebnisse und suizidale Gefährdung ihrer Urheber bestimmt werden, als durch harte reale und definierbare gesellschaftliche Forderungen. Allzu leicht fühlt sich der Suizidbekämpfer als Fürsprecher und „Vorsprecher“ der Suizidalen, die sich bevor sie überhaupt zu Worte gekommen sind, unversehens in ein Vorsorgeprogramm eingeklemmt wiederfinden, dem sie sich nur noch unter Inkaufnahme erneuter Frustrationen und libidinöser Verluste entwinden können. So scheint mir eine erste und wesentliche Forderung an jedes Konzept einer Suizidprophylaxe die uneingeschränkte Freiheit zu sein, mit der ein Betroffener ein Angebot wahrnehmen oder auch nicht wahrnehmen kann. Es fragt sich, ob es berechtigt ist, gesellschaftliche Mittel in Projekte zu investieren, die dann von niemanden oder kaum jemandem oder nur unter Zwang wahrgenommen werden.

Andererseits darf es nicht dem Zufall der augenblicklichen Situation, seiner Kontaktfähigkeit überlassen bleiben, ob ein Betroffener ein Hilfsangebot akzeptiert oder nicht.

Fragt man einmal in seiner Stadt herum, wie viele Hilfsangebote institutionalisierter oder privater Art für psychisch und sozial Hilfsbedürftige existieren, wird man über die Zahl erstaunt sein. Aber alle diese Stellen arbeiten und theoretisieren vor sich hin, wissen nicht oder kaum voneinander, und man hat manchmal den Eindruck, sie wollen auch gar nicht voneinander wissen. Ihre Klienten finden sie durch eine zufallsgenante, wohl vorstrukturierte Auswahl. Denjenigen, der mit einem Suizidversuch in der Klinik landet, haben sie nicht erreicht. So wäre es sinnlos, neue Ämter zu gründen, Stätten, deren Betreten schon ganz bestimmte Denk- und Aktionsmöglichkeiten voraussetzt.

Unsere hier etwas eingehender geschilderten Vorstellungen und Aktivitäten stellen sicherlich nur eine Möglichkeit dar, Suizidprophylaxe durchzuführen. Eine Möglichkeit allerdings, die mit relativ einfachen Voraussetzungen auskommt und m.E. noch viel zu wenig versucht wird.

## **Änderung sozialer Risikofaktoren nach Suizidversuchen, 1975, Heft 4**

Eine Untersuchung aus der Med. Klinik, Darmstadt  
Vortrag I.A.S.P. Amsterdam am 20. 8. 73

---

Suizidales Verhalten wird verstehbar als Folge einer frühzeitig erworbenen vitalen Behinderung, welche zu einer Einengung der Erlebnisfähigkeit und damit zu Fehleinschätzungen in der Beurteilung der eigenen Situation und der eigenen Lebensmöglichkeiten führt. Sie ist die Basis für jene scheinbar aussichtslose Verzweiflung, in welche der Selbstmörder durch belastende Einwirkungen der Umwelt gerät. Umweltfaktoren werden zu sozialen Risikofaktoren, unter denen latentes suizidales Verhalten manifest wird. Selbstmordversuch kann als Versuch, diese primäre Erlebnisbeschränkung zu durchbrechen, grundsätzlich eine positive Erfahrung sein – allerdings ein Versuch mit untauglichen Mitteln, solange wir, die Umwelt, ihm mit Verachtung, mit beschönigenden Worten, mit Überredung und bestenfalls mit hartherzigem Mitleid begegnen. Ist die Korrektur der vitalen Einengung häufig genug ein unüberwindbares psychotherapeutisches Problem, kann doch durch Mithilfe der Umwelt und Ausschaltung sozialer Risikofaktoren die suizidale Selbsterfahrung dem Betroffenen positiv nutzbar gemacht werden.

Die vorliegende Untersuchung hatte zum Ziel, die Veränderung sozialer Risikofaktoren in der Zeit nach einem Suizidversuch bei einer größeren Fallzahl in Erfahrung zu bringen. Außerdem sollte die unterstützende Aktivität des sozialen Umfeldes erfasst werden. Es wurden aus diesem Grunde sämtliche Suizidfälle eines Jahrganges unserer Klinik nachuntersucht.

Im Jahre 1971 wurden 293 Patienten in der Medizinischen Klinik der Städtischen Kliniken Darmstadt wegen eines Suizidversuchs stationär oder ambulant behandelt, das sind jeweils 5% aller klinischen bzw. stationären Aufnahmen. 23 % dieser Patienten hatten bereits früher Suizidversuche begangen.

Die Hälfte aller Patienten war jünger als 30 Jahre. Der absolute Häufigkeitsgipfel lag bei Frauen vor dem 20. Und bei Männern vor dem 25. Lebensjahr. 5 Patienten starben infolge ihres Suizidversuchs in der Klinik, 7 weitere starben an einem späteren Rezidiv. Verglichen mit der Gesamtbevölkerung waren Arbeiter und Angestellte deutlich überrepräsentiert [23,5 % gegen 14,3 % bzw. 28,3 % gegen 18,9 %, ausländische Staatsangehörige dagegen mit 4,8 % bei einem Populationsanteil von 11 % im Einzugsbereich unserer Klinik erheblich unterrepräsentiert.

Im Anschluss an die interne Entgiftungstherapie erfolgte bei der Mehrzahl der Patienten eine mehrtägige Beobachtung auf einer Allgemeinstation der Klinik. In dieser Zeit fanden wiederholte Gespräche mit dem zuständigen Stationsarzt zur Erhellung der aktuellen Konfliktsituation und zur Abschätzung der Rezidivgefährdung statt. Dabei wurde im Wesentlichen versucht, dem Patienten eine Verbalisierung seiner Problematik zu ermöglichen, ihn mit Bezugspersonen in Kontakt zu bringen und – soweit möglich – eine Lösung sozialer Probleme vorzubereiten. Knapp 25 % wurden zusätzlich einem psychiatrischen Konsiliararzt zur Beurteilung vorgestellt, bei 7 % erfolgte anschließend die Verlegung in eine psychiatrische Klinik. Dieübrigen Patienten wurden nach Hause entlassen, und nur eine kleine Anzahl erhielt eine ambulante psychiatrische Nachbehandlung.

15 bis 30 Monate nach dem Suizidversuch wurden alle Patienten mittels eines Fragebogens mit 43 Einzelfragen über ihre derzeitige soziale Situation, ihre Problembearbeitung und etwaige Hilfeleistungen der Umwelt befragt.

Von 211 der 268 entlassenen Patienten konnten detaillierte Angaben erhoben werden, 7 Patienten waren inzwischen an einem Suizidversuch-Rezidiv, 7 weitere aus anderer Ursache verstorben. 38 Patienten waren fortgezogen, nicht auskunftsfähig oder verweigerten ein Interview. Über 15 Personen konnten wir keine Auskünfte erhalten.

Insgesamt hatten 21 (9,6 % von 218) unserer Patienten nach der Entlassung erneut einen Suizidversuch begangen, 7 davon waren tödlich verlaufen (2,9 % von 245).

Als soziale Risikofaktoren, die mit den 1971 zur Hospitalisation führenden Suizidversuchen im Zusammenhang gestanden hatten, konnten die folgenden Problemkreise in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit erfasst werden: Ehe- und Familienkonflikte, Liebeskummer und Vereinsamung, chronisches körperliches Missbefinden, berufliche, finanzielle Probleme und Gesetzkonflikte. Häufig bestanden mehrere der Faktoren nebeneinander. Signifikante Abweichungen zwischen der Gesamtzahl der Behandelten und der nachuntersuchten Gruppe gab es nicht.

49 % aller befragten Patienten betrachteten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ihre Probleme als völlig gelöst, davon 4 erst nach einem weiteren Suizidversuch. 29 % sahen ihre Probleme teilweise gelöst, hier gab es 8 Rezidive. Bei 17,5 % bestanden die Probleme unverändert, und 2 dieser Patienten hatten bereits neue Suizidversuche unternommen.

Am häufigsten gelang die Problemlösung bei finanziellen und Gesetzeskonflikten, gefolgt von Liebes-, Ehe- und Familienkonflikten, bei denen auch noch jeweils in über der Hälfte der Fälle ein Abbau dieser Risikofaktoren gelang. Allerdings waren bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bei zahlreichen Patienten neue Probleme aufgetreten, die wiederum als Risikofaktoren für das latent vorhandene suizidale Verhalten gewertet werden müssen. Dabei traten besonders Vereinsamung, Krankheit und finanzielle Probleme in den Vordergrund, während familiäre und Partnerschaftskonflikte erheblich seltener genannt wurden.

Über 40 % der befragten Patienten gaben an, andere Personen hätten ihnen bei der Lösung ihrer Probleme geholfen. Vorwiegend waren es Verwandte, Freunde oder der – in vielen Fällen zukünftige – Ehepartner, welche die Rolle des sozialen Krisenhelfers übernommen hatten. Hin und wieder war es auch der Arzt, nur in einen Fall der Seelsorger.

In 93 % war die Hilfe auch erfolgreich, die Probleme wurden ganz oder zumindest teilweise gelöst. Bei denen, die keine unterstützende Hilfe der Umwelt erhalten oder zumindest nicht als solche akzeptiert hatten, blieben dagegen in 25 % der Fälle die Probleme völlig offen.

Soziale Hilfe von offiziellen Stellen erhielten nur 15 % der Patienten, die Hälfte davon erstmals im Anschluss an einen Suizidversuch.

Die Frage, ob durch Wechsel des Arbeitsplatzes, Wohnungsänderung oder durch Lösung oder Festigung privater Bindungen soziale Risikofaktoren wirksam abgebaut wurden, ist sehr schwer zu beantworten, da in vielen Fällen mit einer Verschränkung der Probleme Lösungsansätze auch in verschiedenen Bereichen angestellt wurden. Von allen befragten Personen hatten 154 (73 %) ihre privaten Bindungen bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nicht verändert. Von den Übrigen hatten 29 neue Verbindungen geschlossen, 24 hatten sich von ihren Partnern getrennt und 4 weitere hatten sich gleichfalls getrennt, waren aber bereits wieder neue Bindungen eingegangen. Von denen, die bei ihrem Suizidversuch familiäre und Partnerschaftskonflikte als Hauptproblem betrachtet hatten, konnte jeweils die Mehrzahl die bestehenden Probleme völlig lösen. Der Prozentsatz derer, denen nur eine unzureichende oder gar keine Problemlösung gelang, ist allerdings in der Gruppe ohne Änderung privater Bindungen höher, auch gab es hier drei Rezidive.

Ähnlich verhält es sich mit denen, die ihre Wohnung wechselten. 58 hatten eine bessere, 15 eine schlechtere Wohnung

bezogen. Die Konfliktbewältigung gelang hier offenbar wieder einem größeren Anteil der Umgezogenen im Vergleich mit denen, die ihre Wohnung beibehielten. In dieser letzten Gruppe gab es wiederum drei Rezidive.

Den Beruf bzw. den Arbeitsplatz wechselten knapp die Hälfte aller Patienten. Hier wurde anscheinend am häufigsten der Ansatz zu einer Konfliktbewältigung nach einem Suizidversuch gemacht, der Versuch, „das Leben zu ändern“, obgleich Berufsprobleme nur bei 15 Patienten im Vordergrund gestanden hatten. Die Zahlen sind für eine vergleichende Bewertung nicht ausreichend.

Statistische Aussagen über Unterschiede in der Problembewältigung während der postsuizidalen Phase zwischen Personen mit und ohne Rezidiv lassen sich wegen der kleinen Zahl von Suizidversuch-Rückfällen nicht gewinnen. Dennoch sind in dieser Gruppe Besonderheiten zu erwähnen.

Von den 7 an einem Suizidrezidiv verstorbenen Patienten waren 6 in dauernder psychiatrischer Behandlung gewesen. 5 von ihnen hatten mehr als 2 Suizidversuche unternommen. Das tödliche Rezidiv ereignete sich 10 bis 22 Monate nach der Entlassung aus unserer Klinik, in 3 Fällen unmittelbar nach der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik, in welche die Patienten von uns verlegt worden waren.

Von den übrigen 14 Patienten, welche nach der Entlassung aus unserer Klinik erneut Suizidversuche unternommen hatten, waren 8 Patienten unmittelbar psychiatrischer Beurteilung und Behandlung zugeführt worden. 3 weitere kamen zu einem späteren Zeitpunkt in psychiatrische Therapie, so dass lediglich insgesamt 4 Patienten, die einen Rezidiv-Suizidversuch unternahmen, ohne jede fachärztliche Betreuung geblieben waren. Bei der Nachuntersuchung hatten 4 Patienten eine sicher positive Entwicklung durchgemacht, ihre Probleme schienen völlig gelöst. Dagegen wirkten mindestens 5 Patienten weiterhin suizidgefährdet.

Zusammenfassend glauben wir, unserer Untersuchung – mit aller Vorsicht – folgende Ergebnisse entnehmen zu können.

In der Zeit nach einem Suizidversuch werden in erstaunlich hohem Maße Anstrengungen unternommen, bestehende Konfliktsituationen zu klären und soziale Risikofaktoren abzubauen. Diese Bemühungen erfolgen auch ohne psychiatrische Unterstützung und sind in der überwiegenden Mehrzahl offenbar erfolgreich. In knapp der Hälfte der Fälle sind Personen des sozialen Umfeldes die wiederum meist erfolgreichen Krisenhelfer. Dagegen ist die unterstützende Aktivität öffentlicher sozialer Stellen minimal. Eine aktive Änderung bestehender Konfliktsituationen scheint zumindest in der Mehrzahl sich besser auf die Problembewältigung auszuwirken als ein Bestehenlassen der sozialen Verhältnisse und Beziehungen. Hier sind jedoch weitere Untersuchungen erforderlich.

Diejenigen, die ein Suizidversuch-Rezidiv mit tödlichem Ausgang unternahmen, befanden sich fast ausschließlich in andauernder psychiatrischer Behandlung. Nur eine ganz kleine Zahl von jenen, die ohne psychiatrische Untersuchung entlassen worden waren, begingen erneut Suizidversuche. Es wird oftmals die Forderung erhoben, jeden Suizidfall sofort in psychiatrische Behandlung zu überführen. Abgesehen davon, dass diese Forderung bei der hohen Zahl von Suizidfällen und dem großen Mangel an – insbesondere psychotherapeutisch ausgebildeten – Psychiatern noch auf Jahre hinaus eine Illusion darstellt, glauben wir, unserer Untersuchung eine andere, vielleicht noch wichtigere Forderung entnehmen zu können: Die Aufforderung zur Unterstützung der bei den betroffenen Patienten und ihren sozialen Bezugspersonen in hohen Maßen vorhandenen Aktivität zum Abbau sozialer Risikofaktoren. Sie ist eine Forderung an jeden Arzt und besonders auch an die vorhandenen öffentlichen Sozialeinrichtungen. HOFMANN hat bereits 1971 nach ähnlichen Ergebnissen bei einer vergleichbaren Patientengruppe hervorgehoben, dass es wenig sinnvoll erscheine, von vornherein alle Suizidpatienten einer psychiatrischen Betreuungsstelle zuzuweisen. Das Gespräch, welches eine Problemverbalisierung ermögliche, und die Kontaktaufnahme mit sozialen Bezugspersonen, habe im Vordergrund zu stehen. Wir meinen, dass unsere Ergebnisse diese Ansicht bestätigen.

Der Arzt, welcher Patienten nach einem Suizidversuch behandelt, wird selber zu einer wesentlichen sozialen Bezugsperson. Seine Angst vor dem Umgang mit suizidalen Patienten, hinter der sich häufig die noch immer vorhandene gesellschaftliche Tabuisierung des Suizidproblems verbirgt, sollte nicht durch psychiatrisches Kompetenzansprüche vermehrt werden, welche ihn, den Nicht-Psychiater, scheinbar aus seiner Zuständigkeit entlassen. Man hätte damit weder für den Patienten noch für den Arzt etwas Positives erreicht.

#### **Hinweis**

Relativ wenige Arbeiten befassen sich mit Katamnesen.

T. HOFMANN berichtet in seiner Arbeit:

„Katamnesen nach Suizidversuch – Hinweise für die Behandlung“ aus Schweizer Rundschau Med. (Praxis) 60, S. 433-444 von einer Untersuchung der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich über 80 Katamnesen von Patienten, die im Zeitraum von Januar bis April 62 wegen eines Suizidversuchs im Kantonsspital Zürich waren, anschließend nicht psychiatrisch hospitalisiert wurden, sondern direkt aus der internistischen Klinik entlassen worden sind. Die Untersuchung erfolgte 8 Jahre nach dem Suizidversuch.

#### **Zeitspanne sind uns weiterhin die folgenden Artikel aufgefallen.**

- Über Zahlen, 1979, Heft 20
- Der Tod von Holger Meins, 1975, Heft 2

- Selbstmord in Zeitz, 1976, Heft 8
- „Hand an sich legen“ von Jean Amery, 1976, Heft 8
- Brief an Erwin Ringel, 1977, Heft 11
- Suizid im Gefängnis – Interview mit Dr. med. Höpping, einem ehemaligen Gefängnisarzt, 1977, Heft 12

## 1981-1985

### **Suizidalität bei somatischer Krankheit, 1983, Heft 34**

Hans Wedler und W. Lochmann, Darmstadt

WHITLOCK (18) bemerkt 1980, dass über die Beziehung zwischen physikalischer Erkrankung und Suizid bisher „überraschend wenig“ veröffentlicht worden sei. In der Tat gilt chronische somatische Erkrankung zwar als suizidaler Risikofaktor, doch sind der Literatur substantielle Hinweise auf die Inzidenz und den Einfluss somatischer Erkrankung auf Suizidverhalten so gut wie nicht zu entnehmen.

Chronische somatische Krankheit (13) und körperliche Behinderung (5, 8) werden seit Beginn systematischer Suizidforschung als Auslösefaktoren suizidalen Verhaltens benannt, obgleich immer wieder auch darauf hingewiesen wurde, dass gerade nicht die Schwerkranken Suizidhandlungen unternehmen (3, 9). WHITLOCK (18) fand unter 1.052 Suizidfällen in 18 bis 37 % akute oder chronische somatische Erkrankungen, bei den über 50-jährigen in 40 bis 85 %. STEWART (14) fand bei der Obduktion von 120 am Suizid Verstorbenen in 70 % Organkrankheiten. Häufigste Diagnosen waren Hypertonie mit Herzhypertrophie sowie Übergewicht. Auf die Beziehung zwischen „stressbedingten“, mit Angst und Depression verbundenen Dermatosen und Suizid wiesen SANBORN und Mitarbeiter (11) hin. Auch bei Magen- und Duodenalulzera ließ sich eine erhöhte Suizidalität nachweisen (15). Bei chronischen Dialysepatienten wird das Suizidrisiko um 100 bis 400-fach gegenüber dem Durchschnitt erhöht angegeben (1, 6).

Obwohl bei Autopsien von Suizidtoten überraschen häufig Malignome und andere Tumoren festgestellt wurden (17) und auch „psychologische Autopsien“ von Suizidfällen häufig Kanzerophobien als mitverursachenden Faktor aufdeckten (12), spielen Karzinomkrankheiten bei der Verursachung suizidalen Verhaltens wohl doch nur eine untergeordnete Rolle, insbesondere scheinen Suizidfälle nach Krebsaufklärung sehr viel seltener zu sein als vermutet (7).

Über einen außerordentlich hohen Anteil tödlicher Suizidhandlungen bei jungen Patienten mit arterieller Verschlusskrankheit berichtet KÖRBEL (4). In einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 14 Jahren waren von 167 (bei der Erstuntersuchung unter 40-jährigen) Patienten 18 verstorben, 6 davon durch Suizid!

Die bis heute dominierende Anschauung, dass letztlich auch für die Verarbeitung somatischer Krankheiten Persönlichkeitsfaktoren und soziale Einflüsse ausschlaggebend sind, ließ das Thema Suizid bei physikalischer Erkrankung lange Zeit relativ uninteressant erscheinen. Die Vermutung von WHITLOCK (18), somatische Erkrankung könne über einen unmittelbaren Einfluss auf den Hirnstoffwechsel Suizidalität auslösen und sei dementsprechend häufig bei Suizidpatienten anzutreffen, verleiht ihm neue Brisanz. Es lag deshalb nah an einem größeren Patientenkollektiv der Zusammenhangsfrage von Suizidalität und somatischer Krankheit erneut nachzugehen.

### **Methodik**

Vom 1.1.1970 bis 31.12.1979 wurden genau 3.000 Patienten nach Suizidhandlungen (SP) in der Medizinischen Klinik der städtischen Kliniken Darmstadt behandelt, davon 1.251 stationär. Da bei allen stationär aufgenommenen Patienten ein ausführlicher internistischer Untersuchungsbefund einschließlich Labor- und Röntgendaten dokumentiert war, nicht jedoch bei allen ambulant behandelten SP, beschränkt sich die Untersuchung auf stationär aufgenommene SP. Die Krankenakten von 1.214 Patienten waren auswertbar.

Den Krankenakten wurden alle zusätzlich zur Suizidhandlung gestellten psychiatrischen und somatischen Diagnosen einschließlich der zugehörigen Befunde entnommen, soweit diese nicht Folge der Suizidhandlung oder der ihr folgenden therapeutischen Maßnahmen waren.

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen somatischer Erkrankung und Suizidhandlung zu erfassen, wurden die Krankenakten und Entlassungsberichte dahingehend durchgesehen, welche Ursachen und Motive der Suizidhandlung in den Patientengesprächen deutlich geworden waren und welcher Einfluss der körperlichen Erkrankung zugewiesen worden war. Ein möglicher oder wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen somatischer Störung und Suizidhandlung wurde nur angenommen, wenn die persönliche Situation des Patienten vor der Suizidhandlung ausreichend dokumentiert und kein konkurrierendes Motiv der Suizidhandlung feststellbar war oder wenn bei Vorhandensein eines konkurrierenden Motivs der überwiegende Einfluss der somatischen Störung vom Patienten betont und vom behandelnden Arzt entsprechend gewertet worden war.

### **Ergebnisse**

#### **Soziographische Daten**

Die Altersverteilung der 1.214 stationär behandelten SP weicht gegenüber jener der Gesamtzahl jährlich behandel-

ter Suizidpatienten nur unwesentlich ab. Mittlere und ältere Jahrgänge sind gegenüber ambulant behandelten Patienten geringfügig überrepräsentiert. Dagegen zeigt die Kurve der Altersverteilung bei Suizidpatienten mit festgestellten somatischen Diagnosen einen völlig anderen Verlauf. Die größte Gruppe bilden hier die 66- bis 75-Jährigen. Während von allen stationär behandelten SP nur 11,4 % älter als 65 Jahre sind, fallen von jenen mit somatischen Diagnosen 30,3 % in diese Altersgruppe.

Unter den 1.214 stationär behandelten SP waren 455 Männer und 759 Frauen (Relation 1:1,67). In der Patientengruppe mit somatischen Diagnosen waren Männer etwas stärker repräsentiert (Relation 1:1,54).

Die somatisch kranken SP waren – entsprechend ihrem höheren Alter – seltener ledig und mehr als doppelt so häufig verwitwet. 35 % waren berentet (gegenüber 13,8 % aller stationär behandelten SP). Bei 19,3 % der 1.214 SP waren bereits frühere Suizidhandlungen vorausgegangen, davon in der Gruppe der somatisch Kranken SP in 21,5 %.

### **Diagnosen**

Bei 1.214 SP wurden in 21,2 % (257 Patienten) psychiatrische Diagnosen und in 27,2 % (330 Patienten) somatische Erkrankungen, die nicht Folge der Suizidhandlung oder der Therapie waren, festgestellt. Bei diesen 330 Patienten wurden 549 Diagnosen, im Mittel 1,7 Diagnosen dokumentiert. Gegenüber einem unausgesuchten internistischen Klientel (Tabelle 1) sind gastroenterologische, pulmonologische und hämatologische Erkrankungen bei SP deutlich selten, während Erkrankungen des Nervensystems, des Bewegungsapparates, Karzinome, endokrinologische Erkrankungen und gynäkologische Störungen bei SP erheblich überrepräsentiert sind.

Bei 248 (75,2 %) SP mit somatischen Diagnosen wurde eine ambulante Behandlung der somatischen Störung, bei 58 (17,6 %) eine stationäre Behandlung für erforderlich gehalten. Bei 20 (6,1 %) war keine Behandlung erforderlich, in 1,2 % ließ sich die Frage nicht eindeutig beantworten.

### **Zusammenhang zwischen somatischer Erkrankung und Suizidhandlung**

Die somatischen Erkrankungen wurden klassifiziert nach Krankheiten mit Persönlichkeitsverfall und schwerer Beeinträchtigung (63 Diagnosen), Malignomen (19 Diagnosen), chronischen degenerativen Erkrankungen (251 Diagnosen), akuten Infektionen (56 Diagnosen), Folgezuständen nach Operationen oder Unfällen [59 Diagnosen] und sonstigen Erkrankungen oder somatischen Störungen (101 Diagnosen) (Tabelle 2).

	Somat. Diagnosen (n=10241) bei internistischen Patienten (Vergleichsgruppe)	Internistische Diagnosen (n=528) bei Suizid-Patienten
Herz/Kreislauf	25,6	23,1
Magen/Darm	15,1	4,7
Niere/Harnwege	11,1	10,0
Luftwege	10,9	7,8
Diabetes	10,3	10,6
Nervensystem	7,5	14,4
Blut	4,5	1,9
Bewegungsapparat	3,8	6,3
Carcinom	2,0	3,6
Endokrinolog.	1,4	3,6
Haut	1,2	0,9
Gynäkolog.	1,1	4,0
Varia	5,7	9,1
	100,2	100,0

Tab. 1: Relative Häufigkeit somatischer Diagnosen bei Suizid-Patienten und internistisch Kranken der Medizinischen Klinik Darmstadt.

	Somatische Diagnosen bei Suizidpatienten	Zusammenhang zwischen somat. Diagnose und Suizidhandlung wahrscheinlich
1. Malignome	19	6
2. Krankheiten mit Persönlichkeitsverfall u. schwerer Beeinträchtigung	63	18
3. Folgezustände nach Operation oder Unfall	59	6
1. Chron. Degenerative Krankheiten	251	10
2. Sonstige Erkrankungen	101	3
3. Akute Infektionen	56	0
	549	42

Tab. 2: Zusammenhang zwischen somatischen Krankheiten und Suizidhandlungen bei stationären Suizid-Patienten

	<65 J.	>65 J
Alle stationären SP	88,6%	11,4%
SP mit somat. Diagnose	68,2%	31,8%
Somat. Krankheit als Auslöser von Suizidhandlungen	51,2%	48,8%

Tab. 3: Prozentualer Anteil alter Patienten unter Suizid-Patienten, Suizid-Patienten mit somatischer Diagnose und Suizidhandlungen als Folge somatischer Störungen

	n	Parauizid	Suizid	%
Alle stationären Suizid-Patienten	1214	1168	46	3,8 %
davon				
• ohne somat. Krankheit	884	862	22	2,5 %
• mit somat. Krankheit	330	306	24	7,3%
davon Zusammenhang somat. Krankheit u. Suizidhandl. vermutet	43	36	7	16,3%

Tab. 4: Letaler Ausgang suizidaler Handlungen bei Patienten mit und ohne somatische Erkrankung

Bei 43 SP wurde ein kausaler Zusammenhang zwischen somatischer Krankheit und Suizidhandlung auf Grund der obengenannten Kriterien für möglich oder wahrscheinlich gehalten, das sind 3,5 x des Gesamtkollektivs und 13,0 % der Patienten mit somatischen Störungen.

49 % dieser 43 SP waren älter als 65 Jahre (Tabelle 3). 7 dieser 43 SP verstarben infolge der Suizidhandlung (16, Tabelle 4).

Bei 34 (10,3 %) SP mit somatischer Diagnose war eine Beurteilung bezüglich des Zusammenhangs zwischen dieser und der Suizidhandlung nicht möglich. Bei 76,7 % wurde nach den vorhandenen Unterlagen der Zusammenhang für unwahrscheinlich gehalten.

#### Letalität der Suizidhandlungen

46 (3,8 %) der 1.214 stationär behandelten SP starben infolge der Suizidhandlung. Davon entfielen auf die Gruppe der 330 Patienten mit somatischen Erkrankungen 24 Todesfälle (7,3 %). Entsprechend lag der Anteil zum Tode führender Suizidhandlungen bei den 884 stationär behandelten SP ohne somatische Erkrankung nur bei 2,5 % (Tabelle 4).

### Diskussion

Die vorliegenden Daten erlauben den Schluss, dass somatische Erkrankungen bei SP mit 27,2 % der Fälle durchaus häufig sind. Die somatische Störung lässt sich jedoch nur in einem geringen Anteil (bei 13,0 % aller SP mit somatischen Störungen) als wesentliches auslösendes Moment der Suizidhandlung betrachten. Das höhere Alter und die höhere Letalität von Suizidhandlungen bei Patienten mit somatischen Krankheiten, insbesondere solchen, bei denen diese als Auslöser der Suizidhandlung möglich oder wahrscheinlich schien, erlaubt mehrere Interpretationen.

Einerseits könnte chronische Krankheit ein realer Auslöser von Suizidhandlungen sein. Ein Hinweis für diese Annahme wäre in unserem Material die größere Inzidenz somatischer Krankheit als suizidauslösendes Moment bei schweren, mit Persönlichkeitsverfall und erheblicher Beeinträchtigung einhergehenden Erkrankungen und bei Malignomen, als bei leichteren und Bagatellerkrankungen. WHITLOCK {18} diskutiert einen direkten, Suizidalität herbeiführenden Einfluss krankhafter Prozesse auf die Stoffwechselfunktion des Gehirns oder aber eine Auswirkung der bei somatisch kranken Menschen häufigeren Medikamenteneinnahme auf die Hirnfunktion. Die Häufigkeit der Medikamenteneinnahme konnte in unserem Untersuchungsmaterial nicht mit genügender Zuverlässigkeit erfasst werden. Die dritte von WHITLOCK getroffene Annahme, dass ein gemeinsamer Faktor (Sucht) somatische Krankheit und Suizidalität auslöst, scheidet in unserer Untersuchungsgruppe aus. Da jedoch nur in 13,0 % (bzw. 3,5 % aller stationär behandelten SP) ein Zusammenhang mit der Suizidhandlung wahrscheinlich gemacht werden konnte, wird die Annahme einer regelhaften Verursachung von Suizidalität auf organischem Wege von den hier vorgelegten Daten zumindest nicht gestützt.

Eine weitere Interpretationsmöglichkeit besteht darin, Krankheit neben anderen psychosozialen Faktoren insbesondere bei alten Menschen als Mitauslöser bei einem Teil der Suizidhandlungen anzusehen. Diese Interpretation entspricht der Wertung chronisch schwerer Krankheit als psychosozialer Risikofaktor. BATCHELOR und NAPIER (2) fanden bei 40 SP im Alter über 60 Jahren in 60 % körperliche Beeinträchtigungen und werteten diese im Sinne mitverursachender Faktoren. Am häufigsten waren wie in unserem Material Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gleichfalls häufig Gelenkerkrankungen und solche des Nervensystems. DORPAT (zitiert nach 18) fand 60 Patienten mit Parasuizid körperlich krank und glaubte bei 18 dieser Patienten einen Zusammenhang mit der Suizidhandlung herstellen zu können.

Die enorme Häufigkeit von Suizidhandlungen bei Dialyse-Patienten und die gesteigerte Suizidalität bei Anorexiestörungen, Ulcuskranken und – wenn auch nicht sehr ausgeprägt – Karzinomkranken wurde bereits erwähnt. Die Lebensbeeinträchtigung durch diese Krankheiten könnte für ihre Funktion als mitauslösende Faktoren sprechen.

Als dritte Diskussionsmöglichkeit ist zu berücksichtigen, dass alte, somatisch kranke Menschen auf Grund ihrer Vorschädigung leichter an Intoxikationsfolgen sterben als gesunde

junge Menschen, ohne dass die somatische Krankheit einen wesentlichen Einfluss auf das suizidale Verhalten hat. Diese Annahme lässt sich zwanglos mit unseren Daten vereinbaren. Höheres Alter und höhere Letalität bei somatisch kranken Suizidpatienten sprechen in dieser Hinsicht (Tabelle 4).

Leider liegt unseres Wissens keine entsprechende Untersuchung in der Literatur zum Vergleich vor. Angaben über somatische Krankheiten erfolgen in Berichten über Kollektive von Suizidpatienten nur sporadisch. Systematische Untersuchungen beziehen sich meist auf tödlich ausgehende Suizidhandlungen (11, 14, 18) oder sie beziehen sich auf Suizidhäufigkeit bei bestimmten Diagnosegruppen (1, 15, 16). Auch Untersuchungen über im Allgemeinkrankenhaus vollzogene Suizidhandlungen führen in dieser Frage nicht weiter, da die der Klinik entsprechenden Diagnosegruppen selbstverständlich überrepräsentiert sind. In der Literaturübersicht von PÖLDINGER (10) finden sich zahlreiche Arbeiten, die die Häufigkeit suizidaler Handlungen bei Tuberkulose, Lepra, Karzinomen, bei Körperbehinderten, chronischen Schmerzzuständen und zur Zeit der Menstruation untersuchen. Eine Aussage über den Einfluss somatischer Krankheit auf Suizidalität lässt sich anhand dieser Arbeiten nicht machen, zumal es sich meist um sehr kleine Fallzahlen handelt.

Auch die Aussagekraft unseres Materials ist begrenzt. Da sich die Untersuchung auf stationär in der Medizinischen Klinik behandelte SP beschränkt, konnte sie nur einen sehr kleinen Teil der letal ausgehenden Suizidhandlungen erfassen, da diese in der Mehrzahl nicht mehr in klinische Behandlung kommen. (Im gleichen Zeitraum erfolgten allein im Stadtgebiet Darmstadt 260 Suizide). Auch über die somatische Gesundheit der 58,3 % im gleichen Zeitraum ambulant behandelten SP kann keine Mitteilung gemacht werden. Da ältere Menschen häufiger somatisch krank sind und diese auch etwas häufiger stationär aufgenommen wurden, ist jedoch in der ambulant behandelten Klientel eher noch seltener ein Zusammenhang zwischen somatischer Störung und Suizidhandlung zu erwarten.

### Zusammenfassung

Die Untersuchung der Krankenakten von 1214 stationär aufgenommenen Suizidpatienten zeigt, dass ein hoher Anteil der Patienten (27,2 %) zugleich somatisch krank ist. Häufiger sind somatische Krankheiten bei alten Suizid-Patienten, sie gehen mit höherer suizidaler Letalität einher. Ein kausaler Zusammenhang zwischen der somatischen Störung und der Suizidhandlung konnte jedoch nur in 13,0% der somatisch Kranken bzw. in 3,5 % aller stationärer Suizidpatienten als möglich oder wahrscheinlich angesehen werden. Die Untersuchung unterstützt die Annahme, dass somatische Krankheit kein wesentlicher kausaler Faktor suizidalen Verhalten ist, dass jedoch die körperliche Vorschädigung für den Ausgang einer Suizidhandlung mitbestimmend sein kann.

### Literaturverzeichnis

(1) ABRAM, H.S., L.G. MOORE, F.B. WESTERVELT: *Suicidal behaviour in chronic dialysis patients. Amer. J. Psychiat.* 127 (1971), 1199-1204

- (2) BATCHELOR, I.R.C., M.B. NAPIER: *Attempted suicide in old age. Brit. med. J. I* (1953), 1135-1190.
- (3) KÖHLE, K., C. SIMONS, H. URBAN: *Zum Umgang mit unheilbaren Kranken. In: Th.v.UEXKÜLL (Hrsg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München – Wien – Baltimore: Urban u. Schwarzenberg, 1979*
- (4) KÖRBEL, H.: *Zehn-Jahres-Verlaufsstudie bei Patienten mit arterieller Verschlusskrankheit unter 40 Jahren. Med. Diss. Frankfurt/M. 1982*
- (5) KREITMAN, N.: *Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid. Nervenarzt 51* (1980), 131-138.
- (6) LEFER, J.: *Suizidrisiko 400fach erhöht bei Dialysepatienten. 6. Internationales Forum für Psychoanalyse, zit. in Medical Tribune Nr. 45* (1977).
- (7) LITIN, E.M.: *Should the Cancer Patient be Told? Postgrad. Med. 28* (1960), 470-475.
- (8) NEDDEN, J.Z.: *Das Problem des Selbstmordes unter den Krüppeln! Ztschr. F. Krüppelfürsorge 24* (1933), 152-155
- (9) PLÜGGE, H.: *Über suizidale Kranke, Psyche 5* (1951/2), 433-450.
- (10) PÖLDINGER W.: *Die Abschätzung der Suizidalität. Bern und Stuttgart: Huber, 1958.*
- (11) SANBORN, D.E., C.J. SANBORN, P. CIMBOLIC et al.: *Suicide and stress-relates dermatoses. Disease of the nervous system 33* (1972), 331-394.
- (12) SANBORN, D.E., D.J. SEIBERT: *Cancerphobie suicide and history of cancer. Psycholog. Report 38* (1976), 602.
- (13) SCHULTZ, J.H.: *Selbstvernichtung als Kampf gegen körperliches Leiden. Nervenarzt 23* (1952), 57-63.
- (14) STEWART, I.: *Suicide – the influence of organic disease. Lancet II* (1960), 919-920.
- (15) Viskum, K.: *Ulcer, attempted suicide and suicide. Acta psychiat. Scand 51* (1975), 221
- (16) WEISMAN, A.D.: *Coping behaviour and suicide in carcinoma. In: W. CULLEN, B.H. FOX, R.N. ISOM Cancer: The behavioral dimensions. New York: Raven Press, 1976, S. 331*
- (17) WHITLOCK, F.A.: *Suicide, cancer and depression. Brit. J. Psychiat. 132* (1978), 269ff
- (18) WHITLOCK, F.A.: *Depression and suicide. In: G.D. BURROWS (ed.): Handbook of depression. 2. Aufl. Amsterdam-London-New York: Excerpta Medica, 1980, S. 379-403.*

## **Gedanken zur Arbeitsgruppe Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen, 1985, Heft 43**

Ich möchte keinen vollständigen Bericht über die Arbeitsgruppe liefern, sondern versuchen, einige für mich wesentliche Eindrücke und Gedanken dazu wiederzugeben. Mich beschäftigt stark die Frage: Was unterscheidet die suizidalen Kinder und Jugendlichen eigentlich von suizidalen Erwachsenen? Was löst bei diesem Thema so viel Betroffenheit und Aktivitäten aus? Die Schwierigkeiten fangen schon bei der Einteilung

und Zuordnung zu den verschiedenen Altersgruppen an. Wo ist die Altersgrenze nach oben? Muss man nicht die Kindersuizide nochmals davon abtrennen? Unbestreitbar bestehen Unterschiede, die sich aus den spezifischen Eigenheiten jeder Lebensphase und ihrer Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung im entsprechenden Umfeld ergeben. Wir, die wir diese Etappe mehr oder weniger lang hinter uns haben, sind damit konfrontiert, dass jemand vorher abbrechen will, weil er in seiner Einengung keine andere Möglichkeit mehr sieht. Ich glaube, dass unser besonderes Bemühen auch etwas damit zu tun hat, dass wir meinen, dass wir den Weg nicht richtig bereitet haben, dass wir Steine in den Weg gerollt, Bäume vernichtet und Bomben an den Wegrand gelegt haben. Schließlich erging es uns ähnlich, wir haben vielleicht allmählich gelernt, unsere Sinneswahrnehmungen und unsere Gefühle zu bändigen, unseren Anfang – und damit eng verbunden unser Ende – zu vergessen. Mir kommt es so vor, als ob wir die Kinder und Jugendlichen bei der Hand nehmen, sie mitzerren, ihnen Mut machen und sagen: Warte ab, es geht dir später wieder besser. Ich empfinde dabei, dass wir Angst davor haben, dass unsere eigene schon abgestumpfte Sensibilität und Erlebnisfähigkeit wieder zunimmt mit der Konsequenz, dass für uns selbst das Weiterleben erschwert wird. Ich überlege mir, ob unsere Vorstellungen vom Tod so viel realer sind als die der Kinder und Jugendlichen. Ab dem zehnten Lebensjahr gibt es nach Aussagen von Experten eine echte Vorstellung vom Tod. Ich muss sagen, ich kann mir mein eigenes Ende und meinen Tod nicht vorstellen. Sind die Kinder mit ihrer mystischen Todesphantasie da nicht viel näher dran? Übrigens ist mir der Beginn meiner Individualität genauso unvorstellbar mystisch.

Zur Frage der Prävention der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen entsteht bei mir die Vorstellung, dass wir versuchen, uns auf die Gefühle der Kinder und Jugendlichen einzulassen, sie zu verstehen und zu akzeptieren. Vielleicht ist es dann möglich, in einer Wechselbeziehung mit ihnen gemeinsam der Einengung zu entgehen und sich dem Endziel einer Selbstverwirklichung anzunähern. Dies ist ein dynamischer Prozess, in dem wir selbst wiederum gegenüber Älteren in ähnlicher Wechselbeziehung stehen.

Was wurde nun unmittelbar in der Gruppe geredet? Es wurde über Statistik mit ihren Unsicherheiten und über mögliche Ursachen der Suizidalität geredet. Eine Beratungsstelle im Rahmen des Psychiatrie-Modellprogramms stellte sich dar. Über die Arbeit einer im Februar 1984 in Berlin gegründeten Wohngemeinschaft für Jugendliche in Krisensituationen wurde berichtet. Aus klinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen wurde berichtet. Einzelne erwarteten wie üblich Ratschläge, Rezepte und Heilmittel gegen Suizidalität. Viel wurde über Familie, Schule, weniger über gesellschaftliche Zusammenhänge geredet.

Weitgehende Übereinstimmung bestand über die Notwendigkeit einer Supervision bei allen, die mehr oder weniger professionell mit Kindern und Jugendlichen und deren Problemen einschließlich Suizidalität konfrontiert sind, was

leider bisher selbst in einigen Beratungsstellen keineswegs selbstverständlich ist. Auf diese Weise könnte es erreichbar sein, dass Einzelpersonen und Institutionen beim Umgang mit Jugendlichen und Kindern sich mit deren Problemen direkt auseinandersetzen und möglichst nicht das verhängnisvolle Abschieben an den „Spezialisten“ erfolgt. Meines Erachtens wäre die Aufgabe der Spezialisten vor allem in der Supervision zu sehen. In diesem Zusammenhang wurde von anwesenden Lehrern vorgeschlagen, an die DGS die Forderung heranzutragen, dass sie sich für die Einrichtung von Balintgruppen für Lehrer einsetzt.

Ich würde mir wünschen, dass in der entsprechenden Sektion der DGS in ähnlicher Richtung weitergearbeitet wird.

## Rückblick auf 10 Jahr DGS, 1982, Heft 31

Vortrag anlässlich der 10. Jahrestagung der DGS in München vom 8. bis 10.10.1982

Seit ihrem Bestehen wird immer wieder die Frage gestellt: „Wozu gibt es eigentlich die DGS? Und in letzter Zeit fügt sich gar nicht mehr selten die weitere Frage an: Sollte man sie nicht besser auflösen? Seit der Gründung der DGS vor zehn Jahren war von Auflösung wirklich nur in der Satzung die Rede, niemand dachte ernsthaft daran. Wenn man sich also fragt, wozu es die DGS „eigentlich“ gibt, ist es vielleicht legitim zu fragen, wie und wann man als (potentielles) Mitglied zur DGS kommt. Mein Einstieg in die DGS war – das glaube ich im Laufe der Zeit erfahren zu haben – nicht ganz untypisch. An meinem Arbeitsplatz hatte ich im Umgang mit Suizidpatienten ein erhebliches, ständig wachsendes Unbehagen. Ich spürte, „es muss etwas getan werden“. Ich spürte auch meine eigene Unzulänglichkeit und Uninformiertheit. So suchte ich Kontakte und fand einen in der Adresse der „Arche“, deren damaliger Geschäftsführer, Herr Rupp, mich sogleich herzlich zum nächsten, dem zweiten, Arbeitsgespräch der „Arche“ am 21./22. April 1972 einlud. Es sollte die Gründungsversammlung der DGS werden.

Anwesend war dort ein großer gemischter Haufen von Menschen, die ich zum Teil nie wieder gesehen habe. Darunter befanden sich Vertreter aus Ministerien und allen möglichen Organisationen, selbst die „Bildzeitung“ war dabei. Immerhin sind von den damals 70 im Verzeichnis geführten Teilnehmern, von denen tatsächlich nur etwa 50 anwesend waren, 19 noch heute DGS-Mitglieder. Felix Böcker hielt einen fundamentalen Vortrag über die Situation der Suizidprophylaxe. Bei der sich anschließenden Wahl gab es bereits ein Gerangel um Vorstandsposten. Vera Aigner, die nur knapp ein Jahr später am Suizid verstorbenen Exekutiv-Sekretärin der IASP, war dabei, hilfreich fördernd und schlichtend. Zum Abschied drückte der 1. Vorsitzende Böcker uns allen die Hand, und ich höre noch heute, wie er zu mir sagte: „Nun müsst ihr aber auch dabeibleiben“.

Mit welchen Mitteln wollte dieser kleine Haufen Verwegener sozusagen auf Bundesebene den Kampf mit dem uralten Phänomen Suizid aufnehmen? Es lohnt sich, deshalb noch ein weiteres Jahr zurückzugehen und den Pressebericht über das erste Arbeitsgespräch der „Arche“ im Juni 1971 nachzulesen. Dort heißt es „Unsere Arbeit kann auf lange Zeit nur effektiv sein durch eine Zusammenfassung der verschiedenen Bemühungen in Form einer Dachorganisation. Es soll daher heute von dieser Tagung die Anregung ausgehen, eine solche Einrichtung für Deutschland ins Leben zu rufen.“

Die geplante „Einrichtung“ soll drei Aufgaben übernehmen:

1. „Repräsentation der Suizidverhütung gegenüber allen möglichen Stellen: Gesetzgeber, Ministerien, öffentliche Verwaltung, Parteien, Presse, gesamte Öffentlichkeit. Stichwort: Lobby der Suizidgefährdeten.
2. Erleichterung der Geldbeschaffung im großen Stil.
3. Wahrung und Weitergabe der schon erarbeiteten Erfahrungen, damit nicht jeder von vorne anfangen muss. Dazu Herausgabe einer neuen Zeitschrift.“

(Diese schönen Ziele ließen sich – aus heutiger Sicht – nur mit sehr unterschiedlichem Erfolg anstreben: Von Geldbeschaffung „im großen Stil“ ist seither niemals mehr die Rede gewesen, während die Zeitschrift, die „Suizidprophylaxe“ schon 1974 auf Initiative von Michel Heinrich ins Leben gerufen wurde und seitdem dasselbe beharrlich fristet.

Beim ersten Arbeitsgespräch der „Arche“ erfolgte die Vorstellung von sechs Initiativen, von denen nur eine in der Sekundär-, alle anderen fast ausschließlich in der Tertiärprophylaxe arbeiteten. Von Primär-Prophylaxe der Suizidalität war damals überhaupt nicht die Rede, so wurde auch auf der Gründungsversammlung der DDG vornehmlich über die Notwendigkeit einer Nachsorge für Suizidpatienten gesprochen, zu der Hermann Pohlmeier damals hervorhebend bemerkte, sie könne durchaus auch von Laien ausgeübt werden. Es herrschte damals fast selbstverständlich die Phantasie, man könne durch den Aufbau präventiver und nachsorgender Einrichtungen die Suizidrate senken. So berichtete Numa Tetaz über ein vom französischen Staat geplantes Millionenprogramm, mit dessen Hilfe bis 1980(!) die Zahl der jährlichen Suizide in Frankreich um 2.800 und die der Selbstmordversuche um 18 % gesenkt werden sollte.

Eigentlich hätte man es damals schon besser wissen können. Ari Kiev's berühmte, kritische Bemerkung über die – fehlende – Effizienz der „Suicide-Prevention-Centres“ in den USA war schon im Jahre 1970 gefallen. Und so galt es auch für die junge DGS, von diesem Pferd – die Suizidziffer sei allein die Folge fehlender Beratungs- und Behandlungseinrichtungen – bald wieder herunterzukommen. Sie tat das nach drei noch relativ ungetrübten Wachstumsjahren, in denen die Jahresversammlungen vorwiegend auf Werbung von Mitgliedern und Werbung für die Idee ausgerichtet waren:

1972 am Rande der Lindauer Psychoherapiewochen, 1974 im Rahmen des Berliner Ärztetages, 1975 vor der Kulisse der im psychiatrischen Bereich tätigen Krankenschwestern, Pfleger und Sozialarbeiter in Heidelberg. Spätestens 1976, bei der Jahresversammlung in Dortmund, tauchten dann auch kritische Gedanken in der Diskussion auf. Gab es nicht auch negative Reaktionen, negative Gefühle von Ärzten und anderen Betreuern gegenüber ihren Suizidpatienten, negative Gegenübertragungsaspekte? Dieser Gedanke war damals ziemlich neu. Zwar hatte schon Welu 1972 ablehnende Reaktionen von Ärzten und Schwestern gegenüber Suizidpatienten auf einer Intensivstation beobachtet und beschrieben, doch die systematischen Studien von Patel, Ramon und zuletzt von Reimer, die belegten, welche Probleme sich in der Beziehung zwischen Betreuern und Suizidpatienten auftun, erschienen erst in den Jahren nach 1975. In Dortmund durfte dieser Aspekt noch nicht so deutlich angesprochen werden: Es gab damals Schelte. Aber schon ein Jahr später wurde unter dem neuen Vorsitzenden Pohlmeier das bisher indiskutable zum Thema erhoben: „Selbstmordverhütung – Anmaßung oder Verpflichtung?“ lautete das Thema der Jahresversammlung 1977 in Hamburg und ähnlich bereits auf der Reisenburger Frühjahrstagung des gleichen Jahres.

Die DGS sah nun ein, dass sie sich mehr als bisher auf die Grundlagen der von ihr angestrebten Arbeit besinnen müsse. So war es konsequent, dass ihre Jahresversammlungen mehr und mehr den Charakter von Arbeitstagungen gewannen. Unvermeidlich, glücklicherweise unvermeidlich, kamen nun erstmals auch primärprophylaktische Gedankengänge zum Zuge. So bereits 1978 in Koblenz, als Herbert Colla und Eckehardt Sperling die beiden Hauptvorträge hielten; „Schule“ bzw. „Familie – fördert oder verhindert sie Selbstmord“. So 1979 in Göttingen beim Thema „Lebensalter und Suizid“, so 1980 auch in Kassel, als Klaus-Peter Jörns programmatisch anfragte, was denn eigentlich „im Leben hält“. Unsere letztjährige Tagung in Lüneburg – in dieser Hinsicht ein (vorläufiger) Höhepunkt – suchte das Phänomen Suizid schließlich im Gesamtzusammenhang menschlichen Lebens, menschlichen Denkens und menschlicher Kultur zu orten. Manch einer meinte nun bereits wieder, die primären Anliegen der DGS aus Ihrer Gründerzeit seien darüber schon allzu sehr in den Hintergrund geraten.

Eine weitere Frage, die uns heute geläufig und selbstverständlich klingt, wurde gleichfalls auf der Gründungsversammlung nicht gestellt: was bringt mir die DGS? Dazu gibt es eine Beobachtung aus den vergangenen zehn Jahren, die nicht ganz unerwähnt bleiben darf. Es hat sich gezeigt, dass viele der Mitglieder, die im Laufe der Jahre in die DGS aufgenommen wurden, ihren Eintritt mit ähnlich großen Aufgaben und hehren Zielen verbanden wie die DGS5 selbst an Ihrem Anfang. Im Laufe der Zeit, der Mitgliedschaft, der Teilnahme an verschiedenen DGS-Aktivitäten kam dann für den Einzelnen häufig die Entdeckung, dass es bei der Beschäftigung mit der Suizidproblematik auch (oder vorrangig?) um die Bewältigung eigener suizidaler Bedrohungen und Verlockungen geht. Einen wesentlichen Anstoß dazu gab Hermann Pohlmeier 1974 in Heidelberg mit seinen Vortragsthema:

„Welche Ängste lösen Suizidpatienten aus?“ Wir haben im Laufe der Jahre eine ganze Reihe persönlicher Krisen unserer Mitglieder erlebt, und ich denke, auch unter diesen Aspekt ist es nicht ganz zufällig, wer DGS-Mitglied wird. Aber das ist keineswegs nur ein deutsches Phänomen! Ist die Krise überwunden, erfolgt dann häufig (leider!) der Austritt aus der DGS oder zumindest der Rückzug in die Passivität.

Diese Zusammenhänge, die erhebliche Komplexität des Problems, sind uns heute so einsichtig geworden, dass man m.E. auch öffentlich darüber sprechen kann. Bedauerlicherweise wird manchmal darüber bereits wieder vergessen, dass es in der DGS nach wie vor auch um ein besseres Hilfsangebot für Suizidgefährdete geht, um die Vermittlung von „Technik“. Diesem Ziel dienen – unter anderen – ja auch die Veranstaltungen der DGS, unser Mitteilungsheft „Suizidprophylaxe“ und auch diese Münchener Tagung.

Auffallenderweise war die Tagungskritik unserer Jahresversammlungen in den vergangenen Jahren fast ständig negativ, – negativ unter dem Motto: „Das habe ich für mich nicht erhalten?“ Herbe Kritik hat in der DGS schon eine lange Tradition. Am Ende der ersten Vera Aigner-Tagung im Oktober 1974 in Ulm blieb eine Gruppe der Teilnehmer kurzerhand im Tagungsraum sitzen, verlangte Verlängerung, diskutierte nach Abreise der Experten noch einige Stunden allein weiter und verfasste eine Resolution. Die in fünf Punkten geäußerte Kritik scheint mir in fast jeder Hinsicht auch heute noch gültig:

1. Der Ausbildungsstand der Tagungsteilnehmer ist zu unterschiedlich. Für viele wäre es besser gewesen, eine allgemeine Einführung in die Problematik der Suizidprophylaxe anzubieten.
2. Zeitmangel, besonders in den Arbeitsgruppen.
3. Das Selbstverständnis von Laienhelfern, Sozialarbeitern, Krankenschwestern, Polizisten etc. hinsichtlich ihrer Rolle in der Suizidprophylaxe ist zu wenig definiert.
4. Das Selbstverständnis der sogenannten Fachleute ist schwer durchschaubar.
5. Die Ziele der DGS sind zu wenig transparent.

Positiver kann die Tagungskritik wohl erst werden, wenn ich eingesehen habe, dass der Tagungsgegenstand keine „Sache“ ist, sondern dass auch mein eigenes Suizidproblem zur Diskussion steht, – wenn ich eingesehen habe, dass ich dieses so oder so angehen und verstehen, niemals aber endgültig lösen oder bewältigen kann, dass ich dennoch damit leben kann. Erst dann kann ich mich einigermaßen unbelastet Sachfragen zuwenden, – wenn mich nicht schlagartig das Interesse an der „Sache“ verlassen hat. So scheint es das Schicksal der DGS zu sein, in Abhängigkeit vom Einzelschicksal ihrer Mitglieder zu leben. Es scheint mir gut, das zu verstehen und so zu akzeptieren.

Noch einmal die Frage: Was bringt mir die DGS? Die DGS bietet meines Erachtens vor allem die einmalige Chance der Interdisziplinarität. Fast nirgendwo sonst ist diese so gut und so kontinuierlich realisiert. Natürlich wachsen daraus auch Probleme

für die DGS. Doch die Begegnung mit anderen Professionen, anderen Erfahrungshintergründen und anderen Denkinhalten macht die Arbeit in der DGS eigentlich attraktiv. Das interdisziplinäre Gespräch zu verlieren (wie es gelegentlich schon einmal überlegt wurde), wäre unter anderem auch eine (unbewußte) Leugnung der Motivation der DGS-Mitglieder, wie sie oben dargelegt wurde, – ein Stück kollektiver Regression. (Natürlich kann auch Regression, wenn sie zeitlich begrenzt bleibt, eine (selbst-) therapeutische Strategie sein. Auch damit müsste die DGS leben können.)

#### **Fazit:**

Man kann sich in der DGS nie ganz wohlfühlen, sie ist kein sicherer Hort (zum Glück!). Aber man kann – wie Erfahrung zeigen – in ihr eine Menge Einsichten und Freunde finden und behalten.

#### **Das Zitat**

Aus einer medizinischen Dissertationsarbeit: „238 Suizidpatienten, die im „Suicide-Prevention-Center“ betreut wurden, wurden nachuntersucht. Sie waren durch eine relativ hohe Letalität aufgefallen und aufgrund dessen in das Center aufgenommen worden“.

## 1986-1990

### **BGH-Entscheidung AZ VI ZR 114/84, 1986, Heft 47**

Im Editorial zu Heft 45 der: „Suizidprophylaxe“ fand ein neues Urteil des Bundesgerichtshofes Erwähnung, das schon auf den ersten Blick geeignet schien, alle neueren Bemühungen um eine verbesserte Versorgung von Suizidpatienten nachhaltig zu hintertreiben. Inzwischen liegt der Wortlaut des Urteils vor, und der Leser möge sich in dem nachstehend abgedruckten Text überzeugen, dass auch schlimme Befürchtungen keineswegs übertrieben sind. Die Unempfindlichkeit mit der ein derart sensibler Bereich innerhalb des Gesundheitswesens vom höchsten deutschen Gericht „bearbeitet“ wird, ist schon beeindruckend. Der Vorstand der DGS hat zu diesem Urteil einen Kommentar verfasst und an zahlreiche relevante betroffene Gesellschaften und Institutionen innerhalb der Bundesrepublik versandt. Es wäre erfreulich, wenn es nicht bei diesem einen Protest bliebe.

### **BUNDESGERICHTSHOF IM NAMEN DES VOLKES URTEIL**

VI ZR 114/84

Verkündet am: 8. Oktober 1985

Dem Krankenhausträger, der einen Patienten wegen Selbstgefährdung zu behandeln und ihn vor einer Selbstschädigung

zu bewahren hat, ist, wenn der Patient während der stationären Behandlung dennoch einen Selbsttötungsversuch unternimmt, grundsätzlich der Mitverschuldungseinwand versagt.

#### **Tatbestand**

Die klagende Ersatzkasse verlangt von dem beklagten Land aus Übergegangenem Recht Erstattung ihrer Leistungen, die sie aus Anlass einer Verletzung ihres Versicherten Uwe A. erbracht hat.

Das Mitglied der Klägerin befand sich nach Einnahme einer größeren Menge LSD seit dem 23. Oktober 1977 zur Behandlung in der neurologisch-psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Sp. des Beklagten. Die Diagnose lautete: „rezidivierende psychotische Reaktion, Verdacht auf beginnende schizophrene Entwicklung“. Am 12. November 1977 verließ der Patient sein Zimmer, begab sich in den zweiten Stock des Krankenhausgebäudes, kletterte dort über die Balustrade des Treppenhauses und stürzte sich in den Treppenhaussschacht. Durch den Sturz zog er sich erhebliche Verletzungen zu, die zunächst eine stationäre und anschließend eine ambulante Behandlung erforderlich machten. Hierfür musste die Klägerin insgesamt 33.709,33 DM aufwenden. Außerdem zahlte sie an ihr Mitglied in der Zeit vom 12. November 1977 bis 3. Februar 1979 Krankengeld in Höhe von 15.825,60 DM und führte Beiträge zur Rentenversicherung in Höhe von 2.391,40 DM ab.

Während einer weiteren stationären Behandlung in derselben Abteilung des Krankenhauses sprang Uwe A. am 17. Januar 1979 erneut vom zweiten Stockwerk aus in den Treppenschacht. Er wurde daraufhin vom 17. bis 19. Januar 1979 in der chirurgischen Abteilung versorgt, wofür die Klägerin 579,60 DM an Pflegekosten zu zahlen hatte. Die Klägerin hat von dem beklagten Land zunächst den Ersatz sämtlicher, bisher erbrachter Aufwendungen verlangt und die Feststellung begehrt, dass das beklagte Land verpflichtet ist, ihr alle weiteren Aufwendungen zu ersetzen, die sie aus Anlass des Schadensereignisses vom 12. November 1977 noch für ihr Mitglied erbringen muss.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Im Berufungsverfahren hat die Klägerin mit Zustimmung der Beklagten die Klage zurückgenommen, soweit sie damit Ersatz der aus Anlass des Sturzes vom 17. Januar 1979 erbrachten Aufwendungen verlangt hat. Die aufrecht erhaltene Berufung wurde zurückgewiesen. Mit der Revision verfolgt die Klägerin ihre zuletzt vor dem Berufungsgericht gestellten Anträge weiter.

#### **Entscheidungsgründe**

I.

Das Berufungsgericht geht in Übereinstimmung mit dem Landgericht davon aus, dass grundsätzlich eine Haftung des beklagten Landes für die Folgen des Sturzes des Mitglieds der Klägerin vom 12. November 1977 in Betracht kommen kann, meint jedoch, eine solche Haftung entfalle hier nach § 254 Abs.

1 BGB wegen überwiegendem Mitverschulden des Verletzten. Der Sprung in den Treppenhausschacht beruhe auf dessen eigenem gewollten Verhalten und nicht auf seiner Behandlungsbedürftigkeit. Die Klägerin habe jedenfalls nicht bewiesen, dass sich der bei ihr Versicherte in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe.

II.

Das Berufungsurteil hält der rechtlichen Nachprüfung nicht stand.

1. Zutreffend geht das Berufungsgericht allerdings davon aus, dass auch derjenige, der Schutzpflichtigen gegenüber einen anderen verletzt, grundsätzlich berechtigt ist, sich auf § 254 Abs. 1 BGB zu berufen, wenn sich die zu schützende Person durch mitursächliches schuldhaftes Verhalten selbst einen Schaden zufügt. Der erkennende Senat hat deshalb in zahlreichen Fällen, in denen ein Schädiger aufgrund Vertrages, Amtspflicht oder einer ihm obliegenden Verkehrsversicherungspflicht gehalten war, durch Hinweise, Warnungen oder andere Schutzmaßnahmen einer Schadensentstehung vorzubeugen, die auch der Geschädigte im eigenen Interesse zu vermeiden hatte, keine Bedenken dagegen gehabt, den Schaden gemäß § 254 Abs. 1 BGB ganz oder teilweise von dem Geschädigten selbst tragen zu lassen. Das kann auch bei Verletzung ärztlicher Fürsorgepflichten, insbesondere von Hinweis- und Warnpflichten, in Betracht kommen, da den Patienten die Obliegenheit trifft, an den Heilungsbemühungen des Arztes mitzuwirken.
2. Die Revision weist jedoch mit Recht darauf hin, dass – wie das Berufungsgericht zwar ebenfalls nicht verkennt – § 254 BGB als Ausprägung des in § 242 BGB normierten Grundsatzes von Treu und Glauben den Schädiger nur in dem Umfang von der Haftung entlasten soll, in dem der Schaden billigerweise dem eigenen Verhalten des Geschädigten zugerechnet werden muss. Der erkennende Senat folgt der Revision auch insofern, dass eine solche (auch nur teilweise) Schadenszurechnung gegenüber dem Geschädigten aus Schutzzweckerwägungen ausscheiden muss, wenn die Verhütung des entstandenen Schadens dem Beklagten allein oblag.

a) Aufgrund dieser Erwägungen hat der Senat z.B. einem Abschleppunternehmer den Einwand versagt, zu dem Abschleppen sei es nur gekommen, da der Kraftfahrzeughalter (dessen Fahrzeug beim Abschleppvorgang beschädigt wurde) gegen das Halteverbot und das Gebot zur Sicherung des Fahrzeugs gegen unbefugten Gebrauch verstoßen habe, und einem Arzt den Einwand, der (von ihm fehlerhaft behandelte) Patient habe seinen zur Behandlung führenden Unfall selbst verschuldet. Deshalb hat das Berufungsgericht – insoweit durchaus zutreffend – Uwe A. nicht schon deswegen ein Mitverschulden angelastet, weil sich seine Behandlungsbedürftigkeit nur aufgrund der Einnahme von LSD ergeben hat.

b) Aber auch der Selbstmordversuch des Patienten kann den Mitverschuldenseinwand nicht begründen. Der Schaden wird durch das Mitverschulden nämlich nur berührt, wenn er vom Schutzbereich der den Geschädigten treffenden Übliegenheiten erfasst ist. Das ist nur der Fall, wenn die in der Situation des Geschädigten konkret von ihm geforderte Mitwirkungspflicht gerade die Vermeidung des eingetretenen Schadens bezweckt. Die dem Patienten Uwe A. zumutbare Mitwirkungspflicht bezweckte aber, wie das Berufungsgericht verkannt hat, grundsätzlich nicht die Unterlassung eines Selbstmordversuches. Inhalt des Behandlungsvertrages war nicht nur die Behandlung der psychotischen Reaktionen, sondern auch die Verhinderung der bei dem Patienten bestehenden Selbstmordgefahr. Die Inschutznahme des Patienten „vor sich selbst“ stand entgegen der Ansicht der Revisionserwiderung mit im Zentrum des Anlasses für die Einschaltung ärztlicher Hilfe und prägte den Behandlungsauftrag. Es handelte sich dabei nicht nur um eine das Behandlungsverhältnis lediglich begleitende Nebenpflicht. Krankenhausärzte und Pflegepersonal hatten daher die Aufgabe, den Patienten während der Behandlungszeit vor von ihm „gewollten“ selbstschädigenden Handlungen zu bewahren.

Bei einer derartigen Gestaltung des Behandlungsvertrages ist ein dieser Behandlung und Fürsorge entgegenstehender Drang oder Wille des Patienten rechtlich ohne Bedeutung. Er erzeugt jedenfalls keine Pflicht des Patienten, von sich aus der Selbstmordgefahr entgegen zu wirken. Der Krankenträger kann daher einem an einer Psychose leidenden Patienten nicht entgegenhalten, er sei mitverantwortlich an einem durch einen Selbstmordversuch entstandenen Schaden, weil er seinen inneren krankhaften Zwang, für den ärztlicher Beistand übernommen worden war, nicht selbst unterdrückt hat. Solange daher eine Pflicht des Krankenträgers besteht, einen Patienten wegen einer bestehenden Selbstgefährdung zu behandeln und ihn vor dadurch möglicherweise eintretenden Schäden zu bewahren, können die bei einem dennoch erfolgenden Selbsttötungsversuch des Patienten eingetretenen Schäden niemals in den Schutzbereich der den Patienten treffenden Obliegenheiten fallen und können daher einen Mitverschuldenseinwand nicht begründen. Dem steht die Entscheidung in RGZ 108, 87 nicht entgegen, die dem Verlangen des wegen Geisteskrankheit behandelten Patienten, der während seines Aufenthaltes in der Krankenanstalt mit einer Krankenschwester ein Kind gezeugt hatte, auf Ersatz für seine Unterhaltspflicht den Mitverschuldenseinwand entgegengesetzt hat. Jenes Urteil betraf eine mit dem Streitfall nicht vergleichbare Interessen- und Pflichtenlage, da es dort nur um eine nicht im Mittelpunkt des Behandlungsauftrages stehende Nebenpflicht zur Wahrung von Vermögensinteressen des Patienten ging.

c) Anders mögen die Fälle zu beurteilen sein, in denen ein Patient, der zunächst wegen einer geistigen Erkrankung, die Selbstmordgefahren mit sich brachte, in Behandlung kam und im Verlaufe der Behandlung soweit wieder hergestellt wird, dass aufgrund der Krankheit solche Gefahren nicht mehr bestehen,

dass er aber aus normal-psychologischen Motiven oder sonstigen sachlichen Überlegungen seinem Leben ein Ende bereiten, also einen sogenannten „Bilanzselbstmord“ begehen will. Falls es derartige Fallgestaltungen überhaupt gibt, dann würde sich dort eine Gefahr verwirklicht haben, vor der der Patient durch die Krankenanstalt 'nicht mehr zu schützen war, so dass von vornherein jede Haftung des Krankenhausträgers ausscheidet. Für eine Anwendung des § 254 Abs. 1 BGB ist dann kein Raum mehr.

### III.

Bei dieser Sachlage kommt es auf die vom Berufungsgericht in den Vordergrund seiner Erwägungen gestellte Frage, ob sich das Mitglied der Klägerin bei seinem Sprung in den Treppenhaustrichter in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand der krankhaften Störung der Geistestätigkeit befand, und welche der beiden Parteien dafür die Beweislast trägt, nicht an. Das Berufungsurteil musste unabhängig davon aufgehoben werden. Da das Berufungsgericht bisher nur eine Haftung des beklagten Landes unterstellt, aber keine Tatsachen festgestellt hat, aus denen sich diese zweifelsfrei ergibt, musste die Sache, auch wegen der Entscheidung über die Kosten der Revision, an das Berufungsgericht zurückverwiesen werden. Der Senat hat dabei von der Möglichkeit des § 565 Abs. 1 Satz 2 ZPO Gebrauch gemacht, die Sache an einen anderen Senat des Berufungsgerichtes zurückzuverweisen.

## Zu diesem Heft, 1986, SH1

Mit diesem Sonderheft möchten wir denjenigen, die sich erstmals an das Problem heranmachen, die allerwichtigsten Daten an die Hand geben. Wir wollen für die Sache der Suizidgefährdeten werben und Anreiz dafür schaffen, sich näher mit der Suizidprophylaxe zu beschäftigen.

Aus dem Vorwort zur ersten Auflage: „Suizid und Suizidversuch sind heute allgegenwärtige Themen. Fast jede Zeitungsausgabe berichtet davon. In vielen Fachzeitschriften werden Berichte und wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht. ... In 10 Jahren gab es 32 deutschsprachige Bücher und Monographien. ... Die einstmalige Tabuierung des Selbstmordproblems scheint endgültig vorbei und überwunden. Seine Entprivatisierung schreitet in raschen Schritten voran und stirbt zielstrebig auf eine Inthronisierung als gesellschaftlich anerkanntes „öffentliches Problem“ zu. Sterben, Tod und Leben nach dem Tode, Euthanasie und Suizid scheinen gesellschaftsfähig zu werden. Aber es lässt sich darüber leichter reden und schreiben als über Krisenbewältigung, Lebensbefähigung, Hoffnung, Glaube, Begleitung eines Menschen am Ende seines Lebens. Die naturwissenschaftliche Medizin zeitigt große Erfolge bei der Senkung der Kindersterblichkeit, Verlängerung des Lebens, Verhinderung des Todes bei Krankheit und suizidalen Handlungen. ... Die Suizidrate steigt trotz der genannten Öffentlichkeit des Problems. Der Suizid als Problemlöser, die Intoxikation als suizidale Pause, die Angst vor dem Suizid des Anderen, sind sehr weit verbreitet. Mit Tests und

Vorsorgeuntersuchungen lässt sich die Suizidalität nicht in großem Umfang frühzeitig abschätzen und verhindern. Wir werden von einer Suizidhandlung gewöhnlich überrascht. Suizidprophylaxe bleibt Utopie, wenn ihre Grundlagen, wenn Hilfsmöglichkeiten nicht bekannt sind.

In dieser zweiten Auflage legen wir den Schwerpunkt auf den Umgang mit Suizidgefährdeten allgemein, in der Telefonseelsorge, im Psychiatrischen und Allgemeinkrankenhaus. Die vielzitierte Arbeit von H.J. LIPPERT: Suizid in Zahlen und Kurvendarstellungen. Suizidprophylaxe 3 (1976) 46, geben wir deshalb hier nicht wieder. Wir können doppelt soviel Initiativ-Adressen angeben und auch die Zahl der Bücher hat sich fast verzweifacht. Die mit der Kontaktnahme und Sammlung verbundene Arbeit hat Frau M. STRAUB geleistet, der wir herzlich danken.

Die erste Auflage erschien 1979 als 1. Sonderheft der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“, die 1974 entstand und dem Informationsaustausch der Mitglieder der DGS diente. Sie fand aber auch über den engeren Kreis hinaus viele Leser und wurde gern zitiert. Deshalb erscheint sie jetzt nach 10 Jahren Herausgabe in Eigenverlag seit dem Heft 38 als SUIZIDPROPHYLAXE im S. Roderer Verlag, Regensburg.

Die Zeitschrift ist ein Forum für spezielle Ergebnisse der Suizidforschung, für Erfahrungsberichte und Betroffenheit von Gefährdeten wie Helfern. Betroffene, Laien und Fachleute aller Disziplinen können hier berichten, aufklären, untersuchen und Stellung beziehen mit dem Ziel, das Phänomen Suizid besser zu verstehen und realitätsgerechte Ansätze für eine wirksame Suizidprophylaxe zu finden.

Die Deutsche Gesellschaft für Selbstmordverhütung, die wir hiermit vorstellen, bedarf ihrer ideellen und finanziellen Unterstützung und der aktiven Mitgliedschaft.

M. Heinrich

H. L. Wedler

### Auch in diesem Zeitabschnitt gibt es sehr lesenswerte weitere Beiträge:

- Hans Rost Preis 1989, 1989, Heft 61
- Buchbesprechung „Der gesuchte Tod, warum Menschen sich töten, 1990, Heft 64

## 1991-1995

### **Nimmt die DGS denn keinen Anteil? 1992, Heft 73**

Hans Wedler

Thema „Sterbehilfe“. Man muss nur irgendeine Zeitung aufschlagen – schon prallt es einem entgegen. Man muss nur für ein paar Minuten einem Journalisten gegenüber sitzen – schon steht sie im Raum, die fatale Frage. Man muss nur die eigene Intensiv-Station betreten mit ihren alten, schwachen, beatmeten, suizidalen Patienten – schon spürt man den vorwurfsvollen Blick wenigstens eines der dort Tätigen, höflich gesenkt, doch voller Verachtung. Ja, wollt Ihr denn um jeden Preis den Suizid verhindern? Ist es nicht längst an der Zeit, dem Menschen ein Recht einzuräumen zu sterben, wann er will, wenn es schon sein muss? Woher nimmt sie denn, die vielgepriesene moderne Medizin, wenn sie schon so kläglich versagt, das Recht, dem Schicksal nicht „seinen freien Lauf“ zu lassen?

Immer mehr Menschen kommen mit den unterschriebenen Formularen sogenannter Patiententestamente zum Arzt. Euthanasiegesellschaften sind aus dem Boden hervorgeschossen, ihre Versammlungen ziehen mehr Menschen an und in ihren Bann, als es je eine Tagung zum Thema Suizidprävention vermochte. Prominente und reputierte Wissenschaftler sitzen an runden Tischen, Politiker veranstalten Hearings, Juristentage debattieren, hochrangige Wortführer werden ein- und wieder ausgeladen. Und die DGS – steht sie nur am Rande und schweigt?

Längst hat sich auch die Gegenseite formiert. Behindertenverbände protestieren und sitzen „in“, selbst sogenannte Krüppel werfen Knüppel zwischen die Beine gehasster Redner, die „Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie“ klagt und verklagt. Die Emotionen gehen hoch. Und wo steht die DGS? Hört sie bei alledem nicht hin? Nimmt sie denn gar keinen Anteil?

Nun, natürlich ist das Thema Euthanasie nicht an der DGS vorbeigegangen. Es durchsetzt und würzt ihre Diskussionen, auch auf Öffentlichen Veranstaltungen, freilich lieber nicht so laut, nicht so unmittelbar angesprochen. Einige ihrer Experten haben Stellung bezogen, als das Thema noch längst kein so öffentlicher Gegenstand war – kontrovers von vornherein. Die Stellungnahme der DGS zur einstmaligen nahe scheinenden Gesetzesrevision lagert irgendwo in Beamtschränken in Bonn, ist ohne Widerhall geblieben. Ohnehin war es schwierig, sich innerhalb des Vorstandes auf einen Wortlaut zu einigen. Offenbar ist die DGS mit der Multiprofessionalität ihrer Mitglieder zu pluralistisch, sind die Standorte und Erfahrungshintergründe zu verschieden, um sich auf eine gemeinsame Position verständigen, mit einer Stimme sprechen zu können.

So suchte der Vorstand aus der Not eine Tugend zu machen und verschiedene Meinungen zu einem Konglomerat zusammen zu führen, das dann, in der Vielzahl seiner gesammelten Aspekte, auch – so war die Hoffnung – einen Standort „der DGS“ erkennen lassen sollte.

Gedacht – getan. Im August 1988 schrieb ich an 9 Experten, vom Vorstand sorgsam und demokratisch ausgewählt, „mit einem besonderen Anliegen“:

*„Seit einiger Zeit findet in der Öffentlichkeit eine heftige Debatte statt über die sogenannte aktive Sterbehilfe. Wie Sie wissen, sind Prof. Hackethal und die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben diejenigen, die sich in dieser Sache am häufigsten und am lautesten zu Wort gemeldet haben. Die starke öffentliche Resonanz zeigt aber, dass hier ein durchaus aktuelles Thema angesprochen ist, das viele Menschen offenbar tief berührt und verunsichert. Wie bei vielen öffentlich geführten Debatten wird der Beobachter hinter den hochgehenden Wogen der Emotionen sehr unterschiedliche Einstellungen zu dieser Frage, auch sehr unterschiedliche Erwartungen bemerken können. Ja, es geht sogar um höchst unterschiedliche Dinge, die nun einmal nicht in den gleichen Topf gehören: Maßnahmen bei lebensbedrohlich Kranken auf der Intensiv-Station, Sterben auf Verlangen bei alten Menschen, bei chronisch Kranken, bei Entstellten, Fortführung maschineller Beatmung bei Hirntoten, Intensiv-Maßnahmen bei hirngeschädigten Neugeborenen – um nur einige Beispiele zu nennen. Ein kürzlich in der 'Neuen Ärztlichen' erschienener, von meinem ehemaligen Chef, Prof. Anschütz, dazu geschriebener Artikel möge als Anregung dienen.“*

An dieser Stelle folgte der kommentierende Bericht über eine Tagung der Evangelischen Akademie Tutzing zum gleichen Thema und die Bitte, sich davon zu eigener schriftlicher Stellungnahme anstecken zu lassen. Die erwarteten Papiere sollten (mindestens) ein Heft der „Suizidprophylaxe“ füllen.

Die Reaktion war spärlich. Ein Jahr ist inzwischen vergangen, vor wenigen Tagen traf gerade das dritte der erwarteten Elabore ein. Die Korrespondenz aber rundherum einschließlich höflicher Erinnerungen etc. füllt bereits einen ganzen Ordner. „Leider fehlt mir die Zeit ...“ – „ich weiß gar nicht, ob ich DGS-Mitglied bin ...“ – „ich bin mir nicht sicher, ob es Zweck hat, dass Sie auf meinen Beitrag warten ...“ – „muss nun doch leider endgültig absagen ...“ – „ich brings' nicht aufs Band ...“

Ein guter Freund schreibt, wie leicht es ihm gefallen sei, in öffentlicher Diskussion offen den Respekt für die eigene Entscheidung unserer Klienten einzuklagen, und wie schwer, in der persönlichen, privaten Situation dieser selbstgestellten Forderung nachzukommen. Was er heute dazu denke? Er wolle und könne es nun nicht mehr öffentlich schreiben.

Versagen wir vor unserem eigenen Anspruch? Verschlägt es uns die Sprache, wenn wir im Durcheinander der Begriffe („Freitod“, „sanfter Tod“, „Sterbehilfe“, „Selbstmord“, „Euthanasie“) klare Sicht behalten sollen? Was macht uns die Feder plötzlich so stumpf? Führen wir gar nur Fensterreden, wenn wir meinen,

der Suizid sei vermeidbar, es sei eine Aufgabe der Gesellschaft, ihn zu verhindern? Ist es uns damit gar nicht so ernst? Warum berührt gerade diese Frage – nach der Einstellung zur Euthanasie – offenbar so sehr das Selbstverständnis der Wortführer der Suizidprävention? Einige mögliche Erklärungen drängen sich mir auf, ohne dass ich um ihren Wirklichkeitsgrad weiß.

1. Es ist uns gar nicht so ernst um die Suizidprävention.
2. Wir haben nicht genügend nachgedacht. Suizidprävention? Ja! Aber: Selbstbestimmung des Menschen in jeder Situation? Auch ja!
3. Was wir an der Suizidprävention richtig finden, wenden wir nur auf andere an, nicht auf uns selber als Privatpersonen (siehe auch die Befragungen von C. Reimer bei verschiedenen Berufsgruppen!).
4. Viele von uns werden einfach nicht genügend mit der Wirklichkeit von Schmerz, Krankheit und Sterben konfrontiert, um sich ein eigenes, argumentationsfestes Urteil bilden zu können.
5. Wir beziehen unser Argumentationsrepertoire für die Suizidprävention aus einer ganz anderen Kiste als etwa Argumente für oder gegen die Euthanasie.
6. Wir sind wissenschaftliche Romantiker. Wir betrachten die Bausteine (oder Bruchstücke) der Diskussion um Suizid und Euthanasie wie durch ein Kaleidoskop – um etwas Schönes zu sehen. Aber kaum glauben wir, etwas erkannt zu haben, hat sich das Bild durch eine kaum spürbare Bewegung total verändert. Wir wären enttäuscht, die simplen Glassplitter in der Hand zu halten, die in der Lage waren, so wunderbare Mosaik uns vorzuzaubern.

Vielleicht aber war die Frage auch zu unpräzise und deshalb falsch gestellt.

Wir suchen nach Gesetzmäßigkeiten, die suizidales Verhalten – möglichst umfassend – erklären und uns damit den Schlüssel zu seiner Bekämpfung in die Hand geben sollen, und finden (außer in einzelnen Subkohorten) doch keine, die es erlauben würden, eine Logik der Suizidalität zu verstehen. Ähnlich suchen andere nach Gesetzmäßigkeiten im Erleben des Sterbens, der Krankheit, des unbeheblichen Leidens, um daraus eine Logik des Umgangs mit solchen Situationen (z.B. zur Rechtfertigung der Euthanasie) abzuleiten. Auch sie werden nicht fündig, da zwar die Biologie ihre Gesetze kennt und gleichfalls die Psychologie, nicht aber (oder doch nur höchst unvollkommen) die Interaktion beider Systeme, da die enorme Zunahme der Freiheitsgrade und der Impedanz eine Zusammenhangsbetrachtung rasch an die Grenze der Erfassbarkeit führt (übrigens ein Grundproblem der Psychosomatik).

Sowohl im einen wie im anderen Fall sind wir gezwungen, unser Handeln an Beobachtungen und allenfalls Hilfhypothesen auszurichten, die jeweils nur für kleine Gruppen, wenn nicht gar für Einzelpersonen gelten. So wissen wir zwar, dass Suizidalität mit Ambivalenz verbunden ist. Unser Handlungsraum aber verengt sich in dem Maße, wie sie nicht wahrgenommen oder der sie charakterisierende Spannungsbogen unelastisch

wird. Im Argumentationsfundus der Euthanasie-Befürworter sieht es diesbezüglich nicht besser aus.

Gemeinsam ist den Befürwortern der Suizidprävention wie der Euthanasie der Wunsch, einzelne erlebte Schicksale mildernd beeinflussen zu wollen – und damit eigene Ängste und Bedrohungen zu bannen. Dass das möglich ist, zeigen unzählige Beispiele (auch in dem bestehenden gesetzlichen Rahmen), aber es lassen sich daraus keine logisch nachvollziehbaren Gesetzmäßigkeiten ableiten.

Vielleicht wäre es richtiger – und auch fairer – gewesen, unsere Adressaten und DGS-Mitglieder zu fragen:

1. Schließt Ihr Engagement für die Suizidprävention ein Engagement für Euthanasie aus bzw. bis zu welcher Grenze verträgt sich beides?
2. Können Sie – wie Sie gelernt haben, trotz aller Suizidprävention die Realität des Suizids zu ertragen und im Einzelfall auch zu akzeptieren, – den Tod von Menschen durch die Hand Dritter (oder ihre eigene Hand?) ertragen und akzeptieren? Bis zu welcher Grenze?
3. Wenn nicht logisch fassbare Naturgesetzmäßigkeit, sondern ethischer Konsens, Gewohnheit und Tradition das Verhalten einer Gesellschaft bestimmen, wären Sie bereit, einer permissiveren Haltung gegenüber Suizid und Euthanasie in unserer Gesellschaft zuzustimmen?

## Offener Brief an Frau Professor Battin, 1992, Heft 71

Sehr geehrte Frau Professor Battin,

in einem im Hasting Center Report (3-4/92) erschienenen Aufsatz stellen Sie an Ihre Landsleute in den USA die Frage: „Assisted Suicide: Can we learn from Germany?“ Ich habe Ihren Artikel mit großem Interesse und wachsendem Erstaunen gelesen. Ist es wirklich mein Land, von dem hier die Rede ist? Haben wir deutschen Mediziner, Psychologen, Sozialwissenschaftler und Sozialarbeiter, die sich wissenschaftlich und praktisch mit Suizidologie und Suizidprävention befassen, schlicht eine wegweisende Entwicklung, die sich vor unseren Augen abspielt, verschlafen? Haben wir einfach nicht gemerkt, in welcher bevorzugten gesellschaftlichen Situation wir leben, um ein weltweit heiß diskutiertes, extrem schwieriges ethisches Problem besser als andere lösen zu können?

Ihre Ausführungen enthalten eine Reihe von Thesen:

1. In Deutschland gäbe es – im Gegensatz zu anderen Ländern – eine Kultur der Beihilfe zum Suizid, die es terminal Kranken unbürokratisch erlaube, das Ende des Lebens und Leidens selbst zu bestimmen.

2. Diese Kultur sei entstanden und gewachsen auf dem Boden einer sprachlichen Unterscheidungsmöglichkeit zwischen „Freitod“ einerseits und „Selbstmord“, „Selbsttötung“ und Suizid andererseits.
3. Die Rechtssituation, die Beihilfe zum Suizid nicht pönalisieren, sei in Deutschland einzigartig und gebe die juristische Grundlage zu dieser „Kultur“.
4. Institutionalisiert sei diese Möglichkeit unkomplizierter individueller Entscheidung zum Suizid in aussichtslosen Lebenssituationen durch die Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS) in einer quasi vorbildlichen Philosophie und Organisationsstruktur.
5. Das Besondere an der deutschen Situation sei die Nichtbeteiligung der Ärzte an diesem Vorgang, was zwar einerseits im Hinblick auf mögliche Suizidprävention auch Gefahren enthalte, andererseits der freiheitlichen Selbstbestimmung des Menschen einen größeren Gestaltungsraum gebe.

Allen diesen fünf Thesen muss ich als einer, der in diesem Land lebt und seit langer Zeit mit terminal Kranken und suizidalen Patienten arbeitet, diametral widersprechen.

Ad 1: Gäbe es die von Ihnen beschriebene Kultur des leicht herbeigeführten Suizids, die es den Menschen in Deutschland ermögliche, sinnlos erscheinendes Leiden und Sterben nach eigenem freiheitlichem Entschluss zu verkürzen und zu beenden, so müsste doch jeder Arzt in Deutschland eine ganze Reihe seiner Patienten kennen, die diesen Weg auch gewählt haben. Tatsächlich sind es nur Einzelfälle. Eine Kultur der Beihilfe zum Suizid müsste weiterhin Eingang gefunden haben in die Beratungspraxis ärztlicher und nichtärztlicher Institutionen, in die öffentliche Diskussion und in die Darstellung der Medien. Davon aber kann keine Rede sein.

Eine solche Kultur müsste sich schließlich auch quantitativ bedeutsam in den offiziellen Suizidstatistiken niederschlagen. In Deutschland ist die Suizidquote jedoch seit 14 Jahren kontinuierlich rückläufig – trotz der inzwischen erfolgten Gründung der DGHS, ihrer mit den Jahren gewachsenen Aktivitäten und sprunghaft steigenden Mitgliederzahlen. Von den 9 995 im Jahre 1990 in den alten Bundesländern erfassten Suizidtoten waren 3 706 69 Jahre und älter gewesen. Waren sie fast alle DGHS-Mitglieder (wie man aus den von Ihnen zitierten Zahlen schließen musste)? Und selbst wenn 2000 oder 3 000 Menschen jährlich diesen Weg in Deutschland wählen sollten: Was ist diese Zahl verglichen mit rund 700 000 Verstorbenen jährlich, darunter 170 000 an bösartigen Tumoren Verstorbenen? Es sind nicht einmal 2 % der Krebstoten, nicht einmal 0,5 % der Verstorbenen insgesamt. Kann man hier von einer „Kultur“ sprechen, die von einer relevanten gesellschaftlichen Gruppe erkannt und praktiziert wird?

Um die von Ihnen aufgestellte These zu belegen, hätte es zumindest des Nachweises bedurft, dass in Deutschland – anders als in anderen Ländern – die Zahl vollendeter Suizide unter terminal Kranken deutlich erhöht ist. Alle vorliegenden Daten

und Erfahrungen sprechen jedoch gegen eine erhöhte Suizidquote unter Krebskranken und anderen terminal kranken Menschen auch in Deutschland.

Ad 2: Die in Deutschland gängigen Begriffe wie „Freitod“, „Selbstmord“ usw. werden keineswegs – wie Sie vermuten – differenziert verwendet. Es gibt in Deutschland Menschen, die nennen jeden Suizid „Freitod“, andere verwenden immer den Begriff „Selbstmord“, nur wenige (vor allem die Fachleute) sprechen von „Suizid“ oder „Selbsttötung“. Abgesprochene Sprachregelungen gibt es z. B. in den Redaktionen der Zeitungen, – diese ändern sich bisweilen auch, wenn (was selten geschieht) eine Diskussion der Begriffe mit Experten stattgefunden hat. Es ist mehr eine Frage des Geschmacks und der Gewohnheit, von „Selbstmord“ oder „Freitod“ zu sprechen, nicht einer differenzieren oder gar kulturell begründeten Betrachtungsweise. Einige wenige Ausnahmen von dieser Regel, die sich für oder gegen einen der Begriffe vehement eingesetzt und geäußert haben, haben an dem generellen Usus nichts ändern können. Mein Eindruck ist, dass die Verwendung der Begriffe allgemein in der Bevölkerung eher leichtfertig erfolgt, und es wäre meines Erachtens ein Fortschritt, wenn wir Deutschen uns endlich – wie in der englischen Sprache – auf einen Begriff einigen könnten.

Ad 3: Beihilfe zum Suizid ist in Deutschland nicht strafbar. Die Begründung hierfür liegt in der logischen juristischen Überlegung, dass Mithilfe zu einer Tat, die nicht strafbar ist, gleichfalls nicht strafbar sein kann. Diese Logik verwenden übrigens auch die Rechtssysteme anderer Länder (z.B. Belgien, Frankreich, Schweden, Finnland, Schweiz, Griechenland). Anders ist es natürlich mit einer aktiven Tötung, die, auch wenn sie auf Verlangen des Betroffenen geschieht, immer strafbar ist (wie in allen anderen Ländern auch mit der besonderen Ausnahme Hollands, wo unter bestimmten Voraussetzungen keine Strafverfolgung erfolgt). Und hier liegt der eigentliche Kern des weltweit diskutierten Problems.

Ad 4 Die DGHS ist keineswegs eine Organisation, die mit kulturell begründeter Philosophie und vorbildlicher Organisationsstruktur den Suizid des terminal kranken Deutschen menschlich macht. Die DGHS entstand ursprünglich als Reaktion auf die weltweit auflebende Euthanasiedebatte – zeitlich später als beispielsweise die EXIT-Organisationen in anderen europäischen Ländern. Aus der besonderen historischen Situation Deutschlands heraus war und ist es jedoch hierzulande höchst unpopulär, aktive Euthanasie zu fordern und zu vertreten. Wohl auch aus diesem Grunde beschränkte sich die DGHS von Anfang an auf Beihilfe zum Suizid. Erkennbare Wandlungen der Strategie, die die DGHS seit ihrer Gründung erfahren hat, sind durchweg Reaktionen auf öffentliche Angriffe und juristische Drohungen. Oft hat sich die DGHS gerade noch am Rande des nach unserer Rechtsprechung Erlaubten bewegt, auch Beispiele, wo diese Grenzen überschritten wurden, sind bekannt. Die Methoden, mit denen die DGHS dabei öffentliche Werbung betrieb und betreibt, wurden nicht nur einmal als verantwortungslos und vom ethischen

und humanistischen Standpunkt zumindest äußerst fragwürdig kommentiert. Der Zulauf, den die DGHS erfahren hat, erklärt sich aus einer einfachen Erfahrung. Jeder Suizidologe weiß, dass der Gedanke an Suizid für jeden Menschen irgendwo Relevanz hat. Die Möglichkeit des Suizids ist geradezu Vorbedingung für einen Großteil menschlicher Kreativität und menschlicher Zuversicht – eine Art geistige Rückversicherung in Zeiten, in denen der religiöse Glaube eine immer geringere Rolle spielt. Glücklicherweise wird diese Rückversicherung nur in den seltensten Fällen (und längst nicht von allen eingeschriebenen DGHS-Mitgliedern) in Anspruch genommen und wenn, dann nicht als „Freie Entscheidung“, sondern in jenem charakteristischen Zustand vielfältiger Einnengungen, den wir typischerweise bei suizidalen Menschen beobachten.

Keineswegs ist es so, dass der Kontakt zur DGHS vorzugsweise von terminal Kranken oder von terminaler Krankheit unmittelbar Bedrohten erfolgt. Die lautesten Fürsprecher der DGHS erfreuen sich im Gegenteil meist ungeteilter Gesundheit. Es ist eben die Angst vor einem möglichen zukünftigen Schicksal, die uns zu dem Gedanken an die erwähnte „Rückversicherung“ veranlasst – nicht der Eintritt dieses Schicksals selbst.

Natürlich passieren auch in Deutschland Suizide und natürlich wird dabei auch bisweilen der Weg über die Methoden besprochen, welche die DGHS feilhält. Aber das ist kein spezifisch deutsches Phänomen und geschieht in anderen Ländern nicht anders.

Ad 5: Nach wie vor ist es – in Deutschland wie fast überall auf der Welt – der Arzt, bei dem der Kranke, der Hilfsbedürftige, auch der irreparabel Leidende in aller erster Linie Hilfe sucht. In Deutschland besteht ein rechtlich hinlänglich abgesicherter und gangbarer Konsensus über die Einstellung therapeutischer Maßnahmen in sinnlosen Situationen. Juristische Exzesse, wie in den USA, gibt es in dieser Sache kaum. Der Arzt wird häufig Ansprechpartner auch bezüglich der Forderung nach aktiver Beendigung des Leidens. Es ist Teil seiner Aufgabe, mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten solche Situationen menschlich und ärztlich zu bewältigen.

Es wäre sicherlich eine Entlastung der Ärzte, wenn in den hier mitunter anstehenden schwierigen Entscheidungen Nichtärzte Verantwortung übernehmen könnten und wollten (z. B. Theologen, Ethiker, Psychologen, Sozialarbeiter oder auch Angehörige der Kranken). Wer von den Genannten aber ist in der konkreten Situation des Einzelfalls wirklich dazu bereit? Und muss er sich nicht in jedem Fall auf das Urteil, die Diagnose und Prognose des Arztes verlassen? Wird er sich in seiner Meinungsbildung nicht stets an dieser – niemals mit absoluter Sicherheit belegbaren – Einschätzung des Fachmannes orientieren? Sind also Überlegungen zu einer besseren und humaneren Sterbehilfe, die von vornherein die Mitwirkung des Arztes ausschließen, nicht schon im Ansatz verfehlt, weil unrealistisch?

Die Situation ist – entgegen den in Ihrem Artikel aufgestellten Thesen – in Deutschland nicht anders als in fast allen anderen Ländern der Welt, Die Fragen des Suizids und seiner aktiven Unterstützung und Förderung, die Frage der Mitwirkung zu einem „sanften Tod“, bleibt auch hier eines der schwierigsten ethischen Probleme überhaupt oder – wie Albert Camus schrieb – der einzige wirkliche Gegenstand der Philosophie. Leider gibt es von den Deutschen (auch) hier nichts zu lernen.

#### In diesem Zeitabschnitt fanden wir außerdem besonders:

- Zur Eröffnung der 20. Jahrestagung der DGS München, 1992, Heft 72
- Kontroverse Thesen über Sinn, Inhalt und Grenzen der Suizidprävention, 1993, Heft 76
- Zum Rückgang der Suizidhäufigkeit in Deutschland, 1993, Heft 76
- Zu diesem Heft, 1994, Heft 80
- Zu diesem Heft, 1995, Heft 84

## 1996–2000

### Aktuelle Aspekte der internationalen Diskussion um Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid, 1997, Heft 92

Die internationale Debatte um ärztliche Maßnahmen zur Leidensterleichterung am Lebensende hat in den letzten Jahren wahrhaft globale Ausmaße angenommen. In der Vergangenheit war die Diskussion geprägt durch meist polar entgegengesetzte Positionen: einerseits die Verfechter einer Freigabe aktiver Sterbehilfe und des ärztlich unterstützten Suizids (unter bestimmten vorgegebenen Rahmenbedingungen), andererseits eine strikte Ablehnung jeglicher Form vorzeitiger Lebensbeendigung. Diese oft unfruchtbare Diskussion hat sich erfreulicherweise in eine eher sachbezogene Auseinandersetzung mit der Folge einer gewissen Annäherung der Positionen gewandelt. In den vergangenen Monaten wurde die Debatte durch einige bemerkenswerte Fakten und Einstellungskorrekturen bereichert.

### Internationale Praxis der Euthanasie

#### Holland

Eine ausdrückliche Regelung der Problematik, die in einem gewissen Umfang aktive Euthanasie und Beihilfe zum Suizid gestattet, gibt es zurzeit nur in einem Land: in den Niederlanden. Nach wie vor sind zwar auch in den Niederlanden aktive

Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid gesetzlich verboten. Unter Einhaltung bestimmter Kriterien (Tab. 1) wird jedoch von Strafverfolgung abgesehen.

Kriterien für assisted suicide in Holland
freiwillige Bitte um Hilfe
klares Bewusstsein
langfristiger Todeswunsch
unerträgliches Leiden
keine Therapiemöglichkeit
Helfer ist anerkannter Professioneller
Konsultation eines zweiten Arztes
Vermeidung (vermeidbarer) Schädigungen anderer
genaue Dokumentation

Tab. 1: Kriterien für assisted suicide in Holland (nach DIEKSTRA)

In einem Ende November 1996 erschienenen Artikel (van der MAAS et al., 1996) wird statistisch belegt, dass in Holland zwischen 1990 und 1995 die Zahl der Fälle aktiver Sterbehilfe (von 1,9 auf 2,3 % aller Todesfälle) und der ärztlich assistierten Suizidfälle (von 0,3 auf 0,4 % aller Todesfälle) zugenommen hat, während die Zahl der aktiven Lebensbeendigungen ohne ausdrücklichen Patientenwunsch ebenso rückläufig sei wie die Dunkelziffer insgesamt.

**USA**

In den USA wurden die juristischen Initiativen in zwei Bundesstaaten (New York und Washington) mit dem Ziel, ärztliche Beihilfe zum Suizid als verfassungsgemäßes Recht zu erklären, vom Obersten Bundesgericht im Juni dieses Jahres zurückgewiesen. Gleichzeitig wurde in ergänzenden Erklärungen zu diesem Urteil ein Recht auf angemessene palliative Behandlung und eine notfalls exzessive Schmerztherapie (bis hin zur permanenten Narkose) betont und die Einhaltung dieses Rechts von den zuständigen Stellen angemaht.

Dieses Urteil hat zu kontroversen Reaktionen geführt. Während ANNAS in einem Kommentar (1997) die Meinung vertritt, mit der Entscheidung des Obersten Gerichts seien alle Versuche, eine rechtliche Regelung des ärztlich assistierten Suizids herbeizuführen, endgültig und zu Recht gescheitert, da die Problematik am Lebensende eben nicht durch gesetzgeberische Maßnahmen zu lösen sei, vertritt ORENTLICHER (1997) die Meinung, dass die aus ethischer Sicht bessere Lösung, der ärztlich assistierte Suizid, durch die Gerichtsentscheidung verhindert sei, während gleichzeitig die vom Gericht betonte Legalisierung passiver bzw. indirekter Sterbehilfe in Wirklichkeit einer verdeckten Form aktiver Euthanasie Tür und Tor öffne.

**Australien**

Ausgerechnet an einem der Tage, an dem der XIX. Internationale Kongress der IASP in Adelaide stattfand (am 25. März 1997), gab das australische Bundesparlament einer Klage gegen die Gesetzgebung in dem Bundesstaat Northern Territories statt und brachte damit die dort gesetzlich geregelte aktive Euthanasie und Beihilfe zum Suizid zu Fall. Diese Entscheidung wurde in den australischen Zeitungen vorher und nachher auf breiter Ebene heftig diskutiert. Es zeigte sich, dass seit Inkrafttreten des Gesetzes in den menschenarmen Northern Territories überhaupt nur ganz wenige Fälle aktiver Sterbehilfe zur Anwendung gekommen waren und dass ein Einzelner, ein Arzt deutscher Herkunft, Promotor dieser ganzen Sterbehilfe-Aktion in Australien gewesen war.

**Kolumbien**

Inzwischen ist einer Meldung des Deutschen Ärzteblattes vom 27. Juni 1997 zu entnehmen, dass in Kolumbien das Verfassungsgericht aktive Sterbehilfe unter bestimmten Rahmenbedingungen für nicht strafbar erklärt habe. Folgerungen aus diesem Urteil sind noch nicht bekannt.

**Zur internationalen Praxis**

Auf dem Kongress in Adelaide präsentierte Michael KELLEHER aus Irland eine von ihm initiierte Befragung aller Mitgliedsländer der IASP zur tatsächlichen Praxis von Euthanasie und Beihilfe zum Suizid. Die Ergebnisse sind überraschend (Tab. 2). Von 50 Mitgliedsstaaten der IASP hatten 48 geantwortet

(jeweils die nationalen Repräsentanten). In 12 dieser 48 Staaten wird aktive Euthanasie praktiziert, auch wenn sie nirgendwo eindeutig gesetzlich erlaubt ist. In 8 Staaten erfolgt diese Praxis auch ohne Patienteneinwilligung. Nur in 22 der 48 Staaten ist passive Euthanasie (wie in Deutschland) unter bestimmten Rahmenbedingungen erlaubt. Beihilfe zum Suizid ist sogar in 44 der 48 Staaten strafbar (nicht in Deutschland). Anleitungen zum Suizid sind in 17 Staaten im Handel.

Internationale Praxis der Euthanasie	
48 – von 50 – Mitgliedsstaaten der IASP	n
aktive Euthanasie praktiziert	12
nicht freiwillige aktive Euthanasie praktiziert	8
nicht freiwillige passive Euthanasie praktiziert	29
passive Euthanasie erlaubt	22
Beihilfe zum Suizid strafbar	44
Anleitungen zum Suizid im Handel	17

Tab. 2: Internationale Praxis der Euthanasie (nach KELLEHER)

	Niederlande	Oregon (USA)	Northern Territories (Australien)
Aktive Euthanasie	+	0	+
Beihilfe Suizid	+	+	+
Art der Krankheit	Unerträgliches Leiden	Lebenserwartung < 6 Mo.	Terminale Krankheit + unerträgliches Leiden
Therapie-chance	Besserung objektiv nicht möglich	(keine Aussage)	obligate Info über Palliativtherapie
Helfer	Health care professional	Arzt	ortsansässiger Arzt, >6 Jahre Berufserfahrung
Zweiter Arzt	Kollege	bei Verdacht auf psych. Krankheit – Psychiater	obligat Psychiater
Intervall	>6 Mo. anhaltender Sterbewunsch	2 mündliche + 1 schriftliche Anfrage in 15 Tagen	nach mündlicher Anfrage 7 Tage bis schriftliche Anfrage, weitere 2 Tage bis Ausführung

Tab. 3: Vergleich der Regularien von Maßnahmen der Sterbehilfe in Holland, USA und Australien

### Zu den Rahmenbedingungen

Ein Vergleich der Rahmenbedingungen der Sterbehilfe-Maßnahmen, wie sie in den Niederlanden toleriert werden und in den inzwischen per Gerichtsbeschluss bzw. Parlamentsentscheidung zu Fall gebrachten Regelungen in dem US-Staat Oregon und dem australischen Bundesstaat Northern Territories vorgesehen waren, zeigt erhebliche Unterschiede (Tab. 3). Diese betreffen sowohl die Indikation, die Profession des Sterbehelfers, wie das erforderliche Zeitintervall. Während in den Niederlanden lediglich ein „unerträgliches Leiden“ bestehen muss, um Euthanasie straffrei zu lassen, musste nach der australischen

Regelung eine terminale Krankheit mit gleichzeitig unerträglichem Leiden vorliegen. Die Regelung in Oregon hob lediglich auf eine auf ein halbes Jahr reduzierte Lebenserwartung ab (ohne Hinweis, wie eine derart präzise Vorhersage der Lebenserwartung erbracht werden könnte). Während in den USA und Australien nur der Arzt als Sterbehelfer vorgesehen war, kann in den Niederlanden diese Aufgabe auch ein Angehöriger einer nichtärztlichen Berufsgruppe aus dem Gesundheitswesen übernehmen. Während in Holland ein anhaltender Sterbewunsch mindestens über 6 Monate bestehend gefordert wird, sollten in Oregon 15 Tage zwischen Antrag und Vollzug genügen, in den Northern Territories 9 Tage.

### Zur Situation in Deutschland

Die Bundesärztekammer hat im April dieses Jahres einen Entwurf zur Neufassung der „Richtlinie ... zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung“ vorgelegt (publiziert im Deutschen Ärzteblatt vom 16. Mai 1997). Neu ist in diesem Entwurf lediglich, dass ein Behandlungsabbruch bei Patienten „mit chronisch vegetativen Zuständen (sogenannte

Wachkoma-Patienten) erlaubt ist, wenn dies dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspreche.“ Damit wird dem Urteil des Bundesgerichtshofes im sogenannten „Kemptener Fall“ Genüge getan. Aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid werden als unzulässig weiterhin abgelehnt. Auch die Richtlinien für passive und indirekte Sterbehilfe sind weiterhin äußerst restriktiv formuliert. So wird auch im Fall einer gebotenen passiven Sterbehilfe (Behandlungsabbruch, Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen) die Fortführung der Flüssigkeitszufuhr und einer „natürlichen Ernährung“ als sogenannte Basishilfe in Jedem Fall für notwendig erachtet (im Gegensatz beispielsweise zu den in der Schweiz gültigen Richtlinien).

Bei einer Tagung der niedersächsischen Ärztekammer am 3. April 1997 in Hannover wurde die Thematik aktive Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid sehr eingehend erörtert. Mit unterschiedlicher Betonung waren die Referenten sich ganz überwiegend in einer Ablehnung aktiver Sterbehilfe einig. Professor RITZEL (Hildesheim) als Vorsitzender hatte – bereits mit der Einladung – einen vorsichtigen Vorstoß mit der Formulierung unternommen, dass wir bei weiterem Verzicht auf ärztlich assistierten Suizid „im bedrückenden Einzelfall einem Menschen unendlich Schweres zumuten“. Die Ausführungen eines anwesenden niedergelassenen Arztes aus Holland fanden jedoch wenig Resonanz. Die Diskussion konzentrierte sich bald auf eine notwendige Verbesserung der Schmerztherapie (so als wäre das Problem ärztlicher Hilfe am Lebensende damit gelöst).

Die Thematik aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid hat inzwischen auch breiten Einzug in die Laienmedien gehalten. Die bedauerliche Polarisierung, welche die Diskussionen um dieses Thema in Deutschland seit Jahren kennzeichnet, findet

sich hier noch zugespitzt. Kaum ein Artikel versagt sich den Hinweis auf das Naziregime, ohne auch nur im Geringsten zu erwähnen, dass der unter dem beschönigenden Deckmantel „Euthanasie“ vollzogene Völkermord im Dritten Reich mit den heutigen Versuchen einer Bewältigung der zum großen Teil hausgemachten medizinischen, sozialen und gerontologischen Probleme doch sehr wenig zu tun hat.

Wie emotionalisiert die Debatte trotz der scheinbar so klaren und einhelligen Ablehnung jeglicher Form von Euthanasie ist, zeigen Äußerungen auch prominenter Fachleute (wie des Psychologen Robert SPAEMANN), wenn diejenigen, die nicht absolut und strikt gegen jegliche Form der Sterbehilfe votieren, der Gefühlsduselei und Mordmentalität bezichtigt werden, und wenn behauptet wird, dass eine abwägende Haltung lediglich dem Utilitarismus einer „gnadenlosen Spaßgesellschaft“ diene.

Das Anliegen, das eigentlich – nicht nur in den Niederlanden – dazu geführt hat, über mögliche Formen der ärztlichen Hilfe zum Sterben nachzudenken, wird in dieser emotional geführten Debatte auffällig wenig erwähnt: das Problem einer wachsenden Zahl dahinsiechender, kranker und vereinsamter alter Menschen, die sich nichts wünschen als den Tod und deren Bitte in einem immer technisierten, immer mehr ökonomischen Formeln folgenden Gesundheitsversorgungssystem reaktionslos verhallt. Man muss kein Befürworter der Euthanasie sein, um diese Not wahrzunehmen. Und da jeder Bedarf, wenn er nur intensiv und lange genug besteht, irgendwie auch eine Deckung findet, ist die Befürchtung nicht unbegründet, dass sich jenseits der vehementen offiziellen Deklarationen aktive Sterbehilfe in einer Grauzone abspielt, die sich jeder gesellschaftlichen Kontrolle entzieht. Nach einer bei der Tagung in Hannover vorgetragenen Studie (WEHKAMP et al., 1997) haben immerhin 0,8% der befragten Kliniker und 7,8% der niedergelassenen Ärzte in Deutschland dem Tötungswunsch eines Patienten entsprochen. 6,4 % der Kliniker und 10,5 % der Niedergelassenen haben Fälle aktiver Sterbehilfe während ihrer Berufsausübung „erlebt“. Bei einer entsprechenden Untersuchung von in Südaustralien, einem betont konservativen Bundesstaat, tätigen Ärzten hatten 19 % der Befragten von selbst durchgeführten Maßnahmen aktiver Sterbehilfe berichtet (HASSAN, 1996).

### **Auswirkungen des amerikanischen Bundesgerichtsurteils**

Diese Fakten belegen, dass es sich bei der Frage der Sterbehilfe um eine durchaus hochvirulente Problematik handelt, die mit noch so gut gemeinten und im Brustton der Überzeugung vorgetragenen

Erklärungen nicht aus der Welt geschaffen werden kann. Ob die amerikanische Bundesgerichtsentscheidung – auch über die Grenzen der USA hinaus – sich als hilfreich erweisen wird, bleibt abzuwarten. Zweifellos weist sie einen Weg aus der extremen Polarisierung der Standpunkte, indem sie einer suffizi-

enten Hilfe für die Betroffenen breiten Raum gibt und zugleich die dafür erforderliche Handlungsvoraussetzung klärt.

Dazu gehört vor allem eine klare begriffliche Trennung zwischen Behandlungsverweigerung des Patienten und Suizidhandlung, zwischen medikamentöser Leidensminderung (unter Inkaufnahme möglicher Lebensverkürzung) und ärztlicher Suizidbeihilfe. Entscheidend – so die amerikanischen Richter – ist die Intention der Maßnahme: Ziel darf niemals die Beendigung des Lebens sein, sondern immer nur die Hilfe zur Leidensminderung. Folgt der Arzt diesem Prinzip, ist es ihm – wie ANNAS in seinem Kommentar anmerkt – „logischerweise“ auch gestattet, selbst dann das zur Schmerzbekämpfung indizierte Morphium weiterhin zu verschreiben, wenn er annehmen muss, dass der Patient damit Suizid begeht.

Ein weiteres Verdienst der amerikanischen Richter ist die im Urteil enthaltene ausdrückliche Feststellung der „legitimen Interessen des Staates“ in diesem Bereich, nämlich

- menschliches Leben zu bewahren,
- dem Suizid vorzubeugen,
- Integrität und Ethik des medizinischen Berufsstandes zu schützen,
- gefährdete Bevölkerungsgruppen vor Missbrauch, Vernachlässigung und Fehlhandlungen zu bewahren, und einer Entwicklung in Richtung auf freiwillige oder gar unwillkürliche Euthanasie vorzubeugen.

Mit diesem Urteil ist de facto einem Großteil der Forderungen, die eigentlicher Anlass der Euthanasie-Debatte sind, und zugleich den meisten der Befürchtungen der Euthanasie-Gegner entsprochen. Dem Menschen wird ein Recht auf Leidensfreiheit am Lebensende auch unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung zuerkannt, seine Autonomie jedoch nicht als so weitreichend erachtet, dass er ein Anrecht auf Beihilfe hätte, zu einem von ihm vorher bestimmten Zeitpunkt zu sterben.

So überzeugend dieses Urteil klingt, lässt es dennoch eine Reihe von relevanten Fragen unbeantwortet. Wie soll der leidende Patient am Lebensende sein Recht auf hinreichende Leidensminderung einklagen, wenn der Arzt nicht entsprechend handelt? Wie lässt es sich im praktischen Alltag verhindern, dass medizinisch wissenschaftliche Gesichtspunkte weiterhin Vorrang haben vor dem erklärten Patientenwillen? Wie lässt sich in jedem Fall die so unabdingbare empathische Kommunikation zwischen Arzt und Patient herbeiführen, um zu klären, was tatsächlich des Patienten Wille ist (und nicht nur eine Defensiv- oder Fluchtreaktion angesichts äußerer Umstände und Paternalistischer Therapeutenhaltung)? Wie ist der Arzt moralisch und juristisch zu schützen, der dem Recht des Patienten nachkommen will, dabei aber von restriktiven Vorgaben seiner Standesorganisation gehindert wird? Und ist nicht wirklich – wie ORENTLICHER meint – einer verdeckten Form aktiver Euthanasie der Boden bereitet, wenn es dem Arzt allein obliegt, seiner Situationseinschätzung und dem Willen des Pati-

enten gemäß bis an die Grenze der Überlebensfähigkeit Medikamente zu verabreichen? Leiden ist nun einmal objektiv nicht messbar. Und wie lässt sich die Intention des Arztes, wenn das Ergebnis seines Handelns der Tod ist, im Nachhinein objektivieren? Und schließlich wird auch die peinliche Frage weiterhin gestellt werden, weshalb nur die Ärzte (und die ihnen Nahestehenden) das Privileg haben sollen, über ein Suizidmittel zu verfügen, das eine geplante und „Würdige“ Beendigung des Lebens erlaubt.

Es ist mehr als offensichtlich, dass gesetzliche Regelungen nicht geeignet sind, die Probleme am Ende des Lebens zu aller Zufriedenheit zu lösen. Sie können allenfalls den Rahmen andeuten, der mit vernünftigem und Vertrauen schaffendem Handeln zu füllen ist, Und so ist dem Bioethiker ANNAS durchaus zuzustimmen, dass dem Versuch, ein gesetzlich verbrieftes Recht für ärztliche Beihilfe zum Suizid festzuschreiben, mit der amerikanischen Gerichtsentscheidung jetzt zwar „die Stunde geschlagen habe“, dass dieses aber ein Anlass sein müsse, uns aufzurütteln, um uns mit der bleibenden Herausforderung auseinanderzusetzen: der direkten Konfrontation und dem offenen Umgang mit Tod und Sterben („..... it should awaken us to the challenge that remains: To face and deal directly with death and dying“).

## Literatur

ANNAS, G. J. (1997). *The bell tolls for a constitutional right to physician-assisted suicide*. NEJM 337, 1098-1103,

HASSAN, R. (1996). *Euthanasia and the medical profession: An Australian study*. Austr. J. Soc. Issues 31, 239-251.

KELLEHER, M.J., KELLEHER, M.J.A. & CORCORAN, P. (1997). *Euthanasia and assisted suicide: Results of IASP survey*. Vortrag 19. Kongreß der Int. Association for Suicide Prevention, Adelaide, 23.-27.03.1997.

ORENTLICHER, D. (1997). *The Supreme Court and physician assisted suicide*, NEJM 337, 1236-1239,

van der MAAS, P. et al. (1998). *Euthanasia, assisted suicide, and other medical practices in the end of life in the Netherlands, 1990- 1995*. NEJM 335, 1699-1795.

WEHKAMP, K.H., KEITEL, H. & HILDEBRANDT, H. (1997). *Ärztliche Entscheidungen am Lebensende*. Ethik Med. 9, 160- 163.

ders nicht verwundbaren Gegner findet sich bereits im Alten Testament. Hinsichtlich der Verwendung von Flugzeugen als Tatwaffe wurde er erstmals 1914 postuliert und am Ende des Zweiten Weltkriegs in Japan in größerem Stil praktiziert („Kamikaze“). Der Terroranschlag vom 11. September 2001 ist allerdings hinsichtlich der Zahl der Opfer der folgenreichste erweiterte Suizid der Weltgeschichte. Opfersuizide gründen sich auf eine nur innerhalb einer definierten gesellschaftlichen Gruppe gültigen und verstehbaren „Wertrationalität“ (Max Weber), die für den Täter zur absoluten Lebens- und Handlungsmaxime wird. Die ihn tragende Gesellschaft stützt den Täter durch ein hohes Maß an Wertschätzung und zeremonieller Ritualisierung. Aus distanzierter Sicht sind terroristische (Opfer-) Suizide (nach DURKHEIM) die übersteigerte, in die Irre geleitete Form einer Tugend.

*Schlüsselwörter: Terror-Suizid, erweiterter Suizid, altruistischer Suizid, Opfersuizid, Suizidmotiv*

## Abstract

Terroristic attacks, being linked with self-demolition of the perpetrator himself (as has happened in Israel as well as on September 11, 2001, in the USA), can be labelled formally as murder suicides, based on altruistic motivation. Sacrificed suicides, used as a weapon in fight against otherwise nonvulnerable enemies, has been already mentioned in the Holy Bible. Concerning the use of airplanes the possibility of sacrificed suicide has been postulated for the first time in 1914 and has been realized at the end of world war II in Japan („Kamikaze“). The attacks from September 11, 2001, however, must be considered as being the most far reaching murder suicides in world-history in respect of the number of victims. Sacrificed suicides are founded on what Max WEBER had called „worth-rationality“, understandable and valid only within a well defined social community, which gives an absolute directive for the perpetrator how to live and to act. He is actually supported by his own society, giving him a high level of personal acknowledgment, combined with ceremonial and ritual activities. From a more distant point of view (sacrificed) murder suicides may be called „an excessive, misconducted kind of virtue“ (DURKHEIM).

*Key-words: terrorist suicide attack, murder suicide, altruistic suicide, sacrificed suicide, suicide motivation*

# 2001-2005

## Über den Terroristen Suizid, 2001, Heft 107

### Zusammenfassung

Terroranschläge, die zugleich die Selbstvernichtung des Attentäters beinhalten – wie in jüngster Vergangenheit in Israel und am 11. September 2001 in den USA –, sind formal erweiterte tödliche Suizidhandlungen aus altruistischer Motivation. Der gezielt geplante Opfersuizid als Waffe gegen einen an-

### Einleitung

Nach den Terroranschlägen in den USA vom 11. September 2001 wurde rasch und vielfach die Meinung geäußert, man solle sich nun ja nicht dazu versteigen, die Terrorakte zu „psychologisieren“. Man solle nicht den Versuch machen, sie zu „verstehen“, das heißt, sie in uns zugängliche Verstehens- und Erfahrungsmuster einzuordnen.

Im ersten Moment mag eine solche Haltung angesichts der emotionalen Auswirkungen eines Geschehens, das die ganze Welt entsetzte, verständlich sein: Die Emotionalität – vor al-

lem Trauer und Wut – sollten durch nichts verwässert werden, – schon gar nicht durch trockene Wissenschaft. Inzwischen zeigt sich natürlich doch das Bedürfnis, den Dingen rational auf den Grund zu gehen und nicht in Affekten wie einem durchaus verständlichen Rachebedürfnis hängen zu bleiben. So fand – nach einer gewissen Schamfrist – als erstes auch in den Medien die Annahme Akzeptanz, dass es sich bei den Tätern nicht um „völlig Verrückte“, um „Schizophrene“ oder um „entartete Bestien“ handelt, sondern um Menschen mit vermutlich hoher Intelligenz und kühler Kalkulation, – getrieben allerdings von einer fanatischen Ideologie, fehlgeleitet von einem fulminanten Irrglauben (zumindest aus unserer Sicht). Diese Sichtweise hat nach Auffinden und Auseinandersetzung mit der Vorgeschichte der Täter, teilweise in respektablen Studienorten auch in Deutschland, sich weitgehend bestätigt.

In einem kritischen Überblick über die intellektuelle Reaktion in Deutschland auf die Ereignisse des 11. September bemerkt der Autor Jan Ross (Die Zeit Nr. 45 vom 31.10.01, Seite 13), dass die meisten deutschen Kommentatoren sich zwar mit der Rolle des Islam, des Fundamentalismus und der Vereinigten Staaten in der Welt befasst hätten, dass aber weniger vom Terrorismus selbst und von der Figur der Terroristen die Rede gewesen sei, – „jenem Phänomen, das eigentlich in erster Linie erklärungsbedürftig gewesen wäre“. So erscheint der Versuch durchaus legitim, dem Verständnis dieser Suizidhandlungen mit den dramatischsten und destruktivsten Folgewirkungen, die die Welt jemals erlebt hat, unter Anwendung unserer Einsichten und wissenschaftlichen Erkenntnisse, wie wir sie auch sonst zur Bewertung von Suizidhandlungen einsetzen, näher zu kommen.

### **Suizid: gemeinsam, erweitert, altruistisch**

Die Tatsache, dass es sich bei den Terroranschlägen von New York und Washington um Suizide gehandelt hat, wurde besonders in den Anfangstagen in erstaunlichem Maße übersehen. Tatsächlich handelte es sich um eine – zumindest in dieser Dimension neuartige – aggressive Kombination aus den Faktoren

- gemeinsamer Suizid
- erweiterter Suizid
- altruistischer Suizid
- Mord aus fanatischer Motivation
- kriegerische Handlung unter Einsatz extremer Strategien

Formal handelte es sich um eine Abfolge gemeinsamer und zugleich erweiterter Suizide: Eine Gruppe von offenbar weitgehend miteinander bekannten jungen Männern unternahm nach genauem, seit Jahren detailliert vorbereiteten Plan unter größter Geheimhaltung gemeinsam Suizid unter Mitnahme einer großen Zahl vordem ahnungsloser und an der Sache unbeteiligter Menschen, – den zufällig anwesenden Fluggästen in vier gekaperten Flugzeugen und den Beschäftigten in den mit Hilfe dieser Flugzeuge attackierten Gebäuden. Im Gegensatz zum gewöhnlichen erweiterten Suizid war dieses Ergebnis

nicht einer emotional hochaufgeladenen Paniksituation, sondern offenbar kühler Kalkulation.

Die Motivation der Täter lag zweifellos (zumindest vordergründig) nicht in einer persönlichen Konfliktlage, sondern sie hatte eine hochpolitische Dimension. Durch die zeitgleiche Zerstörung mehrerer weltbekannter Symbole des von den Vereinigten Staaten dominierten „westlichen“ Lebensstils sollte ein global wirksames Zeichen gesetzt werden mit der Folge einer Schwächung oder Zerstörung eben dieses Lebensstils, einer Verunsicherung der diesen Stil prägenden Menschen und möglicherweise auch einer Offenlegung der Fragilität seiner bis dahin unumstößlich scheinende, weltweit wirksame Übermacht. Welche politischen Kräfte, Personen und Staaten an der Vorbereitung dieser Aktion ideell und materiell maßgebend beteiligt waren, ist bis heute nur in Ansätzen geklärt. Unbestreitbar ist ihr geradezu apokalyptisch anmutender Erfolg (im Sinne der Verursacher).

Das Motiv der unmittelbaren Täter jedoch war zweifellos ein altruistisches. Der Terrorakt diente in ihren Augen einer höheren Sache, für die die Beteiligten das eigene Leben einzusetzen entschlossen waren.

Suizidhandlungen aus altruistischer Motivation folgen stets einer höheren Idee, sei es der Staat, die Freiheit, die Religion oder das Leben der Freunde oder Nächsten. Wird das eigene Leben hierfür vorbehaltlos eingesetzt, handelt es sich um einen Opfersuizid. Motivationale Faktoren in der aktuell gegebenen Situation waren dementsprechend die Annahme eines übermächtigen, mit konventionellen Mitteln unverwundbar erscheinenden Feindes die Vorstellung vom geringen Wert des eigenen Lebens im Vergleich mit der höheren Sache und offenbar auch die Anschauung, dass das Leben der vom Anschlag betroffenen, zufällig anwesenden Menschen (in den Flugzeugen und in den zerstörten Gebäuden) im Vergleich mit der höheren Sache von deutlich geringerem Wert sei.

### **Der altruistische Suizid in der Literatur**

Eingeführt wurde der Begriff des altruistischen Suizids von Emile DURKHEIM. In der so bewundernswert prägnanten Sprache von ALVAREZ [1] „setzt er voraus, dass ein Individuum so vollständig in das Kollektiv eingeht, dass es sich mit ihm und seinen Bestrebungen identifiziert“ (S. 104). Der Stamm oder die Religion oder die Gruppe habe eine so massive Bindekraft, dass jedes Mitglied bereit sei, sein Leben für seinen Glauben oder zum Heil der Sache oder einfach nur für die Freunde, um deren Überlebensaussichten zu verbessern, hinzugeben. ALVAREZ zitiert CAMUS mit der Bemerkung: „Was als Sinn des Lebens bezeichnet wird, gibt auch einen vortrefflichen Grund zum Sterben ab.“

DURKHEIM [3] selbst betont die gemeinhin zumindest latent positive Wertung des altruistischen Suizids. Man habe es oft abgelehnt, ihn als „Mord an der eigenen Person“ aufzufassen, weil er trotz aller charakteristischen Züge des Suizids Ähnlich-

keiten „mit bestimmten Handlungsweisen hat, die wir nach alter Gewohnheit ehren, schätzen oder sogar bewundern“ (S. 270). Man könne sogar von „heroischem Suizid“ sprechen.

In allen diesen Fällen strebe das Individuum danach, „sich seines irdischen Seins zu entledigen, um sich in das andere Etwas zu stürzen, das es als seinen eigentlichen Inhalt ansieht.“ Es komme nicht darauf an, welchen Namen man dafür findet: „Es glaubt, darin und ausschließlich nur darin leben zu können, und es strebt so energisch nach seinem Untergang in diesem Etwas, um zu leben. Es glaubt also, keine eigene Existenz für sich zu besitzen: Das ist Altruismus in reinsten Form“ (S. 252). DURKHEIM weist darauf hin, dass „in unseren heutigen Gesellschaften“ (also am Ende des 19. Jahrhunderts) solche Suizidhandlungen nicht sehr zahlreich seien, „da sich die Einzelpersonlichkeit mehr und mehr von der Kollektivpersönlichkeit befreit hat“ (S. 255).

In den Ausführungen DURKHEIMs findet sich auch bereits der Hinweis, dass der altruistische Suizid die Gefahr in sich trägt, sich zum erweiterten Suizid auszudehnen. „Wenn der Mensch beim altruistischen Selbstmord immer bereit ist, sein Leben aufzuopfern, hat er andererseits ebenso wenig Bedenken, ein anderes zu opfern“ (S. 272). Und er folgert recht eindrucksvoll für das gesamte Thema, dem er sein epochenmachendes Werk gewidmet hat, „jede Art Selbstmord ist also die übersteigerte oder irre geleitete Form einer Tugend“ (S. 272).

Beispiele für altruistischen Suizid finden sich in der Suizidliteratur reichlich, sie finden sich in allen Kulturen und in jedem Zeitalter. Der Opfersuizid spielt – laut Thomas HAENEL [4] – schon im Alten Testament „eine nicht zu unterschätzende Rolle“, und auch der Tod Christi sei letztlich ein Opfertod. Aus dem Johannes Evangelium sei ablesbar, dass das Selbstopfer von Jesus Christus sogar explizit als Suizid verstanden worden sei: „Wenn ihr sagt: Wohin ich gehe, dorthin könnt ihr mir nicht folgen – heißt das, dass er Selbstmord begehen will?“ (JOHANNES 8, Verse 21-22) und „Niemand liebt mehr als der, der sein Leben für seine Freunde opfert“ (JOHANNES 15, Verse 12-13) (S. 150). Die gleiche Interpretation findet sich auch bei Georges Minois [5] (S. 43 f.).

SCHIPKOWENSKY [6] bemerkt in seinem 1963 erschienenen Artikel über „Mitgehen und Mitnehmen in den Tod“, dass der Opfersuizid „bislang vollkommen unerforscht geblieben“ sei und „zum Aufhellen der Problematik des Freitodes weitestgehend beitragen“ werde.

Jean BAECHLER [2] unterscheidet den Opfersuizid vom Passage-Suizid. Unter Opfersuizid verstehe man den Anschlag eines Subjektes auf sein Leben, „um ein Gut zu erhalten oder zu erreichen, das höher als das eigene Leben bewertet wird“ (S. 134). Von Passage werde gesprochen, „wenn ein Subjekt durch einen Anschlag auf sein Leben in einen Zustand gelangen will, den es als unendlich viel angenehmer erachtet“. Gemeint sind unter anderem „religiöse Passagen“, wenn der Suizid „den direkten Zugang zu einem als besser erachteten Jenseits“ ermöglicht (S. 140 f.).

Der Opfersuizid ist nach BAECHLER fest begründet in der Wertrationalität der jeweiligen Gesellschaft. Das für einen Opfersuizid „empfindliche Subjekt“ habe zuvor einen Wert verinnerlicht, der ihm von der Gruppe, der es angehört, vermittelt wurde. „Ohne diesen Wert gäbe es kein Opfer. Daher hat jede Gruppe und jede Gesellschaft ihre charakteristischen Opfer, und es ist für das Mitglied einer anderen Gruppe oder Gesellschaft nahezu unmöglich, ein solches Verhalten wirklich zu verstehen.“ (S. 139). Der Opfersuizid hänge jedoch auch von den Umständen ab, „die die Realisierung dieser Werte ermöglichen“. So müsse man danach fragen, weshalb Menschen unter bestimmten Umständen die gesellschaftlich vermittelten Werte akzeptiert haben, um sich nach ihnen zu richten (S. 139).

### Erweiterter Suizid als Waffe

Es ist bekannt und keineswegs ungewöhnlich, dass durch die Suizidhandlung Einzelner andere Menschen unbeabsichtigt oder billigend in Kauf nehmend zu Schaden kommen. Das gilt beispielsweise bereits für den Eisenbahnsuizid, wenn seinetwegen zahlreiche Menschen Verspätungen und Terminversäumnisse in Kauf nehmen müssen oder die beteiligten Lokführer durch den Schock des Geschehens eine posttraumatische Belastungsstörung erleiden, die in einem Viertel der Fälle zu dauernder Dienstunfähigkeit führen soll. Zu Verletzungen oder gar Tötung anderer, unbeteiligter Personen führen auch Turmspringer und Suizide, die mit Kraftfahrzeugen durchgeführt werden. In den Medien finden sich immer wieder Berichte über suizidale Gasexplosionen, die mitunter mehrstöckige Häuser einstürzen lassen und auf diese Weise zahlreiche Personen mit in den Tod reißen.

Die Grenze zum erweiterten Suizid ist hier mitunter bereits überschritten, da die Opfer solcher Suizidhandlungen bisweilen Konfliktpartner des Suizidtäters gewesen sind, deren Mitnahme in den Tod durchaus gezielt und nicht nur zufällig erfolgt sein mag.

Beim erweiterten Suizid ist dieses die Regel, wenn das Motiv meist auch nicht Rache ist, sondern überwertige Vorstellungen von Schutz und Fürsorge (um beispielsweise in den Suizid mitgenommene Kleinkinder nicht einem Leben als Waisen in Armut und Schutzlosigkeit auszusetzen oder ihre Betreuung und Erziehung gar dem als grausam und tyrannisch erlebten zurückbleibenden Konfliktpartner zu überlassen).

Während in allen diesen Fällen als Motiv der Suizidhandlung die beabsichtigte Selbsterstörung im Vordergrund steht und die beabsichtigte oder unbeabsichtigte Schädigung anderer Menschen eher einen Nebenaspekt darstellt, steht bei Suizidhandlungen, die als Waffe eingesetzt werden, die Aggression gegen einen Gegner und dessen Schädigung im Vordergrund.

Das gilt bereits für den „politischen Suizid“. Durch den in der Öffentlichkeit durchgeführten Suizid (oftmals eine Selbstverbrennung) soll ein weithin wirksames politisches Zeichen, ein

Fanal, gesetzt werden mit dem Ziel, den Widerstand gegen den übermächtigen, mit anderen Mitteln nicht mehr besiegbare erscheinenden Gegner zu potenzieren. Berühmte Beispiele sind Jan Pallach, der sich nach der gewaltsamen Beendigung des Prager Frühlings auf dem Wenzelsplatz in Prag verbrannte, und Pfarrer Brüsewitz, der sich aus Protest gegen die antichristliche Politik der Machthaber in der DDR vor seiner Kirche in Zeitz in der gleichen Weise suizidierte.

Erst dann, wenn die Suizidhandlung mit dem Motiv ausgeführt wird, die Existenz des Gegners durch die Suizidtat unmittelbar und direkt auszulöschen, wird die Suizidhandlung zum erweiterten Suizid als Waffe, – das was heute gemeinhin als Terroristensuizid oder als suizidaler Terroranschlag bezeichnet wird. Erinnerung sei nochmals an die Bemerkung von DURKHEIM, dass der, der bereit sei, aus altruistischer Motivation sein Leben aufzuopfern, wenig Bedenken habe, auch ein anderes Leben zu opfern.

In diese Kategorie gehört in unserer Zeit zweifellos die Serie von suizidalen Terroranschlägen in Israel. Die inzwischen bekannt gewordenen Informationen über die Rekrutierung der ganz überwiegend jungen Palästinenser als Täter legen nahe, in diesen Fällen die Motivationslage des „Passage-Suizids“ – im Sinne von BAECHLER – anzunehmen, die jene des Opfersuizids überdecken mag.

Aber auch bereits im Alten Testament findet sich ein Beispiel (HAENEL, S. 144): Simson, von den Philistern seiner Kraft beraubt, gefangen genommen und geblendet, rächt sich an seinen Peinigern, indem er sich gegen die Säulen des Palastes stemmt, bis diese nachgeben und das ganze Haus über ihm und den Philistern und ihren Königen zusammenstürzt. „So riss Simson mehr Philister mit sich in den Tod, als er während seines ganzen Lebens umgebracht hatte.“ (RICHTER 16, Vers 30)

Berühmtestes Beispiel für den erweiterten Suizid als Waffe sind die Kamikaze-Flieger im 2. Weltkrieg, über die Baechler ausführlich berichtet. Einer der Pioniere der Luftfahrt, Jules Védrines, habe schon 1914 auf die Möglichkeit dieser Form des Opfersuizids, der auch als Vorläufer der Terroranschläge vom 11. September 2001 gelten muss, aufmerksam gemacht. Védrines habe auf die Rolle der Luftfahrt in einem zukünftigen Krieg unter anderem mit der Bemerkung hingewiesen, dass ihn gegebenenfalls nichts hindern könne, mit einem mit Sprengstoff gefüllten Flugzeug in voller Geschwindigkeit auf ein Schlachtschiff herabzustoßen. „Natürlich komme ich dabei um, aber das Schlachtschiff fliegt in die Luft, und nur darauf kommt es an.“ (BAECHLER, S. 308)

Nach diesem Muster wurden 1944/45 die Kamikaze-Aktionen freiwilliger Piloten der Japanischen Marine zunächst gleichfalls durchgeführt. Später wurden eigens für diesen Zweck winzige U-Boote und bemannte Torpedos gebaut, die – von Menschenhand gelenkt – den Feind mit noch höherer Präzision treffen sollten.

BAECHLER schildert eindrucksvoll, wie sich die ersten freiwilligen Piloten aus eigenem Antrieb und ohne Zutun der Heeresleitung für diese Aufgabe zur Verfügung stellten, „beseelt von kriegerischen Idealen und nationalen und nationalistischen Leidenschaften“ (S.311), – wie sich später ein kollektives Klima patriotischer Leidenschaft infolge der Aktionen verbreitete und schließlich die Regierung die Angelegenheit mehr und mehr in die Hand nahm, um die Campagne weiter zu führen und zu intensivieren. Dem anfänglichen „puren ersten Kamikaze-Heroismus“ folgte eine Phase „heroischer Nacheiferung“ (weniger, um selber Held zu werden, als um nicht als Drückberger dazustehen), schließlich eine Phase rationaler Erwägung mit zunehmender Fremdmotivierung.

Die beteiligten Freiwilligen hätten alle im Einklang mit den Normen der japanischen Gesellschaft gestanden. Es habe sich weder um Außenseiter noch um Draufgänger gehandelt, „fast immer die besten Söhne ihrer Familien“. Bis auf wenige Ausnahmen seien es „stets die feinsinnigsten, gebildetsten, ausgeglichene und ihren Eltern die größte Genugtuung bereitenden Söhne“ gewesen, die sich zu den Spezialgeschwadern meldeten. (BAECHLER, S. 312) Ganz offenbar habe es sich um eine Ritualisierung gehandelt. So wurden die Freiwilligen von einer „zeremoniellen Aura“ umgeben. „Begleitet von Respekt und der Fürsorge aller“ hätten sie „in demonstrativer Gelassenheit“ ihre letzten Tage verbracht.

BAECHLER zitiert den letzten Brief des Kamikaze-Aspiranten Susumo Kijiiso, 22 Jahre alt, an seine Eltern (S. 134): „Ich führe ein ganz normales Leben. Vor dem Tod habe ich keine Angst. Meine einzige Sorge ist, ob es mir auch gelingen wird, den Flugzeugträger, auf den ich mich stürze, zu versenken ... Meine Kameraden sind ruhig und in guter Stimmung. Man könnte nicht glauben, dass sie damit rechnen müssen, jeden Augenblick in den sicheren Tod zu gehen. Sie verbringen ihre Zeit mit Lesen und Kartenspiel ... Ich weiß nicht, meine lieben Eltern, wie ich Euch danken soll. Ihr habt mich durch 21 Jahre aufgezogen und mich so stark und kräftig gemacht, dass ich mich heute seiner Kaiserlichen Majestät erkenntlich zeigen kann für die zehntausend Gnaden, die er über uns ausgeschüttet hat.“

BAECHLER unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen rationalem und pathologischem Opfersuizid. So lange die geplante Tat den beabsichtigten Erfolg im Rahmen einer Erfolg versprechenden Gesamtstrategie erreichen könne, sei sie als rational zu bewerten. Werde das Opfer jedoch nutzlos oder könne das verfolgte Ziel nicht mehr erreicht werden, dann werde die Suizidhandlung irrational. Als die Kamikaze-Aktionen in den letzten Kriegstagen trotz strategischer Nutzlosigkeit von einzelnen weitergeführt worden seien, habe es sich nicht mehr um Opfer gehandelt, „sondern um Flucht (vor einer als unerträglich empfundenen Niederlage), Trauer (eine schändliche Niederlage nicht überleben zu wollen), Verbrechen (sich umzubringen, indem man die größtmögliche Zahl von Feinden tötet) oder, dies ist das Wahrscheinlichste, um alles dies zusammen“ (S. 138).

## Relative Wertung des Terroristensuizids

An dieser Stelle wird deutlich, wo die Berührungspunkte und Übergänge zwischen erweitertem Suizid aus altruistischer Motivation, dem Opfersuizid als Waffe, Mord aus fanatischen Motiven und einer kriegerischen Handlung unter Einsatz extremer Strategien liegen. (Das Wort von der „kriegerischen Handlung gegen die Vereinigten Staaten“ wurde von ihrem Präsidenten schon kurz nach den Terroranschlägen in die Welt gesetzt und später in zahllosen Kommentaren kritisch hinterfragt.)

Suizidhandlungen lassen sich nach HENSELER regelmäßig auf vier motivationale Faktoren zurückführen, die nahezu in jeder Suizidhandlung in durchaus unterschiedlicher Mischung und Gewichtung aufgespürt werden können (Abb. 1):

- Selbstaggression
- Aggression gegen andere
- Flucht oder Pause im Konflikt
- Appell

Im Falle des Opfersuizids als Waffe steht die Aggression gegen einen Gegner als Motiv ganz im Vordergrund, während die aggressive Handlung gegen die eigene Person, der eigentliche Suizid, eher zum notwendigen Nebenaspekt wird. Auch der appellative Charakter, den eine solche Suizidhandlung trägt, ist eher eine Begleiterscheinung, und das Fluchtmotiv steht im allgemeinen ganz im Hintergrund. Aber schon geringe Veränderungen der Umgebungsbedingungen, der strategischen Situation, der erzielten Effekte und der Reaktion der Getroffenen können zu einer Verschiebung der retrospektiven Beurteilung der Motivationslage und der damit verbundenen öffentlichen Perzeption führen, so dass aus dem altruistischen Opfersuizid in anderen Augen ein Verbrechen oder gar eine kriegerische Handlung wird.

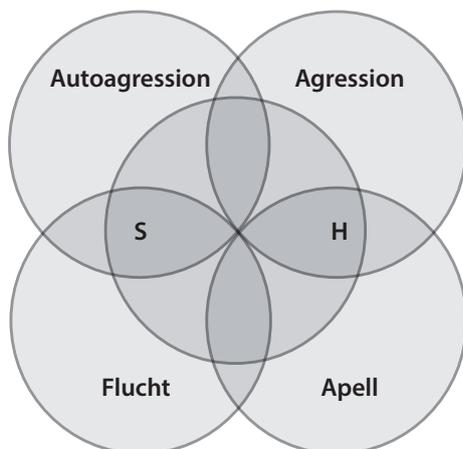


Abb. 1: Motivstruktur der Suizidhandlung (SH)  
(Aus: HENSELER, H. (1974). Narzisstische Krisen: Zur Psychodynamik des Selbstmords. Reinbek: Rowohlt.)

So mag sich auch die Beurteilung der Terroranschläge vom 11. September 2001 entsprechend den Erkenntnissen wandeln, die wir über ihre Hintergründe gesammelt haben oder

noch erfahren werden. Nach allem, was wir bisher wissen, entsprachen die beteiligten Täter weitgehend dem Profil, das Baechler für die Kamikaze-Flieger gezeichnet hat: Gebildete Menschen von hoher Intelligenz und rationalem Denken, geprägt von der Wertrationalität ihrer Gesellschaft, erhoben in eine Ritualisierung und zeremonielle Aura, – aber in ihrem Verhalten für Mitglieder anderer Gruppen oder Gesellschaften nahezu unmöglich wirklich zu verstehen. Dazu mag die Tatsache beitragen, dass sich – im Gegensatz zu der bereits Ende des 19. Jahrhunderts von Durkheim getroffenen, für die westliche Welt gültigen Feststellung – im Einflussbereich des Islam die Einzelpersonlichkeit auch heute noch in sehr viel geringerem Maße von der Kollektivpersönlichkeit befreit hat, als wir es in unserer Gesellschaft gewohnt sind. Die Motivgrundlage des von BAECHLER so bezeichneten „Passage-Suizids“, nämlich den direkten Zugang zu einem als besser erachteten Jenseits zu ermöglichen, scheinen die Täter vor den Terroranschlägen vom 11. September nahezu wortwörtlich verinnerlicht zu haben. Gesellschaftliche Gruppen, die solche Werte ihren Mitgliedern zu vermitteln vermögen, stoßen in heutigen westlichen Gesellschaften weitgehend auf Unverständnis und entziehen sich dem rationalen Diskurs.

So erscheinen uns die Terroristensuizide vom 11. September 2001 bei allem Respekt vor dem auch in ihnen enthaltenem Altruismus als – um das Wort von DURKHEIM zu verwenden – die übersteigerte, in die Irre geleitete Form einer Tugend.

## Literatur

- (1) ALVAREZ, A. (1974). *Der grausame Gott*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- (2) BAECHLER, I. (1981). *Tod durch eigene Hand*. Frankfurt: Ullstein.
- (3) DURKHEIM, E. (1973). *Der Selbstmord*. Neuwied: Luchterhand.
- (4) HAENEL, Th. (1989). *Suizidhandlungen*. Berlin: Springer.
- (5) Minois, G. (1996). *Geschichte des Selbstmords*. Düsseldorf: Artemis und Winkler.
- (6) SCHIPKOWENSKY, N. (1963). *Mitgehen und Mitnehmen in den Tod*. *Psychiat. Neurol. med. Psychol.* 15, 226-234.

## Was hält uns im Leben? Salutogenese in der Suizidologie, 2002, Heft 112

### Zusammenfassung

Salutogenetisches Denken in der Suizidologie versteht Suizidalität nicht nur als eine von außen in die menschliche Integrität einbrechende Krankheit (wie zum Beispiel typischerweise bei einer pharmakologisch induzierten Depression), sondern als inhärenten Bestandteil menschlichen Lebens, der einerseits – in der suizidalen Krise – Gefährdungen, andererseits durchaus auch stabilisierende Komponenten enthält. Die weitere

Erforschung dieser stabilisierenden, gesundheitserhaltenden Komponenten könnte es uns künftig wesentlich erleichtern, die Frage zu beantworten, was im Leben hält.

## Einleitung

Das traditionelle pathogenetische Denken in der Medizin sieht Krankheit als Folge krankmachender Faktoren in einem bis dato gesunden Organismus. Dem gegenüber sieht salutogenetisches Denken Gesundheit nicht als eine Norm, die durch einbrechende Krankheitsfaktoren in Frage gestellt wird, sondern als ein Fließgleichgewicht, in dem einerseits krankmachende, andererseits gesundheitserhaltende Faktoren in ihrem Zusammenwirken die aktuelle Befindlichkeit jedes Individuums bestimmen.

AARON ANTONOVSKY, der Begründer der Salutogenese, beschrieb als entscheidenden gesundheitsbewahrenden Faktor den „sense of coherence“ als eine Kraft (des Individuums oder der gesellschaftlichen Gruppe, in der dieses lebt), mit den täglichen Belastungen wie auch mit schweren Traumata des menschlichen Lebens in angemessener, individueller Weise umzugehen. Als Komponenten, die dieses Kohärenzgefühl erzeugen, gelten

- die Verstehbarkeit (comprehensibility) wahrgenommener Informationen,
- die Handhabbarkeit (manageability) auftretender Lebenssituationen unter Rückgriff auf verlässlich vorhandene Ressourcen
- Die Überzeugung von der Bedeutsamkeit (meaningfulness) der Lebensumstände für das eigene Schicksal wie für die täglich gemachten Erfahrungen.

Aufgabe der Medizin und des Gesundheitswesens ist demnach nicht allein die Vorbeugung und Bekämpfung krankmachender Faktoren, sondern vorrangig die Entwicklung und Stärkung des Kohärenzgefühls – im Einzelnen und in der gesellschaftlichen Gruppe.

Die aktuelle wissenschaftliche Suizidologie hat die pathogenetische Sichtweise weitgehend übernommen, obgleich diese sich hinsichtlich Vorbeugung und Behandlung von Suizidalität bekanntlich als nicht sehr effektiv erwiesen hat. Demgegenüber finden sich sowohl bei den Wegbereitern moderner Suizidologie (DURKHEIM, MENNINGER, CAPLAN) wie in der praktischen Handhabung suizidaler Krisen zahlreiche Ansätze einer salutogenetischen Sichtweise. Hierfür drei Beispiele.

### 1. Theorien suizidalen Verhaltens

Unter den zahlreichen Suizidtheorien ist die Feststellung von ERWIN RINGEL (1933): „Der Selbstmord ist Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung“ das Musterbeispiel für pathogenetisches Denken. Bekanntlich wurde dieser These in der Folgezeit heftig widersprochen, unter anderem mit dem Hinweis auf Suizidhandlungen unter Folteropfern, auf alte Men-

schen mit unheilbarer Krankheit und aktuell auf Terroristensuizide. Dennoch dominiert pathogenetisches Denken die heute gültige Sichtweise in der wissenschaftlichen Suizidologie.

Mit RINGELs These kontrastiert in geradezu provokantem Ausmaß die Frage von KARL MENNINGER (1938), was denn eigentlich uns im Leben hält: „in mancher Hinsicht erscheint es logischer nachzuforschen, weshalb jemand angesichts der äußeren und inneren Schwierigkeiten am Leben bleibt, als zu beweisen, warum wir (durch Suizid) sterben ... Mit anderen Worten, weshalb triumphiert der Wunsch zu leben jemals, wenn auch nur vorübergehend, über den Wunsch zu sterben?“

MENNINGERs Überlegungen sind das vielleicht prominenteste, nicht aber das älteste Beispiel für salutogenetisches Denken in der Suizidologie. In der klassischen soziologischen Suizidtheorie von EMILE DURKHEIM (1897) entspricht der Anomiebegriff, der einen Zustand der Normen- und Orientierungslosigkeit in einer Gesellschaft beschreibt, ziemlich genau dem Verlust des Kohärenzgefühls, wie es ANTONOVSKY meint. In einer normlosen Gesellschaft sind Signale und Anforderungen aus dem Umfeld oft weder verstehbar noch richtig interpretierbar (Gefühl der Verstehbarkeit), noch scheinen geeignete Ressourcen zur Verfügung zu stehen, um den Anforderungen des Lebens gerecht zu werden (Gefühl der Handhabbarkeit), nach weisen die Anforderungen und Belastungen an den Einzelnen einen Sinnzusammenhang auf, der den individuellen Handlungen Bedeutung verleihen könnte (Gefühl der Bedeutsamkeit). Dabei kann sich der anomische Zustand sowohl auf eine sehr große (Staat, Volk) wie auf eine kleine Gruppe (Familie, Ehegemeinschaft) beziehen.

Im Gegensatz zum anomischen Suizid ist der egoistische Suizid nach DURKHEIM gekennzeichnet durch eine Auflockerung der Gruppennormen und dadurch geförderte Abspaltung einzelner Mitglieder, für die die Gruppennormen ihre Bedeutung verlieren. Hier scheint das Kohärenzgefühl allein durch den Verlust der Bedeutsamkeit der bisherigen Gruppennormen – und damit des inneren Sinnzusammenhangs des eigenen Tuns – geschwächt, während das Gefühl der Verstehbarkeit und der Handhabbarkeit unbeeinträchtigt sind.

Beim fatalistischen Suizid, nach DURKHEIM gekennzeichnet durch ein Übermaß kontrollierender Gruppennormen, ist ein Verlust des Gefühls der Handhabbarkeit als dominierend anzunehmen, während die zwei anderen Elemente des Kohärenzgefühls nach ANTONOVSKY durchaus ungestört sein können.

Beim altruistischen Suizid allerdings lässt sich ein Verlust des Kohärenzgefühls nicht annehmen. Im Gegenteil: der altruistische Suizid erfolgt aus einem übermäßigen Kohärenzgefühl heraus und ist nach Durkheim „die übersteigerte, in die Irre geleitete Form einer Tugend“ (siehe auch WEDLER 2001).

Zusammengefasst finden sich in den Suizidtheorien sowohl von DURKHEIM wie von MENNINGER ausgeprägte Ansätze sa-

lutogenetischen Denkens. Diese lassen sich im Übrigen auch im „präsuizidalen Syndrom“ von RINGEL aufspüren. Der von RINGEL verwendete zentrale Begriff der Einengung, der das präsuizidale Syndrom kennzeichnet, beschreibt implizit ein Denk- und Verhaltenskontinuum zwischen den Polen „von äußeren oder inneren Zwangsfaktoren absolut unabhängiges und freies Denken und Verhalten“ und „auf nur noch einen einzigen Gedanken oder eine einzige Verhaltensweise beschränkte Denk bzw. Verhaltensmöglichkeit“. Der Verlust des Kohärenzgefühls im Zustand der Einengung ist offensichtlich. Aber auch beim Gegenpol der Einengung, in der totalen Entthemung, sind das Kohärenzgefühl und damit salutogenetische, gesunderhaltende Faktoren beeinträchtigt.

## 2. Zur Krisentheorie

Ein weiteres Beispiel für salutogenetisches Denken finden wir in der Krisentheorie ihres Begründers CAPLAN (1964). CAPLAN hebt hervor, dass „jene Qualitäten der Mitglieder einer Population, die für Vulnerabilität oder Resistenz gegenüber Umweltstress verantwortlich sind, aus zweierlei Attributen zusammengesetzt sind. Einmal handelt es sich um Faktoren, wie Alter, Geschlecht, sozioökonomische Klasse, ethnische Gruppe, die nicht beeinflusst werden können. Zum anderen sind es Faktoren wie allgemeine Ich-Stärke, Problemlösungsfähigkeiten und Angst- und Frustrationstoleranz, die grundsätzlich beeinflussbar sind“. Krise wird als „Ungleichgewicht zwischen Schwierigkeiten und Bedeutung eines Problems und den unmittelbar zur Verfügung stehenden Ressourcen, diese zu bewältigen“ verstanden, und Krisenintervention ist darauf gerichtet, den betroffenen Menschen „instandzusetzen, die aufgebrochenen Probleme, sei es aus eigener Kraft, sei es unter aktiver Inanspruchnahme vorhandener Ressourcen zu lösen“. (HÄFNER 1978).

Die Krisentheorie geht also – wie ANTONOYSKY – von einer genuinen Heterostase im menschlichen Leben und Erleben aus. Ziel der Krisenintervention ist nicht etwa eine rasche Konfliktlösung, sondern vielmehr, diese Lösung solange wie möglich offenzuhalten, um die Aktivierung der Selbsthilfekräfte, das Leben wieder in die eigene Hand zu nehmen, nicht durch vorschnelle, oft von außen aufgedrückte Pseudolösungen zu behindern.

Im Ablauf einer Krisenintervention lassen sich die Schritte zur Wiederherstellung des Kohärenzgefühls in zeitlicher Abfolge gut beschreiben: Zunächst gewinnt der suizidale Patient wieder ein Gefühl für die eigenen Steuerbarkeit bzw. dafür, dass eine Bewältigung der aktuellen, ausweglos erscheinenden Krise möglich ist (Handhabbarkeit). In einem zweiten Schritt erlangt er dann das Gefühl zurück, dass sein Tun und Handeln nicht sinnlos sind, sondern eine allgemeine Bedeutung erhalten, die das Leben wieder lebenswert erscheinen lassen (Bedeutsamkeit). Erst am Ende der Krisenintervention wird im Allgemeinen das Verständnis für einzelne Elemente des Krisengeschehens wieder erwachen, beispielsweise im Rahmen einer therapeutischen Metakommunikation zur Rekonstruktion der Abläufe am Beginn der suizidalen Krise,

die nun erst im Zusammenhang verstanden werden können (Verstehbarkeit).

## 3. Salutogenetische Aspekte in der heutigen Euthanasie-Debatte

Selbst in der seit Jahren anhaltenden Diskussion um die Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe in bestimmten aussichtslosen Lebenssituationen sind salutogenetische Gedanken erkennbar und sogar von erheblicher Bedeutsamkeit. Die Frage von Karl MENNINGER, was im Leben hält, ist ja umso schwieriger zu beantworten, je weniger das Leben noch gelebt und mit Inhalt gefüllt werden kann und je weniger Aussicht besteht, die krankheitsbedingte Einengung jemals zu überwinden. Auch wenn es ohne jeden Zweifel ethisch unverantwortliche Haltungen und offenkundigen Missbrauch bei den Euthanasie-Befürwortern und Aktivisten gibt, hat die Euthanasie-Bewegung in den Ländern mit gesetzlicher Liberalisierung des ärztlich assistierten Suizids nach allem, was wir bisher wissen, keineswegs zu den von manchen Suizidforschern befürchteten Massensuiziden geführt (HEDBERG et al. 2003). Im Gegenteil: In den Ländern, in denen Euthanasie-Gesellschaft auffallend aktiv agieren, sind die Suizidraten rückläufig.

Eine Erklärung dieses paradox erscheinenden Phänomens fällt unter anderem dann nicht so schwer, wenn Suizid nicht (pathogenetisch) als Folge eines Einbruchs pathologischer Faktoren in einen ansonsten intakten menschlichen Organismus betrachtet wird, sondern wenn man den Versuch unternimmt, die Möglichkeit zum Suizid als ein den Menschen inhärentes Element zu verstehen, das nicht nur eine Gefährdung, sondern auch etwas Lebensförderndes, ein salutogenetisches Prinzip enthält. Es dürfte keinen Menschen geben, dem Suizidgedanken absolut fremd sind, sofern er diese Gedanken nicht unter dem Druck äußerer Einflussfaktoren (z. B. religiöser Vorschriften) negiert. Der Gedanke des Suizids als immer noch mögliche Hintertür („wenn alles schief geht“) enthält ohne Zweifel für sehr viele Menschen eine Beruhigung, die sie ermutigt, ein oftmals schwieriges Leben weiterzuführen, neue Unternehmungen einzugehen, evtl. auch Risiken auf sich zu nehmen. Die damit verbundenen zusätzlich gewonnenen, wenn auch nur phantasierten Freiheitsgrade können gerade in kritischen Situationen neue Lebensenergien freisetzen.

Im Zusammenhang mit der Euthanasie-Diskussion trägt die phantasierte Möglichkeit zum Suizid sicherlich auch dazu bei, die Angst vor Hilflosigkeit, Abhängigkeit und Schmerzen am Lebensende zu mindern. Der Versuch, der zunehmenden Vereinsamung, der Beziehungslosigkeit und der Trostlosigkeit eines scheinbar ziellosen, mechanisierten und oft seelenlosen Versorgtwerdens am Lebensende eine Alternative entgegenzusetzen zu wollen, kann nicht nur als dekadenter Hedonismus gebrandmarkt und moralisch verworfen werden, wie es in der Euthanasie-Debatte seitens der Gegner jeglicher Liberalisierung bisweilen geschieht. Es scheint mir keineswegs ausgeschlossen, dass eine Entwicklung, wie wir sie zurzeit in Holland erleben, eines Tages zu einem neuen Kohärenzgefühl innerhalb der Gesellschaft führen wird. Aber erst die Zukunft

wird zeigen, wohin die derzeit oft schmale Gradwanderung zwischen einem kruden Sozialdarwinismus und einem ernsthaften Bemühen um individuelle Selbstbestimmung und Lebensgestaltung führen wird.

## Literatur

ANTONOVSKY, A. (1993). *Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung*. In: A. FRANKE, M. BRODA (Hrsg.): *Psychosomatische Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag

CAPLAN, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic books

DURKHEIM, E. (1973). *Der Selbstmord*. Neuwied: Luchterhand

HÄFNER, H. (1974). *Krisenintervention*. *Psychiatrische Praxis* 1, 139

HEDBERG, K., HOPKINS, D., KOHN, M. (2003). *Five years of legal physician – assisted suicide in Oregon*. *New Engl. J. Med.* 348, 961 – 964

MENNINGER, K. (1978). *Selbsterstörung*. Frankfurt: Suhrkamp

RINGEL, E. (1953). *Der Selbstmord – Abschluss einer krankhaften Entwicklung*. Wien: Maudrich

WEDLER, H. (2001). *Über den Terroristensuizid*. *Suizidprophylaxe* 28 (Heft 107), 98 – 102

### Besonderes Augenmerk möchten wir auch auf folgenden Beitrag lenken:

Ethische Aspekte der Suizidalität im Alter, 2004, Heft 117

## 2006-2010

### 70 Jahre Golden Gate Bridge, 2007, Heft 130

Ende Mai dieses Jahres wurde die vielleicht berühmteste Brücke der Welt, die Golden Gate Bridge bei San Francisco, 70 Jahre alt. Sie ist zugleich die berühmteste Brücke der Welt: seit ihrer Eröffnung im Jahr 1937 nahmen sich mehr als 1250 Menschen durch einen Sprung hinab in den Pazifik das Leben, in diesem Jahr (bis Ende Mai) bereits 17. Weitere 40 Personen wurden in den ersten 5 Monaten 2007 vom Sprung rechtzeitig abgehalten. Zeitgerecht zum Brückenjubiläum wurde ein aufwändiges Gutachten zur Verbesserung der technischen Suizidprävention veröffentlicht. Es stellt bereits den achten Versuch in der Brückengeschichte dar, Maßnahmen gegen die häufigen Suizide zu ergreifen. Fazit: Es ist durchaus möglich, bessere Barrieren zur Suizidverhinderung einzurichten. Diskutiert werden in dem Gutachten drei alternative Wege: eine Erhöhung des bestehenden – im mittleren Teil der Brücke nicht mehr als 1,20 m hohen – Geländers, ein insgesamt neues, höheres und anders konstruiertes Gelände und ein seitlich angebrachtes Auffangnetz. Interessanterweise erfordern alle technischen

Veränderungen an der Brücke eingehende Vorversuche, da die ständige Windeinwirkung offenbar so groß ist, dass selbst kleine Veränderungen an den Brückenaufbauten zur Instabilität des ganzen Bauwerks führen können. Wie die Zeitung San Francisco Chronicle berichtete, sollen die Vorstudien, für die bereits 2 Millionen Dollar zur Verfügung gestellt wurden, im Frühjahr 2008 abgeschlossen sein und dann zu einer Entscheidung führen.

### Berichte: Krieg und Suizid, 2008, Heft 134

Kriege sind, wie jedermann weiß, mit furchtbaren Folgen für die involvierten Menschen verbunden. Es verlieren nicht nur zahlreiche junge Menschen als Soldaten Leben oder Gesundheit. Auch in der betroffenen Zivilbevölkerung sind die Opferzahlen horrend – wie aktuell die kriegerischen Auseinandersetzungen im Irak, in Afghanistan, in Sri Lanka, Palästina und immer wieder in afrikanischen Regionen zeigen. Dennoch sind Kriege – wie auch der Suizid – unablässige und anscheinend unvermeidbare Begleiter der Menschheitsgeschichte und ihrer Gesellschaften.

Auch dass nach einem Waffenstillstand die Wunden, die der Krieg geschlagen hat, über sehr lange Zeit hin nicht verheilt sind, ist hinlänglich bekannt. Es sind nicht nur die materiellen Folgen, die Zerstörungen und die damit verbundenen wirtschaftlichen Rückschläge, die einer Heilung und Erholung oft über viele Jahre und Jahrzehnte bedürfen. Auch die betroffenen Menschen leiden in großer Zahl, da die Brutalität kriegerischer Zerstörung nicht nur die Körper, sondern auch die Seelen fundamental verletzt. Wir nennen das dann Traumafolgen oder Posttraumatisches Stresssyndrom – abstrakte Begriffe, eingeordnet in die internationale Liste der Erkrankungen, die scheinbar die Absurdität der Gesellschaften, die solches produzieren, leugnen.

Laut einer Mitteilung der Presseagentur Associated Press sterben an jedem Tag durchschnittlich 18 ehemalige Kriegsteilnehmer durch Suizid. Man könnte hier einwenden, dass Suizide ohnehin ständig geschehen und viele Menschen eben auch ehemalige Kriegsteilnehmer sind. Nicht jeder Suizid ist dann notwendigerweise Folge der Kriegsteilnahme, es gibt auch andere Gründe. Jedoch: welchen Einfluss die traumatischen Erlebnisse auf die suizidale Entwicklung gehabt haben, wird man nur selten erfahren.

Al Martinez, regelmäßiger Kommentator der Los Angeles Times, erinnert sich in einer Anfang Mai dieses Jahres erschienenen Kolumne des Schicksals eines ehemaligen Kameraden im Korea-Krieg. An der Front fiel dieser oft, wie es heißt, in lange Perioden des Schweigens. Schweigen sei eine der Formen, in denen sich die Traumatisierung „by the shock and terror of war“ gezeigt habe. Eines Tages, in der Pause kurz vor der Erstürmung eines feindlichen Hügels, habe sich dieser Kamerad in den Fuß geschossen. Es sei die sicherste Art für einen Sol-

daten, den Dienst an der Front zu beenden. Wider allen Anschein habe er behauptet, es sei ein Unfall gewesen – zugleich wissend, dass die Anwesenden ihm nicht glaubten. Er kam ins Lazarett und wurde wenig später ohne inkriminierende Nachforschungen und „in Ehren“ aus dem Militärdienst entlassen. Etwa einen Monat später habe dessen Vater in einem Brief an die Kompanie mitgeteilt, sein Sohn habe sich suizidiert.

Krieg, schreibt Al Martinez, der Korea-Kriegsveteran, ist eine heimtückische Krankheit, die das Gemüt des Soldaten befällt, selbst wenn sein Körper die Schießerei unversehrt übersteht. „Sie senkt toxische Erinnerungen in die tiefsten Winkel des Gehirns, wo sie im Unbewussten verborgen bleiben, bis sie eines Tages mit der schauerlichen Plötzlichkeit einer aus dem Grab sich erhebenden Hand explodieren.“ Viel zu wenig werde von Staats wegen getan, um die traumatischen Kriegsfolgen ehemaliger Soldaten zu lindern und Suizide – wie diesen – zu verhindern. Was aber auch immer geschieht, es bleibe stets die Erinnerung in irgendeinem Winkel des Gehirns zurück: „You can never completely shut it out“.

### Suizidattentate

Wir scheinen uns längst daran gewöhnt zu haben. Täglich melden die Zeitungen von jenen Menschen, die sich irgendwo in der Welt aus politischen Gründen in die Luft sprengen. Fast immer morden sie dabei nicht nur sich, sondern auch vermeintliche Gegner oder zufällig anwesende Passanten. Da sich solche Vorfälle meist in einigen tausend Kilometer Entfernung von unseren Wohnorten abspielen, nehmen wir sie kaum noch zur Kenntnis. Laut einer dpa-Meldung in der Stuttgarter Zeitung vom 19. April dieses Jahres ereigneten sich in den vergangenen 25 Jahren 1840 Suizidattentate, mehr als ein Drittel davon allein in 2007. Von den 658 Anschlägen im vergangenen Jahr hatten sich 542 (82%) im Irak und in Afghanistan abgespielt. Seit 1983 starben durch Suizidattentate weltweit 21.350 Menschen, etwa 50.000 wurden verletzt. 86% der Anschläge erfolgten seit 2001, dem Jahr mit dem folgenreichsten Anschlag überhaupt (in den USA). Auch in Deutschland hat es politisch motivierte Suizide gegeben, jedoch bislang keine suizidalen Sprengstoff-Attentate, bei denen andere Menschen einbezogen waren. Meist waren es Selbstverbrennungen, wie der berühmt gewordene Fall des Pfarrers Brüsewitz, der sich am 18. August 1976 vor seiner Kirche in Zeitz (Thüringen) verbrannte – aus Protest, wie es hieß, gegen das kirchenfeindliche Regime der damaligen DDR. Erst sehr viel später wurde bekannt, dass – wie Christian Braune in seinem Buch „Feuerzeichen“ schrieb – dieses Fanal auch als Tat einer „schwer gestörten) Persönlichkeit mit einer deutlichen Tendenz zu manisch-depressivem Erleben“ verstanden werden konnte. Die Frage, in welchem Ausmaß psychopathologische Impulse ihren Anteil an politischen Suizidattentaten wird bis heute kontrovers beantwortet. Wer sich näher über die Hintergründe informieren will, sei auf das umfassende Buch von Christoph Reuter verwiesen: „Mein Leben ist Waffe. Selbstmordattentäter. Psychogramm eines Phänomens“.

### Sehr lesenswert fanden wir in dieser Zeitspanne auch folgende Beiträge:

- Suizide und Suizidprävention in Japan, 2008, Heft 134
- Berichte Neue Studie: Suizid nach Suizidversuch, 2009, Heft 137
- Suizid als Folge der Ausbeutung von Arbeitern, 2010, Heft 142

## 2011 -2015

### Gesprächsführung mit suizidalen Menschen im Allgemeinkrankenhaus, 2012, Heft 151

#### Zusammenfassung

Patienten nach einem Suizidversuch stellen in den somatischen Abteilungen des Allgemeinkrankenhauses die einzige Patientengruppe dar, die (meist) nicht freiwillig zur stationären Aufnahme kommt. Da Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung mit diesen Patienten besondere Anforderungen stellen, können sie den ungeschulten Mitarbeiter leicht überfordern. Dennoch kann er sich – im Zuge der körperlichen Behandlung – einer Kommunikation mit dem Patienten nicht entziehen. Wichtigste Elemente im Gespräch mit Suizidpatienten sind zum einen die Bereitschaft zur Emotionalität, zum anderen die Wahrung einer Ritualität, die der Kommunikation einen für beide Seiten verlässlichen Rahmen gibt. Hilfreiche Faktoren für eine gelingende therapeutische Beziehung werden ebenso dargestellt wie mögliche Fallstricke.

*Schlüsselwörter: Gesprächsführung, Allgemeinkrankenhaus, Suizidpatient, Emotionalität, Krisenintervention*

### Conversation with suicidal patients in General Hospitals

#### Abstract

The only patients not voluntarily admitted on non-psychiatric wards in General Hospitals are those after their suicide attempt. Talking with such persons and building up therapeutic relations sometimes may be critical for the staff without special psychological training. Nevertheless, there is no chance not to communicate in the course of somatic treatment. Most important when speaking with suicidal patients is being prepared to be emotionally involved. On the other hand, some rituals of communication should be safeguarded as a reliable frame for both sides, the patient as well as staff members. Ele-

ments promoting the communication will be described as well as typical traps.

*Keywords: Conversation, General Hospital, suicide patient, emotion, crisis intervention*

## Einleitung

Nach einer Suizidhandlung kommen die meisten Patienten zunächst notfallmäßig ins Allgemeinkrankenhaus: zur Akutbehandlung nach einer Vergiftung, zur chirurgischen Erstversorgung. Auch wenn die weitere Therapie heutzutage den Kontakt mit einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Experten in aller Regel einschließt, gilt es doch von Beginn an, mit diesem Patienten zu kommunizieren.

Dabei ist eine Besonderheit dieser Patientengruppe zu beachten: Menschen, die nach einer Suizidhandlung ins Allgemeinkrankenhaus auf eine nichtpsychiatrische Station eingeliefert werden, sind dort in aller Regel die einzigen Patienten, die nicht freiwillig kommen, um sich behandeln zu lassen. Bei allen anderen Patienten ist von ihrem Einverständnis zur stationären Therapie auszugehen, selbst wenn sie im bewusstlosen Zustand (z. B. nach einem Schlaganfall) eingeliefert werden. Der Suizidpatient aber hatte mit der Suizidhandlung alles andere im Sinn, als sich in einem Krankenhaus einer Therapie zu unterziehen. Auch wenn er zu einem späteren Zeitpunkt, bisweilen schon mit Einsatz der Rettungsmaßnahmen, sich von seinem Suizidvorhaben zu distanzieren beginnt, ist seine Haltung gegenüber denen, die sich nunmehr um seine Heilung und körperliche Wiederherstellung bemühen, zumindest ambivalent, wenn nicht ablehnend bis feindselig (siehe auch Sonneck 1991, S. 42).

Wie soll man mit solchen Patienten umgehen? Wie mit ihnen sprechen? Sind die psychologisch untrainierten und oft unerfahrenen Mitarbeiter im Allgemeinkrankenhaus überhaupt für eine solche Kommunikation geeignet? Bevor man solche Fragen stellt und zu beantworten sucht, ist es hilfreich, sich an die erste Grundregel der Kommunikationstheorie, wie sie einst von Watzlawick und Mitarbeitern formuliert wurde, zu erinnern: Man kann nicht nicht kommunizieren! Dieser wichtige Grundsatz gilt selbstverständlich auch für den Umgang mit allen Patienten im Rahmen der somatischen Behandlung.

Im Allgemeinen ist die Herstellung eines Kontakts die erste und schwierigste Hürde im präventiven Bemühen um suizidale Patienten. Denn ist die Kommunikation erst einmal hergestellt, mindert sich die akute Suizidalität erheblich! Bei Menschen, die nach einer Suizidhandlung ins Krankenhaus kommen, ergibt sich der Kontakt allerdings zwanglos schon im Rahmen der Erstversorgung. Es geht dann nicht um das ob, sondern lediglich um das wie der Gesprächsführung.

Es sollte in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben, dass unter den internistischen, neurologischen, chirurgischen

Patienten einer Krankenhausabteilung sich immer auch eine gewisse Zahl befindet mit suizidalen Intentionen, auch wenn diese oftmals unbemerkt und unangesprochen bleiben. Für solche Patienten gilt das Nachfolgende in analoger Form.

## Aufgaben im Rahmen der Erstversorgung

Die Versorgung von Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus umfasst fünf Aufgaben:

- Somatische Erstversorgung und Therapie (z. B. Entgiftung)
- Erstkontakt
- Herstellung einer Beziehung zum Patienten
- Krisenintervention
- Evaluation der psychischen Situation

### *Erstkontakt*

Der Erstkontakt im Rahmen der Erstversorgung eines Suizidpatienten sollte sich in keiner Weise von dem in der Notfallversorgung üblichen Kontakt mit allen Patienten unterscheiden. Er wird oftmals durch die Notwendigkeiten rascher medizinischer Maßnahmen und Entscheidungen geprägt sein, dabei in Ton und Ansprache das Maß an höflicher Distanz zwischen sich bis dato fremden Menschen wahren. Allerdings geriert jeder menschliche Kontakt, der über eine flüchtige Ansprache und rasche Erste-Hilfe-Maßnahmen hinausgeht, zu einer Beziehung. Deren Gestaltung bedarf bei Suizidpatienten besonderer Beachtung.

### *Herstellung einer Beziehung*

Jeder Mensch, auch jeder Mitarbeiter im Allgemeinkrankenhaus, wird seine ganz persönliche Art und Weise haben, eine Beziehung zu anderen Menschen herzustellen. Patienten jedoch, die soeben die Absicht haben erkennen lassen, das Leben zu verlassen, erwecken bei den meisten, die ihnen begegnen, die an ihr Krankenbett treten, eine Scheu und Zurückhaltung, eine Unsicherheit, wie man einem solchen, nunmehr „Geretteten“, begegnen kann. In der Tat erfordert die Beziehung zu suizidalen Menschen im therapeutischen Rahmen die Beachtung einiger Besonderheiten, die im Kontakt mit allen anderen Patienten keine oder doch nur eine mindere Rolle spielen. Sie soll verhindern, dass es zu Überforderungen, zu für den Patienten schädlichem Fehlverhalten und – wie es nicht selten geschieht – zum Rückzug aus der Kommunikation mit jenem kommt, der ihrer aktuell in besonderem Maße bedarf.

### *Elemente der therapeutischen Beziehung mit suizidalen Patienten*

Eine dieser Besonderheiten beim Aufbau einer Beziehung zu Suizidpatienten ist der kontrollierte Umgang mit Emotionalität. Dem nach dem Suizidversuch in einer seelischen Ausnahmesituation Befindlichen ist allein mit kühler, sachlicher Distanz wenig geholfen. Regelmäßig drängt es ihn nach Aussprache, was von dem angesprochenen Helfer anfangs oft als unpassend, lästig, als unangenehm empfunden wird. Gleichzeitig scheut er davor zurück.

Um diesem Drang des Patienten Raum zu geben, bedarf es beim Angesprochenen der Bereitschaft, für alle Emotionen offen zu sein, auch für die verdeckten und verdrängten, recht vorbehaltlos, in der uneingeschränkten Offenheit, die tiefe Trauer mitzutragen, die ihm dabei oftmals entgegenschlägt. Diese Trauer führt nicht selten in die Bereiche antizipierter Todesrauer, wie sie suizidalen Menschen, besonders nach einem gescheiterten, sehr ernsthaft geplanten und durchgeführten Suizidversuch, häufig anhaften. Für den in dieser Weise emotional mitleidenden Zuhörer gibt es in dieser Situation außer der Bereitschaft, das Mitgeteilte auszuhalten, wenig zu tun. Auch wenn es dem noch Unerfahrenen manchmal schwerfallen mag: Er sollte sich aller Kommentierung, aller Bewertung, aller guten Ratschläge enthalten!

Das Einzige, was er tun kann, ist, das Wahrgenommene respektvoll zu spiegeln, d. h. eine vorsichtige, niemals aber verletzende Rückmeldung der wahrgenommenen Emotionalität zu geben.

Ebenso wichtig wie die Bereitschaft zur Emotionalität für den Aufbau einer Beziehung zum Suizidalen im Allgemeinkrankenhaus ist die strikte Wahrung von Ritualität. Gemeint ist damit die Einhaltung eines stabilen Rahmens in der Beziehung – als Schutz gleichermaßen für den Patienten wie für den Helfer. Es gilt, eine gute, belastbare Balance zwischen Nähe und Distanz zum Patienten zu wahren.

Nähe meint in diesem Zusammenhang die beschriebene emotionale Zugewandtheit mit den kommunikativen Signalen

- „Ich bin für dich da ...“
- „Ich bin bereit, dich zu akzeptieren ...“
- „Ich bin bereit, dir zuzuhören ...“
- „Ich bin bereit, dich zu begleiten ...“

Distanz heißt in diesem Kontext

- „Ich bin (nur) in einer ganz bestimmten Weise für dich da ...“

Der angebotene Kontakt ist weder unbegrenzt noch beliebig. Es handelt sich immer um eine „Beziehung auf Zeit“, und das ist deutlich zu machen. Zugleich bedeutet Distanz der Verzicht auf jegliches Mitagieren, die strikte Einhaltung therapeutischer Abstinenz.

Seitens des Helfers wird die Entwicklung einer Beziehung im Kontakt mit Suizidpatienten sehr gefördert, wenn er in allen seinen Äußerungen und Handlungen um Klarheit und Ehrlichkeit, auch sich selbst gegenüber, bemüht ist, mit erkennbarer Zielorientiertheit im Denken und Handeln. Er sollte absolut verlässlich sein, Respekt vor Entscheidungen des Patienten haben und angstfrei sein vor dem Suizid (was in der Regel eine gewisse Auseinandersetzung mit der eigenen Suizidalität voraussetzt). Schließlich ist es unerlässlich, dass der Helfer ein hinreichendes Maß an Geborgenheit im Team und innerhalb der Institution erfährt. Fallstricke hingegen sind die Angst des Helfers vor dem

Suizid des Patienten wie vor der eigenen Suizidalität, eine ungenaue Differentialdiagnose der psychischen Situation (z. B. die Verkennung eines Wahnzustands beim Patienten), mangelnde Verlässlichkeit des Helfers, mangelnde Abstimmung im Helferteam, Überängstlichkeit einerseits, Selbstüberschätzung andererseits, und die fehlende Möglichkeit zur Supervision.

### **Krisenintervention**

Die Aufgabe der Krisenintervention wird heute meist nicht mehr unmittelbar von den an der somatischen

Erstversorgung beteiligten Mitarbeitern im Allgemeinkrankenhaus durchgeführt, sondern von psychotherapeutisch erfahrenen Experten, mitunter auch von geschulten Laien übernommen. Die Evaluation der psychopathologischen Situation erfolgt in der Regel durch einen Psychiater.

Krisenintervention umfasst die folgenden Aufgaben und Ziele:

- **Klärung** der Psychosozialen Situation (z. B. der Wohnsituation, der Versorgung) der Beziehungsstruktur (Gibt es z. B. einen Partner, einen Konfliktpartner? Ist der Patient vereinsamt?) des Verhaltensrepertoires des Patienten (Wie sind die kognitiven Funktionen? Bestehen Eingenungen, alles dominierende Affekte? Ist die Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt?)
- **Weichenstellung:** Wie geht es jetzt unmittelbar weiter?
- **Motivation** zur Nachsorge und ggfs. Therapie

Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung unterscheiden sich dabei nicht wesentlich von den vorstehend beschriebenen im Erstkontakt. In der Krisenintervention ist allerdings ein aktiveres Vorgehen des Krisenhelfers gefragt. Für die Vertrauensbildung ist es immer günstig, wenn der Helfer zu Beginn des Krisengesprächs das wiedergibt, was er bis dahin über den Patienten und die Umstände des Suizidversuchs weiß, eine Art Situationskizze abgibt. Was ist vorgefallen? Was ist Anlass für dieses Gespräch? Sodann sollte ein Rahmen vereinbart werden: Was sind Sinn und Ziel des Gesprächs?

Wie ist der Zeitrahmen? Wie ist das weitere Vorgehen insgesamt? Anschließend wird der Helfer dem Patienten zunächst Raum für seine eigene Darstellung der Abläufe und der Vorgeschichte geben. Die Anwendung nichtdirektiver Gesprächstechnik ist zu diesem Zeitpunkt besonders hilfreich.

Parallel ist der Helfer gehalten, sich in diagnostischer Hinsicht Gedanken zu machen. Gibt es Hinweise für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder Sucht? Besteht diesbezüglich Unsicherheit, sollte der Helfer gezielt nachfragen. Die Wahrnehmung der Beziehung zum Patienten einschließlich aller Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung ist Teil dieser diagnostischen Reflektionen.

Nunmehr empfiehlt es sich, den prozessartigen Verlauf jeder Krise dem Patienten gegenüber anzusprechen. Ziel der Krisenintervention ist nicht eine möglichst rasche Konfliktlösung,

sondern – im Gegenteil – die „Lösung“ der Krise so lange wie möglich offen zu halten! Suizidpatienten tendieren aus durchaus nachfühlbaren Gründen (Scham, Ärger, Orientierungsverlust) dazu, rasch eine für die weitere Klärung der Situation ungünstige Abwehrfassade aufzuziehen, die Suizidhandlung zu bagatellisieren und weitere Hilfe abzuwehren. Deshalb ist es die Aufgabe des Helfers, auf ein volles Verständnis der Krise hinzuwirken und diese in ihren Wurzeln umfassend auszuloten – nicht zu beruhigen und sie abzukürzen (siehe auch Dörner und Plog 1980, S. 169).

Alle weiteren Schritte können jetzt in Absprache mit dem Patienten konkret und realistisch geplant und eingeleitet werden, mit Abschluss der Krisenintervention in vielen Fällen auch die Einleitung einer Therapie. Zudem sollten nach Möglichkeit (und gleichfalls in Absprache) alle vorhandenen Ressourcen mobilisiert und genutzt werden, soziale Kontakte ebenso wie die Wiederaufnahme des Alltags, ggfs. einschließlich einer beruflichen Betätigung.

### Wichtige Fragen

Sowohl im Erstkontakt wie beim Aufbau einer Beziehung zum Suizidpatienten und in der Krisenintervention stehen im Hintergrund ständig mehrere Fragen, die der wiederholten Reflektionen bedürfen:

- Wie geht es jetzt unmittelbar weiter?
- Wer ist als Ansprechpartner verfügbar?
- Welche Personen werden informiert und einbezogen?
- Ist eine stationäre Unterbringung notwendig, ggfs. auf einer geschützten Station?
- Ist eine medikamentöse Therapie (vorübergehend) sinnvoll?

Die Beantwortung dieser Fragen sollte nicht im Vordergrund stehen und sich für die Beziehung wie für den Ablauf der Krisenintervention nicht als hinderlich erweisen. Sie sollten aber auch niemals vergessen werden. Auch wenn es bitter klingt: Es ist nicht die Aufgabe des Helfers, den Suizidpatienten in seiner oftmals vorhandenen Verzweiflung zu trösten, ihm zur Wiederaufnahme des Lebens mit wohlmeinenden Worten Mut zuzusprechen. Das freundlich gedachte Schulterklopfen mit einem Spruch wie „Es wird schon wieder“ ist immer auch eine Form, Probleme und Leid des Gegenübers nicht ganz ernst zu nehmen. Im psychiatrischen Lehrbuch von Dörner und Plog heißt es dazu: „Trost und Ermutigung bei einem Verzweifelten ist Verspottung.“ Im Umgang mit Suizidpatienten kommt es „mehr auf die Haltung an als auf die Maßnahme“ (Dörner und Plog).

### Weiterführende Literatur zum Thema:

Bronisch T (2007): *Der Suizid – Ursachen, Warnsignale, Prävention*. 5. Aufl. München: Beck

Dörner K, Plog U (1980) *Irren ist menschlich*. 4. Aufl. Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag Wunstorf

Sonneck G (1991) *Krisenintervention und Suizidverhütung*. 2. Aufl.

Wien: Facultas-Universitätsverlag

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1969) *Menschliche Kommunikation*. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber

Wedler H (1998): *Das ärztliche Gespräch*. Stuttgart: Schattauer

Wedler H (2003): *Über die Beziehung im Umgang mit Suizidpatienten*. *Suizidprophylaxe* 30: 86-87

Wedler H (2009): *Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus*. In: T. Bronisch, S.K.D. Sulz: *Krisenintervention und Notfall in Psychotherapie und Psychiatrie*. München: CIP-Medien, S. 133-145

## Schmerz und Suizidalität, 2012, Heft 149

### Zusammenfassung

Der Zusammenhang von Suizidalität mit bestehenden körperlichen Schmerzzuständen ist bislang ungeklärt. Auch eine Recherche der in den vergangenen Jahren erschienenen wissenschaftlichen Untersuchungen zu diesem Thema führt zu keiner klaren Beurteilung in dieser Frage. Viele Studien deuten darauf hin, dass zwar Suizidgedanken vermehrt bei schweren chronischen Schmerzzuständen anzutreffen sind, nicht aber Suizidversuche oder tödliche Suizidhandlungen. Eine Ausnahme scheinen schwerste Schmerzzustände am Lebensende darzustellen. Im Allgemeinen erweisen sich jedoch weniger der eigentliche Schmerz und die Schmerzstärke als suizidale Prädiktoren als der individuelle Umgang mit Schmerzen. Möglicherweise haben Suizidgedanken bei schweren Schmerzzuständen lediglich eine Entlastungsfunktion.

*Schlüsselwörter: Schmerz, Suizidalität, Entlastungskognition, Suizidalität am Lebensende*

### Pain and Suicidality

#### Summary

Physical pain as a cause of suicidality remains unclear in the scientific literature – even in most recent publications. In contrast to suicidal attempts or completed suicides, suicidal ideas seem to be more often connected with pain. Only deep suffering from pain at the end of life may give an exception. Generally, individual coping with pain seems to be more important for the development of suicidality than pain itself, sometimes suicidal thoughts may have the function of relief.

*keywords: pain, suicidality, relief-cognition, suicide at the end of life*

### Einleitung

Auf die Frage, welche körperliche Störung einen Menschen veranlassen könnte, seinem Leben vorzeitig ein Ende zu setzen, wird man häufig intuitiv die Antwort erhalten: „ein unerträglicher Schmerz“.

Diese durchaus populäre Annahme wird scheinbar durch eine kürzlich erschienene Untersuchung (Dreyer et al. 2010) bestä-

tigt: 1.269 dänische Patientinnen mit Fibromyalgie-Syndrom zeigten im Zeitraum 1984-99 (Beobachtungszeit gesamt 5.295 Personenjahre) zwar keine erhöhte Gesamtmortalität; aber die Suizidhäufigkeit war in dieser Gruppe gegenüber dem zu erwartenden Wert (SMR=Standard-Mortalitätsrate) um etwa das 10fache erhöht. Das erhöhte Suizidrisiko bestand vom Zeitpunkt der Diagnose über die folgenden 5 Jahre. (Bei 84 gleichzeitig beobachteten männlichen FMS-Patienten ergab sich keine erhöhte Suizidmortalität.)

Allerdings ist der Zusammenhang zwischen körperlichem Schmerz und Suizidalität mit einem solchen Resultat keineswegs bewiesen, denn das Fibromyalgie-Syndrom ist bekanntlich eine ätiologisch noch unklare Schmerzerkrankung und keine gesicherte Entität und enthält aller bisherigen Erkenntnis nach einen wesentlichen Anteil einflussnehmender psychopathologischer Faktoren, die mit einiger Wahrscheinlichkeit für die gesteigerte Suizidalität ausschlaggebend gewesen sein können.

Tatsächlich ist der Zusammenhang zwischen Schmerz und Suizid nach wie vor unklar und stützt sich im

Wesentlichen nur auf Annahmen. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Schmerz ist nicht objektiv messbar, nicht quantifizierbar.
- Schmerz wird immer stark durch seelische Schmerzverarbeitung beeinflusst.
- In Studien über den Zusammenhang von Schmerz und Suizid werden psychopathologische Faktoren meist nicht oder zu wenig berücksichtigt – wie auch in der o. g. Studie.
- Suizidalität ist als solche nicht messbar. In vielen Studien werden nur angegebene Suizidgedanken

- oder Suizidintentionen registriert, nicht – besser objektivierbare – Suizidhandlungen.
- Studien über Suizid Todesfälle im Zusammenhang mit Schmerz fehlen weitgehend.
- Die Literatur ist insgesamt widersprüchlich.

### Schmerz und Suizidalität am Lebensende

Auch bei Patienten am Lebensende gibt es keinen sicheren Hinweis, dass ein Schmerzzustand die Hauptursache für einen bestehenden Sterbewunsch ist. Schmerzen sind in der allerletzten Lebensphase kein seltenes Ereignis (Abb. 1).

Nach einer umfangreichen, sorgfältig geplanten und durchgeführten kanadischen Feldstudie mit 4.703 befragten Teilnehmern (Smith et al, 2010) leidet gut ein Viertel aller Menschen in den letzten zwei Jahren vor dem Tod häufig an mittelgradigen oder schweren Schmerzzuständen, wobei Gelenkschmerzen ganz im Vordergrund stehen. Bis 4 Monate vor dem Tod ändert sich der Anteil an Schmerzgeplagten nicht wesentlich, um im letzten Monat vor dem Sterben noch einmal deutlich auf 46% anzusteigen.

In den Niederlanden waren in den Jahren zwischen 1977 und 2001 die wichtigsten Gründe für die Nachfrage nach Euthanasie und ärztlicher Suizidassistentz zwar Angst vor Schmerzen (37%) – neben Krankheitsverschlimmerung (31%), Hoffnungslosigkeit (22%) und Atemnot (15%) – nicht aber der Schmerz selbst, und im gleichen Zeitraum ging auch die Angst vor Schmerzen als Motivation (aufgrund verbesserter Schmerztherapie) um mehr als 50% zurück (Marquet et al. 2003]. In Oregon, einem weiteren Staat mit gesetzlich geregelter ärztlicher Suizidassistentz, war eine inadäquate Schmerzkontrolle in 7% bzw. 27% der Fälle der Grund für die Nachfrage nach ärztlicher

Diagnose	2 Jahre vor dem Tod	1 Jahr vor dem Tod	4 Monate vor dem Tod	1 Monat vor dem Tod
Männer	23%	24%	25%	42%
Frauen	30%	31%	32%	50%
Krebs	25%	26%	27%	45%
Herzerkrankung	27%	28%	29%	48%
Alterschwäche	30%	31%	31%	50%
Plötzlicher Tod	23%	24%	25%	42%
Sonstige	27%	28%	29%	47%
Mit Arthritis	38%	39%	40%	60%
Ohne Arthritis	13%	13%	14%	26%
Gesamt	26%	27%	28%	46%

Abb. 1: Schmerzhäufigkeit am Lebensende (nach Smith et al. 2010)

Suizidbeihilfe; die häufigsten Gründe waren jedoch der krankheitsbedingte Autonomieverlust (>80%), die Unfähigkeit zu normalen Lebensaktivitäten (>80%), Würdeverlust (>80%) und mangelhafte Kontrolle der Körperfunktionen (53%) (Chin et al. 1999; Okie 2005).

Wünsche zur Sterbebeschleunigung haben nach einer Metaanalyse von Monforte-Royo et al. (2003) vor allem psychologische und spirituelle Aspekte, einschließlich sozialer Faktoren.

### Zusammenhang von Schmerz mit Suizidgedanken und Suizidversuchen

Bereits 1991 berichtete Frau Stenager (1993) beim IASP-Kongress in Hamburg über 239 von ihr eingehend befragte Patienten nach Suizidversuch: 35% der Männer und 56% der Frauen hatten über Schmerzsyndrome geklagt; 16% der Männer und 24% der Frauen hatten den Schmerz als Grund für den Suizidversuch angegeben.

In einer Literaturanalyse von 12 relevanten wissenschaftlichen Artikeln in internationalen Zeitschriften kamen Tang et al. (2006) zu dem Schluss, dass das Suizidrisiko bei chronischem Schmerz mindestens verdoppelt und die Lebenszeitprävalenz für einen Suizidversuch bei chronischem Schmerz auf 5-14% erhöht sei. Die Prävalenz von Suizidgedanken bei Schmerz betrage beinahe 20%. Risikofaktoren für Suizidalität seien Typ, Intensität und Dauer des Schmerzes, der Wunsch nach Schmerzbefreiung, aber auch eine Tendenz zur Katastrophisierung, ein Vermeidungsverhalten und Problemlösungsdefizite.

Über Suizidgedanken bei chronischem Schmerz berichteten auch Li et al. (2010). Von 16.700 Homecare-Patienten (Durchschnittsalter 77,5 Jahre; 72,2% weiblich) gaben nur 25% an, nicht unter Schmerzen zu leiden. 46% klagten über mäßigen, 29% über starke Schmerzen. Die Häufigkeit von Suizidgedanken war nur bei den Männern – in Abhängigkeit von der Schmerzstärke – erhöht, am stärksten bei den 29% Patienten mit schlechter medikamentöser Einstellung der Schmerzen.

Von 36.954 Teilnehmern einer repräsentativen Befragung aller Altersgruppen in Kanada gaben 37% chronische, über mehr als 6 Monate anhaltende Schmerzen an (Ratcliffe et al. 2008). Am häufigsten waren Migräne, Arthritis, Rückenschmerzen und Fibromyalgie-Syndrome die Schmerzauslöser. Suizidgedanken gaben 3,7% der Schmerzpatienten in den vorausgegangenen 12 Monaten an und 0,5% Suizidversuche. Wurden gleichzeitig diagnostizierte psychopathologische Faktoren berücksichtigt, waren lediglich Migräne und Rückenschmerzen mit Suizidgedanken und Suizidhandlungen signifikant assoziiert, am stärksten noch die Migräne.

In einer WHO-Studie (Scott et al. 2010) erfolgten in 14 Ländern in aller Welt repräsentative Befragungen von insgesamt 37.915 Personen. Die meisten dabei angegebenen körperlichen

Krankheiten zeigten eine geringe Assoziation mit Suizidgedanken. Suizidversuche traten geringfügig signifikant häufiger auf bei Kopfschmerz und anderen chronischen Schmerzzuständen (OR 1,4 – 1,5) sowie bei Herzinfällen, Schlaganfall und Erkrankungen der Atmungsorgane.

### Zusammenhang von Schmerz und tödlichen Suizidhandlungen

Hietanen et al. (1991) fanden unter allen 1.397 finnischen Suizidtoten des Jahres 1987 insgesamt 60 Patienten mit Karzinomen. Davon hatten sich 18 Patienten in der Terminalphase der Erkrankung befunden, die übrigen in unterschiedlichen Stadien der Rehabilitation. Fast alle dieser terminal Kranken hatten bei nachträglicher Analyse der Krankenakten unter sehr starken Schmerzen gelitten, nur zwei unter leichteren und ein Patient unter keinen Schmerzzuständen.

In einer umfassenden Fall-Kontroll-Studie mit 1.329 über 65jährigen Suizidtoten in Ontario/Kanada (Durchschnittsalter 74,4 Jahre; 76% Männer) suchten Juurlink et al. (2004) den Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Erkrankung und Suizid näher zu verifizieren (Abb.2). Allerdings konnten sich die Autoren nicht auf die Krankenakten der Verstorbenen stützen, sondern lediglich auf die – in Kanada zentral registrierten – Medikamentenverschreibungen, aus denen auf die zugrundeliegenden Erkrankungen geschlossen wurde. Als Vergleich dienten 5.315 nach demografischen Kriterien ausgewählte Kontrollpersonen. Erwartungsgemäß war das Suizidrisiko am stärksten erhöht bei den bipolaren Störungen. Starke Schmerzzustände (allerdings etwas fragwürdig ermittelt aus dem Analgetika-, insbesondere dem Opiatkonsum) standen bereits diesbezüglich an zweiter Stelle, noch vor Depressionen und psychischen Erkrankungen.

Diagnose	OR
Herzinsuffizienz	1,73
Krampfleiden	2,95
Urininkontinenz	2,02
Psychose	5,09
Depression	6,44
Angststörung, Schlafstörung	4,65
Bipolare Störung	9,20
Mäßiger Schmerz	1,91
Starker Schmerz	7,52

Abb. 2: Zusammenhang mit körperlichen und psychischen Krankheiten bei Suizid (nach Juurlink et al. 2004)

In einer weiteren, methodisch verbesserten Fall-Kontrollstudie mit 602 Suizidtoten (Durchschnittsalter 76,3 Jahre; 72% Männer) in British Columbia/Kanada wurden die Diagnosen gleichfalls aufgrund von Medikamentenverschreibung, allerdings zusätzlich mit ICD-9-Diagnosen aus Krankenhausakten und den Angaben niedergelassener Ärzte ermittelt (Voaklander et al. 2008). 2999 Personen dienten als Kontrolle. In dieser Studie waren mit Suizid assoziiert: ein niedriger sozioökonomischer Status, Depression, Psychosen, Neurose, Schlaganfall, Krebs, Lebererkrankungen, Suizidversuche in der Vorgeschichte sowie ein übermäßiger Gebrauch von Benzodiazepinen, Narkotika und Diuretika. Ein besonders hohes Suizidrisiko wurde bei einem starken Schmerzmittelgebrauch und vor allem bei der Verschreibung unangemessener Dosen an Benzodiazepinen registriert. Diese Untersuchung gibt einen Hinweis darauf, dass nicht unbedingt der Schmerz und die Schmerzstärke für die Auslösung suizidalen Verhaltens entscheidend sind, sondern ggfs. der individuelle Umgang mit dem Schmerz.

**Zusammenhang zwischen dem Umgang mit körperlichem Schmerz und Suizidalität**

Ein strukturiertes Interview mit 5.692 repräsentativen, über 18jährigen US-Amerikanern kam zu dem Ergebnis, dass Suizidgedanken und suizidales Verhalten bei gleichzeitig vorhandenen, nicht durch Karzinom verursachten Schmerzzuständen Folge begleitender psychopathologischer Störungen sind und – abgesehen von häufigem Kopfschmerz oder „anderem“ chronischen Schmerz, die ein zusätzliches Risiko darstellen mögen – nicht direkte Folge der Schmerzzustände (Braden et al. 2008).

In einem Schmerztherapiezentrum der John Hopkins University wurden 153 konsekutiv aufgenommene Patienten (Durchschnittsalter 44,7 Jahre; 57% Frauen; Schmerzdauer im Mittel 5,2 Jahre) einem 2-Stunden-Interview und ergänzenden Testverfahren unterzogen (Smith et al. 2004). 19% gaben passive Suizidgedanken an, 13% hatten diesbezüglich aktive Überlegungen, 5% konkrete Suizidpläne und 5% berichteten von vorausgegangenen Suizidversuchen. Nach multivariater statistischer Analyse zeigte sich, dass die Familienanamnese mit tödlichen und nicht tödlichen Suizidhandlungen der wichtigste Prädiktor sowohl für passive wie für aktive Suizidgedanken war, während sich kein Zusammenhang mit demografischen Faktoren, mit der Schmerzstärke oder der Depressionstiefe ergab. Abdominelle Schmerzen waren mit einem erhöhten Risiko verbunden, nicht aber neuropathische Schmerzen. Ein großer Teil der Befragten hatte allerdings bestehende Suizidalität zu einem früheren Zeitpunkt angegeben (Abb.3).

Eine weitere Publikation aus derselben Forschergruppe (Edwards et al. 2006) kam nach einer in ähnlicher Form durchgeführten intensiven Untersuchung von 1.512 chronischen Schmerzpatienten zu dem Ergebnis, dass für die Entwicklung von Suizidalität, die 32% der Patienten in irgendeiner Form angegeben hatten, neben dem Ausmaß depressiver Symptome

der Umgang mit der Schmerzsymptomatik entscheidend war. Insbesondere die Katastrophisierung des Schmerzes als maladaptive Coping-Strategie hatte sich als wesentlicher Prädiktor von Suizidintentionen erwiesen.

Suizidalität	Anamnestisch
Passive Suizidgedanken	35%
Aktive Suizidgedanken	33%
Suizidpläne	20%
Absicht der Lebensbeendigung (von Patienten mit Suizidplänen)	32%
Suizidversuch	5%
Suizidversuch in der Familie	4%
Suizid in der Familie	9%

Abb.3: Suizidalität bei Schmerzpatienten (noch Smith et al, 2004)

Als Elemente katastrophisierenden Verhaltens werden in diesem Zusammenhang eine auf den Schmerz gerichtete besondere Aufmerksamkeit bezeichnet, dessen Überhöhung und Überbewertung, exzessives Nachsinnen über den schmerzbedingten Zustand und damit einhergehende Hilflosigkeit. Ähnlich negativ wie die Katastrophisierung bei Schmerzzuständen wirkt sich ein Rückzug in Beten und Hoffen aus. Aktive Coping-Strategien hingegen wie gezielte Ablenkung, körperliche Aktivierung, Umdeutung oder Ignorierung der Schmerzzustände tragen demnach zu einer besseren Bewältigung bei.

Auch Paul Nilges (2008), der Leitende Psychologe am DRK Schmerz-Zentrum Mainz, kam nach der Untersuchung von 50 Schmerzpatienten zu dem Schluss, dass das Katastrophisieren von Schmerzzuständen ein unabhängiger Prädiktor für die Entwicklung von Suizidalität sei. Die intuitive Verbindung von Schmerz und Suizid sei empirisch als Konfusion einzuordnen und damit ungünstig sowohl für Patienten wie für Behandler in der Schmerzbewältigung. Günstig wirke sich hingegen die Aktivitätsbereitschaft des Patienten als eine Komponente der Schmerzakzeptanz aus. Die Bedeutung von Suizidgedanken als Entlastungskognition bei Schmerzzuständen sei bisher nicht untersucht.

**Schlussfolgerungen**

Der Nachweis eines gesicherten Zusammenhangs zwischen körperlichem Schmerz und Suizidalität steht bislang weiterhin aus. Zahlreiche Untersuchungen deuten darauf hin, dass chronische Schmerzzustände gehäuft mit Suizidgedanken unterschiedlicher Ausprägung einhergehen, nicht aber mit nicht tödlichen oder gar tödlichen Suizidhandlungen. Schwere Schmerzzustände am Lebensende bei ohnehin unheilbaren Erkrankungen mögen – entsprechend den finnischen Beobachtungen – eine Ausnahme darstellen, wobei Suizidhand-

lungen in dieser Situation sich ohnehin in vieler Hinsicht von anderen Suizidereignissen unterscheiden. Ausschlaggebend für die Entwicklung von Suizidgedanken scheint weniger der Schmerz selbst als der individuelle Umgang mit dem Schmerz zu sein, die Schmerzakzeptanz. Eine Katastrophisierung von Schmerzen ist dabei anscheinend ähnlich ungünstig wie die eingangs beschriebene intuitive Verbindung von Schmerz mit Suizidalität. Bemerkens- und bedenkenswert ist der von Nilges (2008) gegebene Hinweis, dass Suizidgedanken bei schweren chronischen Schmerzzuständen auch eine Entlastungsfunktion haben können, dass ihr Auftreten deshalb nicht zwingend in jedem Fall als psychopathologisch negativ oder gar lebensbedrohend zu werten ist.

## Literatur

- Braden JB, Sullivan MD (2008) Suicidal thoughts and behavior among adults with self-reported pain conditions in the National Comorbidity Survey Replication. *The Journal of Pain* 9:1166-1115
- Chin AE, Hedberg K, Higginson GK et al. (1999) Legalized physician-assisted suicide in Oregon – the first years' experience. *New Engl J Med* 340:577-583
- Dreyer L, Kendall S, Danneskiold-Samsøe B et al. (2010) Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: increased frequency of suicide. *Arthritis and rheumatism* 62: 3101-3108
- Edwards RR, Smith MT, Kudel I et al. (2006) Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain* 126:273-279
- Hietanen P, Lönnqvist J (1991) Cancer and suicide. *Ann Oncology* 2:19-23
- Juurink DM, Herrmann M, Szalai JP et al. (2004) Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 164:1179-1144
- Li LW, Conwell Y (2010) Pain and self-injury ideation in elderly men and women receiving home care. *J Am Geriatr Soc* 58:2160-2165
- Marquet RL, Bartelds A, Visser GJ et al. (2003) Twenty five years of requests for euthanasia and physician assisted suicide in Dutch general practice: trend analysis. *BMJ* 327:201-202
- Monforte-Royo C, Villavicencio-Chavez C, Tomas-Sabado J et al, (2003) The wish to hasten death: a review of clinical studies. *Psychooncology* 12:375-384
- Nilges P (2008) Suizid und Suizidrisiko — Welche Rolle spielt chronischer Schmerz? Vortrag beim Deutschen Schmerzkonferenz Berlin 09.10.2008
- Okie S (2005) Physician-assisted suicide – Oregon and beyond, *New Engl J Med* 352:1627-1630
- Ratcliffe GE, Enns MW, Belik SL et al. (2008) Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: epidemiologic perspective, *Clin J Pain* 24:204-210
- KM Scott, Hwang I, Chiu WT et al. (2010) Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the World Mental Health surveys. *Psychosomatic medicine* 72:712-719

Smith AK, Cenzer IS, Knight SJ et al. (2010) The epidemiology of pain during the last 2 years of Life. *Ann Intern Med* 153(9):563- 669

Smith MT, Edwards RR, Robinson RC et al. (2006) Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: factors associated with increased risk, *Pain* 111:301-208

Stenager EN (1993) Parasuicide, somatic diseases, and pain, In Böhme K. et al [ed] *Suicidal behavior*. Regensburg: Roderer

Tang NK + Crane C (2006) Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med* 36:575-586

Voaklander DC, Rowe BH, Dryden DM et al. (2008) Medical illness, medication use and suicide in seniors: a population based case-control study. *J Epidemiol Community Health* 62:138-146

## Folgende Artikel sollten noch einmal gelesen werden:

- Kleine Chronik der Zeitschrift Suizidprophylaxe, 2015, Heft 162
- 4U9525, 2015, Heft 161
- Suizid als Thema in den Erzählungen von Heinrich von Kleist und David Foster Wallace, 2011; Heft 144

## 2016-2020

### Eine neue Herausforderung für die Suizidprävention, 2016, Heft 166

#### Zusammenfassung:

Die große Zahl von nach Deutschland eingewanderten Flüchtlingen stellt nicht nur hohe Anforderungen an die Integrationsfähigkeit und -bereitschaft der Bevölkerung. Sie enthält auch ein bisher wenig beachtetes Risiko suizidaler Gefährdung. Flüchtlinge, die unter den gegenwärtigen Umständen sich gezwungen sehen, ihre Heimat zu verlassen, bergen eine nicht unerhebliche Zahl an Risikofaktoren für Suizid. Die aktuelle Entwicklung wird im Ansatz dargestellt, auch wenn es bisher keine verlässlichen Informationen über Suizidereignisse unter Flüchtlingen in Deutschland gibt. Eine wissenschaftliche Erfassung der Suizidgefährdung bei Flüchtlingen und die Einrichtung von Präventionsangeboten erscheint dringend.

Schlüsselwörter: Suizidrisiko, Flüchtlinge

## New challenges for suicide prevention?

### Abstract:

A great number of refugees arriving at Germany in these days not only demands a great deal of willingness to integrate these people. Moreover, it includes a risk of suicide, mostly overseen until now. Refugees being forced to leave their homeland under actual circumstances of war and terror often are bearing a lot of risks to commit suicide.

*Keywords: refugees, suicide risk*

In der zweiten Hälfte des Jahres 2015 wurde Europa von einer ungeahnten Flüchtlingswelle erfasst. Sie ist bekanntlich die Folge der Kriegseignisse in Vorderasien, vor allem in Syrien, Afghanistan und im Irak. Mehr als eine Million Flüchtende gelangten innerhalb weniger Monate allein nach Deutschland. Der Strom derer, die ihre Heimat verlassen, setzt sich auch in diesem Jahr fort, sodass mit weiteren Zuzüglern zu rechnen ist, auch wenn die Fluchtwege inzwischen teilweise versperrt wurden. In vielen europäischen Ländern sieht man sich außerstande, so viele Menschen auf einen Schlag in die Bevölkerung zu integrieren.

Zu den Menschen, die generell in besonderem Maße suizidgefährdet sind, zählen – neben vielen anderen- rassisch, religiös und politisch Verfolgte, Menschen auf der Flucht, aus ihrer Heimat, ihren sozialen Bezügen Vertriebene, auch Menschen ohne Arbeit (Ringel 1969). Die jetzt nach Europa Gelangten sind aus mehrfachen Gründen solchen Risikogruppen zugehörig: Sie sind aus ihrer Heimat geflüchtet, sind vielfach aus religiösen oder politischen Gründen Verfolgte und haben hierzulande in der Regel keine Arbeitserlaubnis, bevor sie nicht als Asylanten anerkannt sind.

Hinzu kommt, dass viele dieser Zugewanderten psychisch schwer traumatisiert sind. Vor der Flucht waren sie den Grausamkeiten des Kriegs ausgesetzt, der ständigen Bedrohung, der anhaltenden Lebensgefahr. Viele von ihnen wurden persönlich gedemütigt, körperlich und sexuell missbraucht, teilweise unter menschenunwürdigen Zuständen gefangen gehalten und gefoltert. Zum großen Teil wurden sie von ihren

Familien getrennt, viele haben ihre Familienangehörigen im Krieg verloren. Während der Flucht über die Türkei oder übers Mittelmeer waren sie weiteren Lebensgefahren ausgesetzt, haben wochenlange Märsche über die „West-Balkan-Route“ hinter sich, sind erschöpft und ausgemergelt. In Deutschland angekommen begegnen sie einer fremden Kultur, einer fremden Sprache, häufig ostentativ gezeigter Ablehnung und mitunter erneuter Bedrohung. Von den in der Heimat zurückgebliebenen Angehörigen bleiben sie oft auf unabsehbare Zeit getrennt, in vielen Fällen ohne Kontakt, ohne Informationen über deren Schicksal.

Bilden diese neu nach Deutschland Geflüchteten eine neue Risikogruppe für Suizidalität? Stellen sie für die Suizidprävention in Deutschland eine unerwartete Herausforderung dar?

Im Jahr 2015 gelangten nach Angaben des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge 1.091.894 Flüchtlinge nach Deutschland, 476.649 Asylanträge wurden gestellt. Die Erfassung und Integration der Zugezogenen stieß bekanntlich zunächst auf große Hindernisse und verlief verzögert.

Obgleich die Zahl der Zuwanderungen durch die inzwischen eingezogenen Grenzsperrungen in vielen Balkanstaaten deutlich zurückgegangen ist (Tab. 1), stellten in den ersten vier Monaten dieses Jahres bereits wieder 246.293 Personen Asylanträge, davon waren die allermeisten Erstanträge.

Bereits zu Beginn der 1990er Jahre gab es schon einmal eine vergleichbare Zahl an Migranten, damals als Folge der Jugoslawienkriege. So war die Zahl der in Deutschland gestellten Asylanträge in 1992 fast genauso hoch wie im Jahr 2015. Danach reduzierte sich die Zahl der Asylbegehren von Jahr zu Jahr, um nach 2010 allmählich, seit 2015 steil wieder anzusteigen. Die größte Zahl der Zuwanderer stammt aktuell aus Syrien, Irak und Afghanistan.

Die Altersverteilung zeigt, dass es vor allem junge Menschen sind, die den Aufbruch aus ihrer Heimat ins fremde Europa wagen und die damit verbundenen Strapazen auf sich nehmen (Tab. 2). Nur etwas mehr als 10% sind älter als 40 Jahre, mehr als ein Viertel ist noch nicht einmal 17 Jahre alt.

Monat 2016	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni
Geflüchtete über Italien	5.273	3.828	9.676	9.149	5.981	
Geflüchtete über Griechenland	67.415	57.066	26.971	3.650	1.048	
Neue Flüchtlinge insgesamt	72.688	60.894	36.647	12.799	7.029	4.900

Tab. 1: Zugewanderte Flüchtlinge in den ersten sechs Monaten 2016 in Deutschland (Quelle: UNHCR/dpa/ Stuttgarter Zeitung/mdr)

	Jan. + Febr. 2016		2014
Bis 16 Jahre	33.098	28,1%	27,9%
16-25	33.452	28,5%	27,1%
25-40	19.916	32,0%	33,2%
40-60	11.921	10,1%	10,2%
60+	1.289	1,1%	1,5%
<b>Gesamt</b>	<b>117.392</b>	<b>99,8%</b>	<b>99,9%</b>
Frauen 39.584 (33,7%); Männer 77.808 (66,3%)			

Tab.2: Asylersanträge Januar + Februar 2016 nach Altersgruppen (BAMF) – 2014 zum Vergleich

Die offensichtliche Suizidgefährdung der Flüchtlinge in Deutschland ist bislang kaum thematisiert worden. Entsprechende Hilfsangebote, um Suizidhandlungen in diesem besonderen Personenkreis vorzubeugen, sind noch nirgendwo erkennbar. Anfragen an die zuständigen Stellen wurden bislang nicht beantwortet. Zahlen über bereits erfolgte Suizide und nicht tödliche Suizidhandlungen werden allenfalls von privaten Initiativen und Skandal-Medien verbreitet. Sie sind in aller Regel weder repräsentativ noch nachprüfbar. So berichtete die „Antirassistische Initiative“ über 188 Todesfälle von Flüchtlingen, die in der Zeit von 1993 bis 2015 sich wegen drohender Abschiebung suizidierten oder bei versuchter Flucht vor der Abschiebung starben. 1.546 seien bei entsprechenden Versuchen verletzt worden. Zahlreiche Tageszeitungen aus ganz Deutschland berichteten über einzelne Suizide, teilweise auch aus Flüchtlingslagern mit unzumutbaren Lebensbedingungen. Auch die Bayerische Staatszeitung (2016) publizierte einzelne Suizide und eine steigende Zahl von Suizidversuchen in bayrischen Flüchtlingslagern, im Jahr 2015 seien es 46 Suizidversuche und ein vollendeter Suizid gewesen. Dass hier ein Problem erwächst, scheint derzeit noch gar nicht ins offizielle Bewusstsein gedrungen zu sein. So ist über die reale Suizidgefährdung der nach Deutschland Geflohenen bisher nichts bekannt. Eine systematische Registrierung derart fataler Ereignisse wird vermutlich auch erst möglich sein, wenn alle Flüchtlinge amtlich erfasst sind, was in den ersten Monaten noch gar nicht erfolgen konnte.

Nation	Generelle Suizidrate	Altersstandardisierte Suizidrate
Deutschland	13,0	9,2
Syrien	0,4	0,4
Irak	1,2	1,7

Iran	5,3	5,2
Afghanistan	4,0	5,7
Eritrea	8,3	16,3
Nigeria	4,3	6,5
Somalia	8,0	12,4
Bosnien-Herzegowina	13,9	10,8
Albanien	6,5	5,9
Montenegro	18,9	15,3

Tab. 3: Suizidraten ausgewählter Länder 2012 (WHO 2014)

Immerhin mag sich die Hoffnung auch auf vorhandene Schutzfaktoren richten, die dieser Gruppe von Migranten zweifellos zuzurechnen sind. Die Menschen stammen überwiegend aus Regionen, in denen Suizidalität schon aus religiösen Gründen eher ungewöhnlich ist (Tab. 3). Die Menschen sind geflohen in der Hoffnung, sich ein neues, ein besseres Leben aufzubauen. Und sie halten gewiss so lange wie nur irgend möglich an dieser Hoffnung fest. Es sind ganz überwiegend junge Menschen, die ihr Leben noch vor sich haben und generell weniger zur Selbstaufgabe neigen. Viele haben zudem ihre kleinen Kinder dabei, für die zu sorgen sie sich verpflichtet fühlen. So werden sie eher um ihr Überleben kämpfen als vorzeitig aufgeben. Eine Gegenüberstellung von Risikofaktoren und Schutzfaktoren hinsichtlich der Suizidalität bei Migranten gibt Tab. 4.

Risiken	Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entwurzelung, Trennung von Angehörigen</li> <li>Traumatisierung durch Krieg und Verfolgung</li> <li>ungesicherter Status, drohende Abschiebung</li> <li>unbekannte Kultur, neue Sprache, Klima</li> <li>eingeschränkte Möglichkeit zur Kommunikation</li> <li>keine Beschäftigung, unsichere Zukunft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Religion</li> <li>geringe ethnische Suizidwahrscheinlichkeit</li> <li>starker Impuls, Leben neu aufzubauen</li> <li>ggfs. Familie, kleine Kinder in Begleitung</li> </ul>

Tab. 4: Risiko- und Schutzfaktoren bei Flüchtlingen

Eine nicht unbeträchtliche Zahl von Flüchtlingen hat bereits Konsequenzen aus der schwierigen Situation gezogen, die

so ganz anders als ursprünglich erwartet sich darstellt, und ist in ihre Heimat zurückgekehrt. Das erzwungene Nichtstun bei fehlender Arbeitserlaubnis, die unsichere Zukunft, da das Bleiberecht seitens der Regierung inzwischen deutlich eingeschränkt wurde auf solche Migranten, die in ihrer Heimat persönlich lebensbedroht sind, die fehlenden Perspektiven, die immer wieder spürbare Ablehnung und Bedrohung durch Politiker und durch rechte Aktionsgruppen, bisweilen auch schlicht die Sehnsucht nach der seit Kindheit vertrauten Umgebung, das Heimweh, veranlassen zur Aufgabe – trotz aller Verzweiflung, die ursprünglich zur Flucht bewogen haben mag. Wem die Rückkehr bei fehlender Bleibeberechtigung verbaut ist, da er beispielsweise überhaupt keine Angehörigen mehr hat, wen die erlittene Traumatisierung zu sehr belastet, mag am Leben resignieren.

Es ist erstaunlich, dass das Problem der Suizidalität von Flüchtlingen und Migranten auch auf wissenschaftlicher Ebene bislang nur relativ sporadisch thematisiert wurde (Schouler-Ocak 2006). Eine Ausnahme war diesbezüglich lediglich die Suizidproblematik bei jungen Türkinnen in Deutschland. In einer Studie von Löhr et al. (2006) zeigte sich die Suizidhäufigkeit von Migranten noch deutlich niedriger als allgemein in der deutschen Bevölkerung. Die Häufigkeit von Suizidversuchen überstieg aber bereits damals die der Deutschen bei weiblichen Migrantinnen, insbesondere bei Türkinnen. Bei den Männern zeigte sich diesbezüglich kein Unterschied.

In einem Übersichtsartikel von Küchenhoff (2013) wird das Suizidrisiko bei Migranten inzwischen als deutlich erhöht angegeben. Insbesondere seien die von Abschiebung in ihre Heimatländer Bedrohten zu 20% suizidal. Sowohl sprachliche Barrieren wie auch gesetzliche Hürden in den europäischen Ländern erschweren eine Prävention.

Nach persönlich mitgeteilten Erfahrungsberichten aus psychiatrischen Kliniken, Gesundheitsämtern und privaten Helferkreisen kommt es bei schwer traumatisierten Migranten, insbesondere bei Frauen, vereinzelt zu Selbstbeschädigungen bis hin zur Suizidalität. Bei drohender Abschiebung wird Asylbewerbern allerdings bisweilen von Anwälten oder Sozialhelfern auch explizit geraten, unter dem Vorwand akuter Suizidalität sich in den Schutz einer psychiatrischen Klinik zu begeben. Möglicherweise würden unrealistische Versorgungserwartungen auch von sogenannten „Schleppern“ geschürt.

Der Psychiater und Psychoanalytiker Prof. Wieland Machleidt, der derzeitige Vorsitzende des Referats für Transkulturelle Psychiatrie der DGPPN, wies in einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung (vom 28.02.2016) darauf hin, dass die Suizidalität sich unmittelbar nach der Ankunft von Flüchtlingen noch kaum beurteilen lasse. „Die meisten Flüchtlinge, die hierherkommen, brauchen erst einmal Ruhe und Abstand, einen Raum, um sich selbst wieder wahrzunehmen.“ Erst nach einer ersten Eingewöhnungsphase zeige sich, ob die erlittenen Traumatisierungen so schwerwiegend seien, dass

sie zu Symptomen wie Ängsten, Albträumen, depressiven Verstimmungen und Suizidalität führten. Gelingt eine zumindest anfängliche Unterbringung in einem Schutzraum mit Personen gleicher Sprache, gleicher Kultur, möglichst aus demselben Ursprungsland, könne das zur Vorbeugung psychischer Störungen hilfreich sein wie auch das Kultivieren der eigenen Sprache, Kontakte zum Herkunftsland und die Übernahme von Patenschaften durch Einheimische.

Aus einer bereits vor mehreren Jahren erstellten wissenschaftlichen Studie über die Suizidalität von Asylsuchenden in den Niederlanden sind einige Informationen ablesbar (Goosen et al. 2011). So war die Suizidhäufigkeit bei männlichen Flüchtlingen um Zweidrittel höher als in der niederländischen Bevölkerung, während Frauen vergleichsweise seltener Suizide begingen als die Niederländerinnen. Betroffen waren vor allem Männer aus Nord- und Ostafrika und aus Osteuropa, nicht jedoch aus den asiatischen Ländern. Die Häufigkeit von nicht tödlichen Suizidversuchen übertraf die der Niederländer bei beiden Geschlechtern um etwas mehr als 10%. Hier zeigten sich vor allem die aus asiatischen Ländern und aus dem Balkan Zugewanderten sowie die älteren Migranten gefährdet.

Mit einiger Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass das Suizidproblem – wie auch alle anderen Folgen psychischer Traumatisierung – nicht in der allerersten Zeit nach der Ankunft von Geflüchteten in einem fremden Land in Erscheinung tritt, sondern erst dann, wenn es sich herausstellt, dass die Hoffnungen und Erwartungen unerfüllt bleiben, vor allem wenn eine Integration in die neue Gesellschaft nicht gelingt. Die in den zurückliegenden Jahren registrierten Suizidhandlungen von Migranten betrafen dem Vernehmen nach vor allem solche, die in Europa kein Bleiberecht erhielten und in ihr Herkunftsland wieder abgeschoben werden sollten.

Somit wird der Schutz der Flüchtlinge vor dem Suizid in nicht unerheblichem Maße davon abhängen, wie wir als Bewohner des Gastlandes ihnen begegnen.

### Fazit:

- Eine erhöhte Suizidgefährdung von Migranten ist real, vor allem für männliche Flüchtlinge aus Afrika und Osteuropa; jedoch anscheinend nicht oder in geringerem Maße für weibliche Flüchtlinge und für solche aus asiatischen Ländern.
- Eine erhöhte Zahl von Suizidversuchen vor allem bei weiblichen Flüchtlingen, überwiegend aus Asien und Osteuropa, ist nachweisbar; nicht jedoch für Migranten aus Afrika.
- Eine Statistik über Suizide und Suizidversuche von Flüchtlingen in Deutschland ist bisher nicht existent.
- Mitteilungen über Suizidhandlungen (z. T. tödlichen) erfolgten bislang im Zusammenhang mit geplanten Abschiebungen und problematischen Unterkunftsbedingungen.
- Die Erwartungshaltungen der Migranten scheinen oft nicht den Realitäten zu entsprechen. „Suizidalität“ wird

möglicherweise manchmal als Vorwand genutzt, um Abschiebungen zu verhindern.

- Eine Erforschung der für Flüchtlinge und Migranten bestehenden realen Suizidgefährdung in Deutschland ist dringend anzuraten.

## Literatur:

*Bayrische Staatszeitung* (2016)

[www.bayerischestaatszeitung.de/staatszeitung/landtag/detailansicht-landtag/artikel/immer-mehr-suizidversuche-in-fluechtlingsheime](http://www.bayerischestaatszeitung.de/staatszeitung/landtag/detailansicht-landtag/artikel/immer-mehr-suizidversuche-in-fluechtlingsheime)

Goosen S, Kunst AE, Stronks K et al. (2011) Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study *BMC Public Health* 11:484

Küchenhoff B (2013) Migration und Suizidalität. *Psychiatrie & Neurologie* Heft 4, S. 12-15

[www.transkulturellepsychiatrie.de/wp.../12/migration\\_und\\_suizid.pdf](http://www.transkulturellepsychiatrie.de/wp.../12/migration_und_suizid.pdf)

Löhr C, Schmidtke A, Wohner J et al. (2006) Epidemiologie suizidalen Verhaltens von Migranten in Deutschland. *Suizidprophylaxe* 33:171-176

Ringel E (1969) *Selbstmordverhütung*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber

Schouler-Ocak M (2006) Depressionen und psychische Krisen bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Suizidprophylaxe* 33:159-164

WHO (2014) Preventing suicide: a global imperative. [www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicideprevention](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicideprevention)

(Ergänzt und erweitert nach einem Vortrag bei der Frühjahrstagung der DGS auf Schloss Reisenburg März 2016)

## **Gian Domenico Borasio, Ralf J. Jox, Jochen Taupitz, Urban Wiesing (Hrsg.): „Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft – mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz“, 2017, Heft 169**

Berlin, Heidelberg: Springer 2017, 146 S., € 49,99

Im Sommer 2014 publizierten die vier Professoren Borasio, Jox, Taupitz und Wiesing einen ersten Vorschlag, den ärztlich assistierten Suizid auch in Deutschland gesetzlich zu regeln (siehe SP 159). Das damit verfolgte Ziel war einerseits, den sich ausbreitenden Wildwuchs angebotener Suizidhilfe zu kontrollieren und einzudämmen, andererseits für tödlich Erkrankte und deren Ärzte eine verlässliche Basis zu schaffen, ein anders nicht mehr behebbares Leiden auf Wunsch der oder des Betroffenen

beenden zu können. Im Zuge der sich zuspitzenden Debatten im Deutschen Bundestag um eine gesetzliche Neuregelung dieser Frage initiierten die vier Autoren im Juni 2015 in der Berlin-Brandenburgischen Akademie im Zentrum der Hauptstadt eine internationale Tagung, um auf breiter Ebene ihren Gesetzesvorschlag zu diskutieren und der Öffentlichkeit noch bekannter zu machen (siehe SP 162). Die dort gehaltenen Referate und Diskussionen sind nunmehr nachlesbar – auch für diejenigen, die bei der Veranstaltung in Berlin nicht dabei gewesen waren.

Eine besondere Attraktion der Tagung war, dass einige der international renommiertesten Protagonisten der Suizidhilfe am Lebensende als Referenten gewonnen werden konnten. So berichtete Linda Ganzini, die das diesbezügliche Projekt in Oregon von Beginn an wissenschaftlich begleitet hatte, über dessen Entstehung und Entwicklung, über Regeln und Begrenzungen, über Akzeptanz und Schwierigkeiten. Die entsprechende Entwicklung in den Niederlanden schilderte Agnes van der Heide als gleichfalls international ausgewiesene Expertin und ging dabei insbesondere auf die Frage nach der Einhaltung der vorgegebenen Regeln ein. Der in den Medien vielfach zitierte Züricher Palliativmediziner Georg Bosshard diskutierte die spezielle Entwicklung in der Schweiz, während seine Kollegin Claudia Gamondi aus dem Tessin über die Auswirkung von Todesfällen durch Suizidassistenten auf die Hinterbliebenen berichtete. Die Referate sind nunmehr im Detail nachlesbar.

Dieser erste Teil des Buches über die Darstellung empirischer Daten wird ergänzt durch die wissenschaftliche Aufarbeitung von Befragungen in Deutschland über Meinungsbildung und Einstellungen, einerseits in der Bevölkerung, andererseits in der Ärzteschaft.

Besonders verdienstvoll ist es, dass die Organisatoren auch ausgesprochene Gegner einer ärztlicheren Suizidassistenten zur Aussprache eingeladen hatten. Die daraus sich entwickelnden Pro-Kontra-Debatten sind spannend und überaus anregend nunmehr nachzulesen. Erneut wird deutlich, dass angesichts der herrschenden Meinungsvielfalt eine simple Einigung in dieser Frage nicht zu erwarten ist, dass es einer Fortführung und inhaltlichen Intensivierung der Diskussionen unter Berücksichtigung aller Meinungen bedarf und der Gesetzgeber sich vorerst besser zurückhalten sollte.

Ein Ausschnitt aus der nachfolgenden Publikumsdebatte, in der wiederum eine ganze Reihe prominenter Verantwortungsträger sich zu Wort gemeldet hatte, schließt sich an. Leider fehlen darin einige Stimmen, die in Berlin mit akzentuierten Beiträgen hervorgetreten waren: vor allem die bei der Veranstaltung präsenten Bundestagsabgeordneten, aber auch so brillante Redner wie die Münsteraner Ethikprofessorin Bettina Schöne-Seifert oder der Göttinger Strafrechtler Gunnar Duttge.

Weil bekanntlich der Deutsche Bundestag im November 2015 ein Gesetz zum strafrechtlichen Verbot geschäftsmäßiger Sui-

zidassistenten beschlossen hat, fügten die vier Herausgeber dem Buch Kommentare zu den Auswirkungen dieser Gesetzgebung an, aus juristischer, medizinischer und ethischer Perspektive. Der Jurist Jochen Taupitz weist überraschenderweise darauf hin, dass die im Gesetz enthaltene Strafandrohung „ins Leere“ laufe, da sich die Geschäftsmäßigkeit dem Wort nach immer nur auf eine einzelne Person beziehe und die Wiederholung einer Suizidassistenten bei demselben Menschen nun mal gar nicht möglich sei. Auch seien Sterbehilfevereine, die lediglich beraten, gar nicht betroffen. Taupitz bedauert ebenso wie die beiden Ärzte, dass Suizidprävention durch den §217 deutlich behindert werde. Zudem befördere dieser die Ungleichheit in der Gesellschaft, da künftig nur noch privilegierte Personen die Chance auf Suizidassistenten hätten: in die Schweiz zu reisen oder eben Ärzte zu haben im eigenen Freundeskreis.

Vermutlich werde das Gesetz vor dem Bundesverfassungsgericht keinen Bestand haben, was wiederum mit der Gefahr ver-

bunden sei, dass nunmehr der Gesetzgeber in einer Art Gegenbewegung sogar die Tötung auf Verlangen legitimieren könne. Man darf auf die für den Herbst dieses Jahres angekündigte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts auf die mehr als ein Dutzend inzwischen eingegangenen Beschwerden gegen das Gesetz weiter sehr gespannt sein.

#### **Auch in dieser Zeitspanne sind uns weitere Artikel besonders aufgefallen:**

- Suizidprävention in der Zukunft – Versuch einer Prognose, 2019, Heft 178
- Eine kleine Satire, 2020, Heft 181

## Was lässt Menschen ein gutes und erfolgreiches Leben führen?

### Persönliche Betrachtungen über ein beruflich und privat für die Suizidprävention engagierten Paares.

Ute Lewitzka

Vorab: Dieser Beitrag ist die Darstellung persönlicher Gedanken über Hans und Marianne Wedler. Allein das Thema, was man als Erfolg definiert, würde einen eigenen Beitrag in Anspruch nehmen. Die hier dargestellten Gedanken sollen keine Wertung darstellen, ich kann und möchte mir gar kein Urteil erlauben. Dieser Text soll auch nicht als Darstellung der Lebensläufe verstanden werden, sicherlich gab es noch weitere Stationen und wichtige Funktionen. Und dennoch möchte ich meine Überlegungen teilen. Die geneigte Leserin bzw. der geneigte Leser wird dies alles hoffentlich richtig einordnen.

Diese Sonderausgabe ist der Arbeit und dem Erfolg von Hans Wedler gewidmet. Wie kein anderer hat er durch sein Wirken dazu beigetragen, dass diese Zeitschrift über so viele Jahre ein stetiger und wichtiger Begleiter der Arbeit der DGS und der ÖGS sein konnte. Hierzu trug sicherlich bei, dass es ein Thema war, welches Hans Wedler von Anfang an interessierte und mit dem er v.a. durch seine klinisch-praktische Tätigkeit unmittelbar verbunden war.

Durch die Vorbereitungsarbeiten für diese Sonderausgabe kam bei mir die Frage auf, was einen Menschen über so viele Jahre erfolgreich sein lässt? Die meisten von uns denken vermutlich, dass wir, um erfolgreich zu sein, v.a. intelligent, ehrgeizig und durchsetzungsfähig sein müssen. Aber was spielt hier noch eine Rolle?

Eine kürzlich publizierte Studie im Journal „Child Development“ fand heraus, dass die soziale und emotionale Intelligenz dafür ausschlaggebend war, ob Kinder später erfolgreich waren und zwar unabhängig von Hautfarbe und sozioökonomischem Status. Die Forscher fanden auch heraus, dass man diese Intelligenz trainieren bzw. stärken kann (1).

Auch eine andere Studie, die Angestellte untersuchte, fand heraus, dass es v.a. die Empathie ist, die Menschen erfolgreich sein lässt und dass gerade die Empathie-Fähigkeit von Führungspersonen in der heutigen Zeit im Berufsleben besonders wichtig für den Erfolg ist (2). Hierbei wird in der Psychologie zwischen emotionaler und kognitiver Empathie differenziert. Menschen, die v.a. emotional empathisch sind, können die Gefühle ihres Gegenübers sehr stark empfinden. Für den berufli-

chen Kontext wird v.a. die Fähigkeit zur kognitiven Empathie als wichtig angesehen.

Jeder Leser, der Hans Wedler kennt, wird bestätigen, dass er über eine ausgesprochen hohe soziale und emotionale Intelligenz verfügt und dass man in den Begegnungen mit ihm eine besondere kognitive und emotionale Empathie spüren kann. Also ging ich der Frage nach, welche anderen Faktoren noch wichtig für Hans Wedlers Schaffen waren bzw. sind.

Schnell stößt man beim Recherchieren über das Thema auf die Rolle von Frauen hinter erfolgreichen Männern. Sätze wie „Hinter jedem erfolgreichen Mann, steckt eine erfolgreiche Frau“ kennen wir alle. Es finden sich unzählige Artikel über die Wahl von Frauen (suchen sich erfolgreiche Männer) oder die Reaktion von Männern, wenn Frauen erfolgreich sind (haben Schwierigkeiten damit). Berühmte Beispiele, wie sehr Macht und Berühmtheit vor allem von Männern das Leben der dahinterstehenden Frauen beeinflussen, gibt es zahlreich, nicht zuletzt auch traurige.

Berufliche Entwicklung und Erfolg kann durch Prozess- oder Strukturtheorien unterschieden werden. Prozesstheorien beschäftigen sich hierbei mit Berufsverläufen (3). Hierbei spielt Kontinuität eine wichtige Rolle. Der berufliche Weg von Frauen ist auch heute noch stärker von Diskontinuitäten gekennzeichnet. Faktoren wie Kindererziehung (in dem Zusammenhang auch Arbeitsreduzierungen) und/oder Pflege von Angehörigen spielen hier z.B. eine Rolle.

Interessant ist eine Untersuchung bei Medizinerinnen, die zeigte, dass sich das berufliche Selbstvertrauen zwischen Ärzten und Ärztinnen über die Zeit ändert. Eine Studie über drei Messzeitpunkte (unmittelbar nach dem Examen, vier Jahre später sowie zehn Jahre später) von Abele 2010 wies nach, dass es unmittelbar nach dem Examen keinen Unterschied beim beruflichen Selbstvertrauen zwischen Männern und Frauen gab. In der Folge ging die Entwicklung bei Männern und Frauen jedoch auseinander. Die Autoren beschrieben, dass die Erfahrung in der ärztlichen Tätigkeit bei Männern zu einer Steigerung ihres beruflichen Selbstvertrauens führt, bei Frauen hingegen nicht. Frauen erleben offensichtlich einen „Praxischock“, der vier Jahre nach dem Examen zu einer deutlichen Verminderung des beruflichen Selbstvertrauens führt und sich dann zurück auf das Ausgangsniveau entwickelt. Dies ist unabhängig davon, ob eine Ärztin in Klinik oder Praxis arbeitet (4).

Mit diesen Erkenntnissen begann ich über Hans und Marianne Wedler nachzudenken. Für mich ist Hans Wedler als Arzt und Mann auch immer mit Marianne Wedler als Ärztin und (seiner) Frau verbunden. Nicht zuletzt auch deshalb, weil ich ihnen auf den DGS-Tagungen immer zusammen begegnet bin, und dies über viele, viele Jahre. Woraus sich für mich die Frage ergab – was trägt dazu bei, dass ein Paar beruflich wie privat erfolgreich ist. Beim Recherchieren darüber fiel mir die nächste Schlagzeile auf, die darüber berichtete, wie eine Stu-

die aus Halle-Wittenberg und Bamberg herausgefunden hat, dass Männer und Frauen in Beziehungen immer dann besonders zufrieden sind, wenn beide das Gefühl haben, die für sie wichtigen Entscheidungen treffen zu können. Hierbei geht es um die persönliche Wahrnehmung der Situation, nicht um die tatsächliche, objektive Macht. In dieser Studie zeigte sich auch, dass Männer nach wie vor mehr positionelle Macht besitzen, hierzu trägt das höhere Einkommen und häufig auch der höhere Bildungsstand bei. Männer zeigten im Durchschnitt ein stärkeres Bedürfnis, generell Entscheidungen zu treffen. Das Erstaunliche in dieser Studie war das Ergebnis, dass diese beiden Faktoren keinen Einfluss auf die erlebte Beziehungsqualität hatten (5).

Ist das das Geheimnis? Ein beruflich durch ein Thema verbundenes Paar mit gemeinsamen Interessen und einem ausgewogenen Erleben von Entscheidungsmacht?

Als Feministin hatte ich nun die Idee, „hinter den erfolgreichen Mann Hans Wedler zu schauen“ und setzte mich mit Marianne Wedler in Verbindung. Nach anfänglichem Zögern schrieb sie mir, was sie in dieser langen Geschichte für wichtig erachtet. Sie begann – typisch Frau? – mit dem beruflichen Weg und den Interessen von Hans Wedler: er habe als Student Posaune in einer Band gespielt – sei hier z.B. in Kiel aufgetreten und komponierte für die Studentenbühne in Kiel.

Ich konnte Marianne dann doch ein paar Informationen über ihren eigenen Weg entlocken:

Nach dem Medizinstudium hat Marianne Wedler noch ein Semester Soziologie – Psychologie studiert und Seminare über das Thema Vergleich Psychoanalyse und Verhaltenstherapie absolviert. Sie hatte die Idee, in die USA zu gehen, verzichtete auf Wunsch von Hans Wedler aber darauf.

Nach dem Medizinstudium arbeitete Hans Wedler zunächst in Darmstadt bei dem Kardiologen Prof. Anschütz – der durch seine liberale Haltung und durch sein ethisches Interesse eng mit Hans Wedler verbunden war und der ihm auch die Habilitation über Suizid in Frankfurt ermöglichte.

Das Thema Suizidprävention fängt bereits hier an, sich wie ein roter Faden durch beide Leben zu ziehen. Während Hans Wedler in Darmstadt als Oberarzt arbeitete, Marianne Wedler ihren internistischen Facharzt absolvierte, organisierten beide den Aufbau eines psychosozialen Krisenteams an der Klinik, das sich der Versorgung von suizidalen Patienten widmete. Zu dem Team gehörten ein Psychologe und zwei Sozialarbeiter, ein Modell, das damals noch neu war.

Ermutigt von amerikanischen Kollegen, die ihre Arbeit im Rahmen von Crisis Intervention-Centers bei den Tagungen der IASP (International Association for Suicide Prevention) vorstellten, begannen auch die beiden Mediziner mit der Gruppenarbeit in der internistischen Klinik für Patienten nach Suizidversuchen, suizidalen Krisen und psychosomatischen Beschwerden.

Prof. Böhme (seinerseits auch DGS-Vorsitzender) holte Hans Wedler 1987 bis 1992 nach Hamburg an die Klinik Ochsenzoll. Hier kam eine enge Zusammenarbeit mit dem Chefarzt der Gerontopsychiatrie zustande. Marianne Wedler konnte hier sofort in einer internistischen Praxis weiterarbeiten.

Nach 5 Jahren in Hamburg gingen beide nach Stuttgart. Marianne Wedler arbeitete hier gleichzeitig in einer internistischen Praxis und in der Tagesklinik der psychiatrischen Klinik der offenen Tür. Der damalige Chefarzt Prof. Schröder hatte sich sehr um Suchtkranke bemüht und Hans Wedler gebeten, eine Rheumatologie aufzubauen. Stattdessen entwickelte dieser bis 2005 eine integrierte psychosomatische Abteilung. Auch heute noch ist es besonders, dass die Psychosomatik die Innere Medizin integriert hat. Üblicherweise sind an den meisten Krankenhäusern die psychosomatischen Abteilungen von den internistischen getrennt. Hans Wedler wurde hier durch die Zusammenarbeit mit Thure von Uexküll und der Akademie für integrierte Medizin beeinflusst. Sein Engagement für dieses Thema trug dazu bei, dass die Gesprächsführung in Hamburg und in Stuttgart in jeder Facharzt-Weiterbildung obligatorisch wurde – heute nicht mehr aus den Ausbildungsinhalten wegzudenken. In Stuttgart kam es auch über die Zusammenarbeit mit Michel Heinrich zur Gründung der „Suizidprophylaxe“.

Als ihre Kinder dann etwas selbstständiger waren, begann Marianne Wedler in Stuttgart im Furtbachkrankenhaus zu arbeiten. Sie erinnert, dass v.a. die Akut-Psychiatrie sehr fordernd war, anstrengende Nachtdienste dazugehörten, es ihr dennoch gut gefiel. Sie arbeitete insgesamt 12 Jahre in der psychiatrischen Klinik, hat neben dem Facharzt für Innere Medizin auch die Zusatztitel Psychotherapie, Lehranalyse, Naturheilkunde und Suchtmedizin erworben. Hans Wedler wurde schließlich Ärztlicher Direktor der Klinik für Internistische Psychosomatik am Bürgerhospital des Klinikums Stuttgart.

Beide sahen beruflich auch immer den Schwerpunkt in der psychotherapeutischen Arbeit: die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung gehörte dazu. Hier besuchten Marianne und Hans Wedler jedes Jahr die Lindauer Psychotherapiewochen, nahmen an Selbsterfahrungsgruppen teil und erinnern spannende Vorträge, z.B. von Erwin Ringel.

Marianne Wedler unterstützte ihren Mann in seinem beruflichen Tun, nahm jedoch auch selbst eine aktive Rolle ein. Auf der IASP Tagung in Helsinki 1977 hielt sie einen Vortrag über Gruppentherapie in der medizinischen Klinik – erwähnenswert: Sohn Florian – noch ein Baby – wurde hier mitgenommen und in der Zeit des Vortrages von einer Babysitterin betreut. Auch das Veröffentlichen von Artikeln (z.B. in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift) schaffte Marianne Wedler neben der Versorgung von zwei kleinen Kindern und der Halbtagsstelle als internistische Fachärztin.

Hans Wedler schied mit 67 Jahren aus der Klinik aus, auch Marianne Wedler beendete hier die klinische Tätigkeit, machte

jedoch weiterhin Vertretungen in einer psychiatrischen Praxis, in der Sonnenbergklinik und in der Ausnüchterungseinheit bei der Polizei. Noch heute macht sie Dienste in der Notfallpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung.

So wie die beiden Mediziner beruflich durch das Thema Krisen und Suizidalität verbunden waren, so teilten sie beide von Anfang an auch die Leidenschaft für Musik: Hans Wedler spielt Bratsche, Marianne Wedler Geige. Gemeinsam musizierten sie z.B. mit dem Ehepaar Anschütz in Darmstadt, später in Hamburg machten sie Kammermusik auf sehr hohem Niveau und nahmen dafür beide ein tägliches Üben zu später Stunde in Kauf. Diese Routine führten sie bis zum Ruhestand fort – Marianne Wedler nahm ihre Geige 40 Jahre lang mit, wenn sie Nachtdienste hatte oder auch auf Reisen.

Im Ruhestand widmete sich Hans Wedler intensiv seiner eigenen Literatur, persönliche Erfahrungen, wie z.B. eine Reise nach Brasilien, hatten auch Einfluss auf seine eigenen Texte. Durch die Arbeit des heute 45-jährigen Sohnes Florian in Sao Paulo, in Indien und Bratislava reiste sowohl Hans Wedler als auch das Paar gemeinsam zum Teil viele Wochen in diese Länder. Sohn Daniel arbeitet als Architekt in Berlin – der heute zweijährige Enkel Paul ist der ganze Stolz von „Oma und Opa“.

Marianne Wedler beschrieb auch Routinen, die mutmaßlich zum erfolgreichen beruflichen Werk beigetragen haben. Hierzu zählt zum Beispiel, dass Hans Wedler beim Frühstück Musik von Schubert hört, während Marianne Wedler schwimmt. Nachmittags wird, wann immer möglich, gemeinsam ein Spaziergang genossen.

Überhaupt spielt Musik im Leben des Ehepaares Wedler eine wichtige Rolle. Im Ruhestand rückte das Musikhören nach dem Musikspielen mehr in den Vordergrund. Beide sind Fan von Schostakowitsch und besuchen seit vielen Jahren regelmäßig die Schostakowitsch-Tage in Gohrisch, aber auch Opernwerke, z.B. von Leoš Janáček, begeistern beide. Beide interessieren sich für die bildnerische Kunst und beide sind sportlich gut unterwegs. Beide schwimmen gern, wobei Hans Wedler Seen und Meer bevorzugt. Auch das Wandern in Kärnten gehört zu den zahlreichen Aktivitäten, die beide verbinden.

Mein Eindruck: Hans Wedlers Werk ist unbenommen ein Wichtiges und nicht Wegzudenkendes in der Suizidpräventionsentwicklung in Deutschland. Sein Engagement ist einzigartig und im wahrsten Sinne des Wortes – unbezahlbar. Dieses Werk war und ist auch (er)möglich(t) durch eine mit seiner Frau gemeinsam getragene Leidenschaft für das Thema der Suizidprävention, v.a. aber auch für die vielen andere Themen, die sonst im Leben wichtig sind und von denen wir heute wissen, dass sie Resilienz stärken, seelisch und körperlich gesund halten und verbinden.

Beide Menschen sind auf ihre Art erfolgreich – sich gemeinsam für eine Sache engagierend und sich dennoch beide als Einzelpersonen nicht aus den Augen verlierend.

Beide haben vorgelebt und leben immer noch vor, dass auch eine „nicht-klassische“ Rollenverteilung möglich ist, um ein erfülltes Leben zu gestalten. Auch wenn in diesem Fall Marianne Wedler als Mutter sicher die stärker sorgende Rolle für die Familie innehatte, so scheint bei beiden doch die oben erwähnte Erkenntnis von der Möglichkeit, die für sie wichtigen Entscheidungen selbst treffen zu können, auch für den Erfolg dieser Partnerschaft verantwortlich zu sein.

Ich wünsche den beiden noch viele gesunde weitere Jahre als Paar mit wunderbarer Musik, interessanten Begegnungen, dem Offenbleiben für Neues und dem Interesse an „IHREM“ Thema.

1 - Taylor RD, Oberle E, Durlak JA, Weissberg RP. Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Dev.* 2017 Jul;88(4):1156-1171.

2 - Van Bommel, T. (2021). *The power of empathy in times of crisis and beyond.* Catalyst.

3 - Super, Donald E. (1957). *The psychology of careers; an introduction to vocational development.* New York: Harper & Bros

4 - Abele, Andrea E. (2010). *Erwerbsverläufe von Frauen und Männern in der Medizin.* In Friedrich Wilhelm Schwartz & Peter Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten* (Bd. 2 der Reihe „Report Versorgungsforschung, S. 149–158). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

5 - Körner R., Schütz A. *Power in romantic relationships: How positional and experienced power are associated with relationship quality.* *Journal of Social and Personal Relationships* (2021).

