

# SUIZIDPROPHYLAXE

Nr. 205

THEORIE UND PRAXIS

Deutsche Gesellschaft  
für Suizidprävention (DGS)

Österreichische Gesellschaft  
für Suizidprävention (ÖGS)

Initiative zur Prävention  
von Suizid in der Schweiz  
(IPSILON)



Zusammenarbeit zur Suizidprävention  
in einer südschwedischen Region

Projekt Saltho – Suizidprävention in Altenhilfe  
und hospizlich-palliativer Versorgung

Der geplante Abschied: Angehörige im Kontext  
des assistierten Suizids

Existenzanalytische Perspektiven zum assistierten Suizid

Verletzlichkeit und Selbstbestimmung – ein Widerspruch?

Running Quiets Mind: Mental Health Marathon  
als erlebnisorientierter Ansatz zur niedrigschwelligen  
Suizidprävention

Früherkennung psychischer Erkrankungen  
bei Kindern und Jugendlichen: Das tomoni-Modell

DGS fordert Suizidpräventionsgesetz für Deutschland

ISSN 0173-458X  
Listed in PSYINDEX,  
Excerpta Medica

# Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e. V. (DGS),  
der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) und der Initiative zur Prävention  
von Suizid in der Schweiz (IPSILON)

## Herausgeber

**Uwe Sperling**, Mannheim  
(Koordinierender Herausgeber)  
**Hellmuth Braun-Scharm**, Erlangen  
**Thomas Bronisch**, München  
**Stephan Kupferschmid**, Bern

**Martin Plöderl**, Salzburg  
**Wolfram Schulze**, Mainz  
**Tobias Teismann**, Bochum

## Redaktion

**Anna-Katharina Schmidt**, Berlin

## Wissenschaftlicher Beirat 2024 - 2027

**Anna Christ-Friedrich**, Heilbronn  
**Gert H. Döring**, Kirchentellinsfurt  
**Elmar Etzersdorfer**, Stuttgart  
**Werner Felber**, Dresden  
**Benigna Gerisch**, Berlin  
**Markus Jäger**, Kempten  
**Thomas Kapitany**, Wien

**Susanne Knappe**, Dresden  
**Ute Lewitzka**, Dresden  
**Reinhard Lindner**, Kassel  
**Thomas Niederkrotenthaler**, Wien  
**Daniel Radeloff**, Leipzig  
**Barbara Schneider**, Köln  
**Hermann Spießl**, Landshut

**Martin Teising**, Bad Hersfeld  
**Benedikt Till**, Wien  
**Gerd Wagner**, Jena  
**Heinz Weiss**, Stuttgart  
**Friedrich Wurst**, Traunstein, Basel

## Geschäftsstelle der DGS

**DGS-Geschäftsstelle**,  
**c/o PD Dr. Gerd Wagner**,  
Klinik für Psychiatrie und Psycho-  
therapie, Universitätsklinikum Jena  
Philosophenweg 3  
07743 Jena  
E-Mail: [dgs.gf@suizidprophylaxe.de](mailto:dgs.gf@suizidprophylaxe.de)

## Geschäftsstelle der ÖGS

**Österreichische Gesellschaft  
für Suizidprävention**  
Lazarettgasse 14 A  
1090 Wien

## Geschäftsstelle Ipsilon

**Initiative zur Prävention  
von Suizid in der Schweiz**  
Wieshofstrasse 102  
8408 Winterthur

Manuskriptsendungen werden erbeten an die Kontaktadresse der Herausgeber:

**E-Mail: [herausgeber@suizidprophylaxe.de](mailto:herausgeber@suizidprophylaxe.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 128,- zzgl. Porto EURO 6,40. 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

Heft 205

|                                                                                                                                                |    |                                                                                                                                             |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Editorial</b>                                                                                                                               | 44 | <b>Leser:innenbrief</b>                                                                                                                     |    |
| <b>Dank an Manfred Wolfersdorf</b>                                                                                                             | 45 | <b>Das [U25] Deutschland-Team</b>                                                                                                           | 85 |
| <b>Korrektur</b>                                                                                                                               | 45 | Zum Themenschwerpunkt Geschlechts-inkongruenz als gesellschaftliche und individuelle Herausforderung                                        |    |
| <b>Rauchzeichen</b>                                                                                                                            |    | <b>Hellmuth Braun-Scharm, Thomas Bronisch</b>                                                                                               | 88 |
| <b>Max Hessel</b>                                                                                                                              | 46 | Antwort der Autoren auf den Leser:innenbrief des [U25] Deutschland-Teams                                                                    |    |
| Suizidprävention braucht Räume                                                                                                                 |    |                                                                                                                                             |    |
| <b>Originalarbeiten</b>                                                                                                                        |    | <b>DGS-Nachrichten</b>                                                                                                                      |    |
| <b>Karl Hedman</b>                                                                                                                             | 47 | DGS fordert Suizidpräventionsgesetz für Deutschland                                                                                         | 88 |
| Zusammenarbeit zur Suizidprävention in einer südschwedischen Region                                                                            |    | 54. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention in Frankfurt a.M.                                                          | 89 |
| <b>Johanna Möller</b>                                                                                                                          | 58 |                                                                                                                                             |    |
| Projekt Saltho – Suizidprävention in Altenhilfe und hospizlich-palliativer Versorgung                                                          |    | <b>Buchbesprechungen</b>                                                                                                                    |    |
| <b>Laura Hofmann, Birgit Wagner</b>                                                                                                            | 61 | <b>Hellmuth Braun-Scharm über</b>                                                                                                           | 91 |
| Der geplante Abschied: Angehörige im Kontext des assistierten Suizids                                                                          |    | Walter Hewer, Vjera Holhoff-Detto, Simone Schmidt, Kathrin Seifert (Herausgeber): Gerontopsychiatrie multiprofessionell. Ein Praxishandbuch |    |
| <b>Klaus-Dieter Neander, Sibylle Meyer, Reinhard Lindner</b>                                                                                   | 68 | <b>Thomas Bronisch über</b>                                                                                                                 | 91 |
| Existenzanalytische Perspektiven zum assistierten Suizid                                                                                       |    | Joachim Küchenhoff und Claudius Stein (Herausgeber): Psychotherapie und Verantwortung für die Welt                                          |    |
| <b>Standpunkt</b>                                                                                                                              |    | <b>Hellmuth Braun-Scharm über</b>                                                                                                           | 93 |
| <b>Franz-Joseph Huainigg</b>                                                                                                                   | 75 | Hanna Heim: Hofsommer                                                                                                                       |    |
| Verletzlichkeit und Selbstbestimmung – ein Widerspruch?                                                                                        |    | <b>Tagungskalender</b>                                                                                                                      | 93 |
| <b>Beiträge</b>                                                                                                                                |    | <b>Der Suizid in der Bildenden Kunst</b>                                                                                                    |    |
| <b>Selina Köberl</b>                                                                                                                           | 79 | <b>Werner Felber</b>                                                                                                                        | 94 |
| Running Quiets Mind: Der erste Mental Health Marathon in Österreich als erlebnisorientierter Ansatz zur niedrigschwelligen Suizidprävention    |    | Gabriel Flores                                                                                                                              |    |
| <b>Alix Puhl</b>                                                                                                                               | 83 | La intervención norteamericana / Los Niños Héroes (1970)                                                                                    |    |
| Früherkennung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen: Das tomoni-Modell. Befähigung des sozialen Umfelds als systemischer Hebel |    | Kuppel Haupteingang Nationales Geschichtsmuseum, Mexiko-Stadt                                                                               |    |

# Editorial

## Liebe Leserinnen und Leser der „Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis“

Vier Arbeiten mit wissenschaftlichem Schwerpunkt, ein auf Grundlage der eigenen Lebenserfahrung pointiert vorgetragener Standpunkt und zwei Beiträge über suizidpräventive Aktivitäten bilden den Kern der aktuellen Ausgabe, die – leider mit etwas Verspätung – den Weg zu Ihnen findet.

Zum Auftakt gibt Karl Hedman einen Einblick in den Aufbau und den Mehrwert einer koordinierten Suizidprävention bei der Feuerwehr, den Rettungsdiensten und der Polizei in einer südschwedischen Region, die er über mehrere Jahre hinweg begleitet und erforscht hat. Johanna Möller nimmt uns mit in das Projekt Saltho, bei dem erforscht wurde, wie Haupt- und Ehrenamtliche, An- und Zugehörige und nicht zuletzt betroffene Personen aus der Altenhilfe und -pflege und aus dem hospizlich-palliativen Bereich im Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen mehr Sicherheit erlangen können. Entsprechende Arbeitshilfen und Schulungselemente sind daraus hervorgegangen. Mit Laura Hofmann und Birgit Wagner melden sich zwei – ich denke es ist nicht übertrieben zu sagen – Pionierinnen bei der Erforschung und beim Angebot von psychosozialen Unterstützungsangeboten für Angehörige vor und nach einem assistierten Suizid zu Wort. Sie tragen übersichtlich zusammen, was bislang über spezifische Belastungsfaktoren und die Besonderheiten der Verlustverarbeitung von Angehörigen im Kontext des assistierten Suizids bekannt ist und benennen die Forschungslücken.

In unserer neu eingeführten Rubrik „Standpunkt(e)“ setzt sich Franz-Joseph Huainigg mit dem Thema der Suizidassistenten auseinander. Vor dem Hintergrund seines eigenen Lebens mit einer Behinderung formuliert er sein Plädoyer für eine von einer Sorgeskultur geprägte Herangehensweise an die sich stellenden Fragen und Anforderungen für Selbstbestimmung im Leben und Sterben.

Wie vielfältig Aktionen und Programme zur Suizidprävention sein können und angesichts der unterschiedlichen Zielgrup-

pen und Lebenssituationen sein müssen, führen die Beiträge von Selina Köberl über den ersten Mental Health Marathon in Österreich und Alix Puhl über das tomoni-Modell vor Augen. Mit seinen Angeboten trägt tomoni dazu bei, das soziale Umfeld dazu zu befähigen, psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig zu erkennen und sie dabei zu unterstützen, professionelle Hilfe zu erhalten.

Dass die „Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis“ aufmerksam gelesen wird, hat uns ein Leserbrief des [U25] Deutschland-Teams zum Themenschwerpunkt der Ausgabe 1/2026 „Geschlechtsinkongruenz als gesellschaftliche und individuelle Herausforderung“ gezeigt. Wir haben ihn gerne aufgenommen und haben auch gleich eine Antwort der beiden angesprochenen Autoren eingeholt. Beachten Sie in diesem Zusammenhang bitte auch die Korrektur – denn im Text war leider ein falscher Titel des Themenschwerpunkts unkorrigiert stehengeblieben.

Kurz vor dem Druck erreichte uns die Pressemitteilung der DGS. Ein Bündnis von Akteuren der Suizidprävention hat den Abgeordneten des Deutschen Bundestages konkrete fachliche Empfehlungen für die Ausgestaltung eines Suizidpräventionsgesetzes vorgelegt. Lesen Sie dazu gerne in den DGS-Nachrichten.

Zum Schluss noch ein Hinweis in eigener Sache: In diesem Jahr wird die Zeitschrift in drei Ausgaben erscheinen. Der Versand der nächsten Ausgabe ist aktuell für Ende Juni vorgesehen, die Herbst- und Winterausgabe wird als Doppelheft zu Beginn des Winters herauskommen. In der Zwischenzeit arbeitet die Herausbergergruppe daran, den laufenden Digitalisierungs- und Archivierungsprozess der Zeitschrift voranzubringen.

Für die Herausgeber  
**Uwe Sperling**

# Dank an Manfred Wolfersdorf

Im Mai 2026 hat Prof. Dr. med. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf seinen Rücktritt aus der Herausgebergruppe der Zeitschrift „Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis“ bekanntgegeben. Das ist Anlass, Dir, lieber Manfred, von Herzen einen großen Dank für alles auszusprechen, was Du seit dem Jahr 1978 als Autor und seit dem Jahr 1994 im Kreis der Herausgeber ohne Unterbrechung für die Zeitschrift geleistet hast. Hier ist nicht der Ort, Deine Verdienste in der Klinik, zuletzt als ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth, als Leiter des Referats Suizidologie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), in der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) als Geschäftsführer, im Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro), und in vielen weiteren Zusammenhängen zu würdigen. Hier geht es um Dein Engagement für diese Zeitschrift.

Im Archiv der „Suizidprophylaxe“ finden sich 161 Beiträge aus Deiner Feder, darunter 31 Editorials, „Zu diesem Heft“. Das erste im Jahr 1993 betraf das Herrn Prof. Dr. Hole gewidmete Themenheft „Suizidalität und Depression“. Deine Editorials zwischen 1994 und 2004 zeigen an, wie sehr Du Dich in die Her-

ausgeberarbeit eingebracht hast und sie zeitweise vollständig übernommen hast, als Prof. Dr. Wedler beruflich bedingt in dieser Hinsicht kürzertreten musste. Sehr geschätzt haben wir es, als Du beim Übergang der Herausgabe der Zeitschrift von Hans Wedler als geschäftsführendem Herausgeber auf eine neu gebildete achtköpfige Herausgebergruppe im Jahr 2022 (Heft 191) deren Mitglied geworden bist und sowohl die Kontinuität als auch den notwendigen Wandel aktiv begleitet hast. Bei den zweimonatlichen Herausgeberbesprechungen haben wir von Deiner Expertise, Erfahrung und Deinen Kontakten zu möglichen Autorinnen und Autoren immer wieder profitiert.

Jetzt wünschen wir Dir, auch im Namen der Leserinnen und Leser, einen wohlverdienten Ruhestand in Bezug auf Deine Herausgebertätigkeit bei der „Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis“, der für Dich nun – weit jenseits üblicher Altersgrenzen – begonnen hat. Danke und alles Gute für Dich.

**Uwe Sperling**  
für die Herausgebergruppe

ANZEIGE

## Korrektur

Leider ist in Heft 204 der Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis auf Seite 6 ein falscher Name für den Themenschwerpunkt abgedruckt worden. Außerdem wurde die Überschrift über dem in den Themenschwerpunkt einleitenden Beitrag von Hellmuth Braun-Scharm und Thomas Bronisch nicht gedruckt.

Richtig muss es heißen:

### Themenschwerpunkt

**Berücksichtigung von Geschlechtsinkongruenz  
als gesellschaftliche und individuelle  
Herausforderung**

### Editorial zum Themenschwerpunkt

Hellmuth Braun-Scharm. Thomas Bronisch

Die Herausgebergruppe bittet, den Fehler zu entschuldigen.

## Klaus Räder & Michael Schwibbe Massenselbstmorde und epidemische Suizide

ISBN 978-3-89610-066-7, 408 Seiten, €69,80

Die vorliegende Sammlung dokumentiert über 300 Fallgeschichten kollektiver Suizide von der Antike bis zur Gegenwart. Mit dem französischen Soziologen Jean Baechler können vier Haupttypen suizidaler Handlungen unterschieden werden: Fluchtsuizid, aggressiver, operativer (opfernder) und spielerischer Suizid. Angesichts des teils erheblichen Anteils von Fremdtötungen innerhalb solcher Ereignisse könnte man von einem kollektiven Homizid-Suizid-Spektrum sprechen – einem analytischen Modell, das die komplexe Verwobenheit von Selbst- und Fremdtötung innerhalb kollektiver Gewaltakte angemessen erfasst. Quantitativ stehen Flucht-Suizide im Vordergrund, d.h. kollektive Selbsttötungen als Reaktion auf als absolut empfundenen äußeren oder inneren Zwang.



# Rauchzeichen aus dem DGS-Vorstand

## Suizidprävention braucht Räume

Max Hessel<sup>1</sup>

### Persönlicher Hintergrund

Mein Name ist Max Hessel und ich unterstütze die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) als Assistenz der Geschäftsführung. Parallel dazu arbeite ich am Werner-Felber-Institut in Dresden in der schulischen Suizidprävention und befinde mich in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit tiefenpsychologisch fundierter Ausrichtung. Aktuell absolviere ich meine praktische Tätigkeit in der Allgemeinpsychiatrie auf einer offenen Station des Fachkrankenhauses Bethanien Hochweitzschen.

### Prägende Erfahrungen

In den vergangenen Jahren durfte ich Suizidprävention in sehr unterschiedlichen Kontexten erleben: in Schulworkshops, in Entlastungsgesprächen mit Jugendlichen, bei Vorträgen zu psychischer Gesundheit und psychotherapeutischer Gesprächsführung sowie zuletzt im klinischen Alltag der Allgemeinpsychiatrie. Unabhängig vom jeweiligen Kontext zeigt sich für mich immer wieder: Wer Suizidalität offen und wertungsfrei anspricht, signalisiert seinem Gegenüber, dass auch schwierige Gedanken Platz haben dürfen. Nicht selten entsteht daraus die Bereitschaft, über zuvor verborgene Belastungen zu sprechen. Suizidprävention beginnt für mich deshalb nicht erst in der Krise. Sie beginnt mit einer Haltung, die signalisiert: Du darfst über deine Gedanken sprechen, und du musst damit nicht allein bleiben.

### Mein Blick auf Suizidprävention

Diese Erfahrungen prägen auch meinen Blick auf die Arbeit der DGS. Mich beschäftigt insbesondere die Frage, wie wir Menschen erreichen können, bevor aus einer Krise ein Notfall wird. Neben fachlicher Expertise braucht Suizidprävention die Fähigkeit, wissenschaftliche Erkenntnisse in gesellschaftliche Wirklichkeit zu übersetzen. Entscheidend ist dabei aus meiner Sicht nicht nur, was wir wissen, sondern auch, wie wir darüber sprechen und wen wir damit erreichen. Forschung zum Hilfesuchverhalten zeigt, dass Stigmatisierung und negative

Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen und professioneller Unterstützung zu den wichtigsten Barrieren für die Inanspruchnahme von Hilfe gehören (Barnett et al., 2024; Velasco et al., 2025). Das bestärkt mich in der Überzeugung, dass Aufklärung und öffentliche Auseinandersetzung mit Suizidalität wichtige Bausteine der Prävention sein können.

### Neue Wege der Ansprache

Ein besonders eindrückliches Erlebnis war für mich ein Live-Gespräch am Welttag der Suizidprävention auf der Streaming-Plattform Twitch. Über mehrere Stunden hinweg entstand ein offener Austausch mit einer jungen und überwiegend männlichen Community – einer Zielgruppe, die in der klassischen Präventionsarbeit oft als schwer erreichbar gilt. Die Offenheit der Zuschauerinnen und Zuschauer, die Qualität der Fragen und die gegenseitige Unterstützung im Chat haben eindrucksvoll gezeigt, welches Potenzial in digitalen Kommunikationsräumen für die Suizidprävention liegt. Diese Erfahrung deckt sich mit aktuellen Befunden, wonach soziale Unterstützung und wertungsfreie Austauschmöglichkeiten die Bereitschaft fördern können, über psychische Belastungen zu sprechen und Hilfe anzunehmen (Lasiono et al., 2025).

### Ausblick

Für meine Arbeit in der DGS möchte ich diese Perspektiven zusammenführen. Erste Projekte für den Herbst befinden sich bereits in Planung und sollen die Expertise der DGS mit zeitgemäßen Formaten und größerer öffentlicher Sichtbarkeit verbinden. Die fachliche Auseinandersetzung mit Suizidalität ist eine wichtige Grundlage wirksamer Prävention. Mich interessiert besonders, wie wir dieses Wissen so vermitteln können, dass es auch außerhalb fachlicher Kontexte Orientierung schafft und Menschen erreicht, die mit suizidpräventiven Angeboten bislang nur schwer in Berührung kommen.

Am Ende ist weniger entscheidend, ob solche Räume analog oder digital, professionell oder informell sind. Entscheidend ist, dass sie entstehen und Menschen dort Orientierung, Verständnis und Unterstützung finden können.

### Literatur

Barnett, P., Tickell, A., Osborn, T., Delamain, H., Fonagy, P., Pilling, S. & Gibbon, L. (2024). *Help-Seeking and Disclosure in University Stu-*

<sup>1</sup> DGS, Assistenz der Geschäftsführung; Klinischer Psychologe (M. Sc.) und Psychotherapeut in Ausbildung (TP), Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen

dents with Suicidal Thoughts and Self-Harm: A Systematic Review. *International Journal Of Mental Health And Addiction*, 24(1), 623–700. <https://doi.org/10.1007/s11469-024-01416-8>

Lasiono, L., Lestari, R. & Astari, A. M. (2025). Peer support and social support in enhancing help-seeking behavior among individuals with suicidal ideation: A systematic review. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 13(2), 75–94. <https://doi.org/10.22219/jipt.v13i2.37971>

Velasco, A. A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M. & Rowe, S. (2025). What Are the Barriers, Facilitators and Interventions Targeting Help-Seeking Behaviours for Common Mental Health Problems in Adolescents? A Systematic Review. *FOCUS The Journal Of Lifelong Learning in Psychiatry*, 23(1), 98–118. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.25023003>

# Originalarbeiten

## Zusammenarbeit zur Suizidprävention in einer südschwedischen Region

Karl Hedman<sup>1</sup>

### Zusammenfassung

Diese Studie untersucht die Organisation der Zusammenarbeit im Bereich der Suizidprävention in einer südschwedischen Region. Feldforschung mit Beobachtungen, Einzelinterviews und Gruppeninterviews wurde bei drei Rettungsdiensten sowie in Kooperationsgruppen zur Suizidprävention durchgeführt. In der Region hatte der Rettungsdienst eine koordinierende Verantwortung für die Zusammenarbeit zur Suizidprävention zwischen Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst, Psychiatrie, Notrufzentrale, Sozialdienst, Schulgesundheitsdienst und dem regionalen Koordinator für Suizidprävention. Während der Datenerhebung 2018–2026 wurde die strategische Verantwortung des regionalen Koordinators für Suizidprävention für die suizidpräventive Zusammenarbeit und die Koordination der kommunalen Koordinatoren für Suizidprävention in den Gemeinden der Region gestärkt. Zur Analyse der empirischen Daten wurde eine reflexive thematische Analyse verwendet. Aus den Ergebnissen ergaben sich fünf Themen: (1) ein regionaler Koordinator für Suizidprävention und kommunale Koordinatoren für Suizidprävention in den Gemeinden der Region sowie die Anwendung regionaler und kommunaler Aktionspläne zur Suizidprävention, (2) die koordinierende Rolle der Feuerwehr in der Suizidprävention mit interorganisatorischen Kooperationsgruppen, operative Einsätze bei Suizidalarmen und Krisenunterstützung nach einem Suizid für Angehörige und Fachkräfte, die zu einem Suizidalarm ausgerückt sind, (3) ein gemeinsamer Alarmplan bei Suizidgefahr für Notrufzentrale, Feuerwehr, Po-

lizei und Rettungsdienst, (4) interorganisatorisches Lernen in Kooperationsgruppen zur Suizidprävention und (5) Krisenhilfe. Diese Ergebnisse können bei der strategischen Führung, der Praxis und den Prioritäten der suizidpräventiven Zusammenarbeit an anderen Orten der Welt berücksichtigt und an regionale und kommunale Gegebenheiten angepasst werden.

**Schlüsselwörter:** Krisenhilfe, Suizid, suizidpräventive Zusammenarbeit, Suizidintervention, Suizidprävention

### Abstract

This study examines the organization of suicide prevention collaboration in a South Swedish region. Fieldwork involving observations, interviews, and group interviews was conducted at three fire and rescue service and within suicide prevention collaboration groups. In the region, the fire and rescue service had a coordinating role in suicide prevention collaboration between the ambulance service, police, fire and rescue service, psychiatry, emergency dispatch centre, social services, school health services, and the region's suicide prevention coordinator. During the data collection period from 2018 to 2026, the regional suicide prevention coordinator's strategic responsibility for suicide prevention collaboration and the coordination of municipality-specific suicide prevention coordinators in the region's municipalities was strengthened. Reflexive thematic analysis was used to analyse empirical data. The results revealed five themes: (1) a regional suicide prevention coordinator and municipality-specific suicide prevention coordinators in the region's municipalities, and the use of regional and municipal suicide prevention action plans, (2) the coordinating role of fire and rescue service in suicide prevention through inter-organizational collaboration groups, operational respon-

<sup>1</sup> Dr. phil., Dozent für Führung und Organisation im Gesundheits- und Pflegebereich, Hochschule Borås, Schweden

ses to suicide alerts, and post-suicide crisis support for relatives and professionals who responded to suicide alerts, (3) a shared alert plan for suicide risk involving the emergency call centre, fire and rescue service, police, and ambulance services, (4) inter-organizational learning among collaborating actors regarding expert competencies and accountability for adherence to the joint emergency response plan, and (5) crisis support. These findings can be considered and adapted to regional and municipal conditions for strategic leadership, practice, and priorities in suicide prevention collaboration in other parts of the world.

*Keywords: crisis support, suicide, suicide prevention collaboration, suicide intervention, suicide prevention*

## Einleitung

Suizid ist ein globales Problem der öffentlichen Gesundheit (Hawton & van Heeringen 2009). In Schweden starben im Jahr 2024 1.453 Menschen durch Suizid (Die schwedische Behörde für öffentliche Gesundheit 2026). Die Komplexität akuter suizidaler Vorfälle erfordert eine suizidpräventive Zusammenarbeit mit dem gemeinsamen Ziel, Leben zu retten (Bryan 2022, S. 198). Zusammenarbeit wird in dieser Studie als eine Arbeitsform definiert, die darauf abzielt, Ausrichtung und Koordination zu erreichen und gemeinsame Ziele zu verwirklichen (Huxham 2003). Die Kooperationspartner erreichen Ausrichtung und Koordination durch Informationsaustausch und Vereinbarungen in Kontexten, in denen niemand das Mandat hat, über andere zu entscheiden. Kooperation wird als Lösung und Steuerungsform eingesetzt, wenn Herausforderungen das Engagement mehrerer Kooperationspartner erfordern und kann für verschiedene Zwecke initiiert werden, beispielsweise um Ressourcen zur Lösung gesellschaftlicher Probleme zu bündeln, Unterstützungsdienste zu optimieren oder öffentliche Dienstleistungen zu koordinieren. Kooperation erfordert gegenseitiges Engagement und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Sie kann komplex sein, da sie Zeit, Engagement und Ressourcen erfordert.

Das Ziel dieser Studie ist es, die Zusammenarbeit zur Suizidprävention in einer südschwedischen Region zu beschreiben. Ausgehend von diesem Ziel lautet die Hauptfrage der Studie, wie die Zusammenarbeit zur Suizidprävention organisiert ist. Suizidpräventionsarbeit erfordert verschiedene Arten von Maßnahmen auf individueller, Gruppen- und gesellschaftlicher Ebene sowie in akuten Suizidalarmsituationen. Es ist wichtig, Suizid nicht nur als eine Angelegenheit des Gesundheitswesens zu betrachten, sondern das Thema aus einer breiten gesellschaftlichen Perspektive anzugehen. Daher ist Forschung darüber erforderlich, was auf kommunaler und regionaler Ebene von kooperierenden gesellschaftlichen Akteuren getan werden kann, die für den Umgang mit Suizidfällen von Bedeutung sind.

Der Auftrag zur Suizidprävention in Schweden geht von der Regierung, der Behörde für öffentliche Gesundheit, den

schwedischen Kommunen und Regionen, dem Sozialamt und der Behörde für Zivilschutz aus, die gemeinsam mit Freiwilligenorganisationen aktiv an diesem Thema arbeiten (Sozialamt 2025). Alle Regionen in Schweden sollen über einen regionalen Koordinator bzw. eine regionale Koordinatorin für Suizidprävention verfügen, der / die mit lokalen Suizidpräventionskoordinierenden in jeder einzelnen Gemeinde zusammenarbeitet, um Suizide zu verhindern und zu vermeiden. Bei der Zusammenarbeit im Bereich der Suizidprävention geht es um die Prävention von Suiziden, die praktische Betreuung suizidgefährdeter Personen, die strategische Zusammenarbeit und die Optimierung des Ressourceneinsatzes.

In der untersuchten südschwedischen Region arbeiten Notrufzentrale, Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienst seit dem Jahr 2000 zusammen. Die kooperierenden Organisationen verfolgen einen gemeinsamen Ansatz zur Suizidprävention, der eine breit angelegte Zusammenarbeit vorsieht, bei der die Feuerwehr eine koordinierende Rolle innehat und die übergreifende strategische Verantwortung beim regionalen Koordinator für Suizidprävention liegt. In der Studie wurde die Zusammenarbeit zur Suizidprävention untersucht, um vertiefte Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie Suizidprävention durchgeführt wird, und um ein Beispiel dafür zu liefern, wie Regionen und Gemeinden zusammenarbeiten können, um Suiziden entgegenzuwirken.

Der Bedarf an einer Zusammenarbeit zur Suizidprävention in der untersuchten Region entstand im Jahr 2000, als die Feuerwehr einen Notruf wegen Suizidgefahr erhielt. Am Einsatzort trafen Krankenwagen, Polizei und Feuerwehr ein. Nach fünf Stunden war die Situation immer noch nicht gelöst, da große Unsicherheit darüber herrschte, welche der Organisationen die Entscheidung treffen sollte. Die Situation wurde gelöst, indem die Feuerwehr den Feuerwehrmann, der die ganze Zeit über in einer Dachluke gesessen und mit der Person gesprochen hatte, zu ihr vordringen ließ und sie festhielt, während eine Drehleiter aufgestellt und die Person überwältigt wurde. Die Frage der Zuständigkeit war zu diesem Zeitpunkt noch nicht geklärt. In einem anderen Fall mit Suizidgefahr bat die Polizei die Feuerwehr um Hilfe. Es kam zu Unklarheiten darüber, welche Organisation tätig werden sollte. Der vor Ort anwesende Brandingenieur kontaktierte die Polizeileitung, um die Zuständigkeitsfrage zu klären. Diese Vorfälle waren der Anlass dafür, dass die Frage der Zuständigkeitsverteilung bei Suizidrohungen zwischen Rettungsdienst, Polizei und Feuerwehr in der größten Stadt der Region diskutiert wurde.

Die Theorie zur suizidpräventiven Zusammenarbeit (Baber & Bean 2009; Bean & Baber 2011; Cramer & Kapusta 2017) betrachtet Suizid als ein Thema der öffentlichen Gesundheit und konzentriert sich auf Interventionen auf mehreren Ebenen innerhalb einer Bevölkerung, um unterstützende Aktivitäten und Umgebungen zu schaffen, Risikofaktoren zu verringern und Schutzfaktoren sowie die interorganisatorische Resilienz durch Zusammenarbeit und gesellschaftliches Engagement zu stärken. Suizidprävention umfasst sowohl Maßnahmen zur

Verringerung der Zahl von Suiziden und Suizidversuchen als auch zur Unterstützung der betroffenen Personen. Die Theorie der suizidpräventiven Zusammenarbeit betont frühzeitige und breit angelegte Prävention, Krisenhilfe sowie die Anpassung von Strategien und Arbeitsweisen an lokale Gegebenheiten. Suizidpräventive Zusammenarbeit ist ein Weg, durch gemeinsames Handeln Synergieeffekte zu erzielen und damit etwas zu erreichen, was die einzelnen Akteure allein nicht erreichen können.

Untersuchungen zur Suizidprävention (Koch 2010; Spence & Millott 2016) haben gezeigt, dass bei akuten Suizidversuchen oder wenn Personen drohen, sich das Leben zu nehmen, meist die Polizei gerufen wird. Suizidgefährdete Personen, die oftmals an einer psychischen Erkrankung leiden, liefen Gefahr, stigmatisiert zu werden, wenn sie von der Polizei empfangen wurden. Daher werden Alternativen zur Polizei bevorzugt (Bouveng et al. 2017). Bouveng et al. (2017) beobachteten die psychiatrische Notfall-Einsatzgruppe in Stockholm. Diese Einheit wurde bei Suizidalarm entsandt und bestand aus zwei psychiatrischen Krankenschwestern und einem Rettungssanitäter. Da die Einheit vor der Einweisung ins Krankenhaus Beurteilungen vornahm, verringerte sie die Arbeitsbelastung für Rettungsdienst und Polizei. Die psychiatrische Notfall-Einsatzgruppe rückte bei Suizidversuchen und Suiziden aus. Die Einheit kümmerte sich um suizidgefährdete Personen und Angehörige am Ort des Suizidversuchs oder des Suizids und unterstützte sie, während der Verstorbene vom Rettungsdienst geborgen wurde. Die Einheit wirkte der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entgegen. Lindström et al. (2020) stellten fest, dass suizidgefährdete Personen, die von der psychiatrischen Notfall-Mobilitätseinheit betreut wurden, das Gefühl hatten, an den Entscheidungen über ihre Versorgung mitwirken zu können und Versorgung zu erhalten, ohne Angst davor haben zu müssen, abgewiesen, ignoriert oder verurteilt zu werden. Die von der Feuerwehr koordinierte Zusammenarbeit zur Suizidprävention hat in der bisherigen Forschung nur begrenzte Beachtung gefunden.

Menger et al. (2015) nutzten eine Perspektive sozialer Netzwerke, um die Zusammenarbeit im Bereich der Suizidprävention zu verstehen, und sind der Ansicht, dass Faktoren, die die Zusammenarbeit zwischen Organisationen fördern, identifiziert und gestärkt werden sollten. Es wurden Umfragen unter 37 Organisationen durchgeführt, die in einer Gemeinde in den USA im Bereich der Suizidprävention tätig waren, um den Charakter der Zusammenarbeit zu bewerten und Indikatoren für die Stärke der Beziehungen im Zusammenhang mit verschiedenen Arten der Zusammenarbeit zu identifizieren. Die Ergebnisse zeigten, dass die Organisationen angaben, eher Informationen und Ressourcen auszutauschen sowie Überweisungen zu senden und zu empfangen, als eine Dienstleistungsinfrastruktur zu entwickeln und Schulungs- und Screening-Aktivitäten zu koordinieren. Bestimmte Arten von Organisationen waren stärker vernetzt als andere, und der Einfluss von Indikatoren für die Beziehungsstärke war über verschiedene Arten der Zusammenarbeit hinweg weitgehend konsistent. Houle et al.

(2010) untersuchten die Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Notaufnahmen in Krankenhäusern, Krisenzentren, lokalen Sozialdienstzentren und Behandlungszentren für Drogenmissbrauch in Kanada, mit dem Ziel, die Versorgungskontinuität für suizidgefährdete Personen zu verbessern. Die Studie zeigte, dass der Aufbau vertrauensvoller Beziehungen, die auf gegenseitigem Respekt für Fachkompetenzen und auf der Einhaltung gemeinsamer Werte basierten, die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren der Suizidprävention verbesserte und eine wichtige Grundlage für die Aufrechterhaltung der Versorgungskontinuität für suizidgefährdete Personen darstellte.

Krisenhilfe wird in dieser Studie als mitmenschliche, praktische, psychologische, soziale und existenzielle Unterstützung definiert, die Krisenhelfer:innen Betroffenen im Zusammenhang mit Suizid leisten. Andriessen (2009) beschrieb Krisenhilfe als die Aktivitäten, die von, mit oder für Hinterbliebene nach einem Suizid mit dem Ziel entwickelt wurden, die Genesung nach einem Suizid zu erleichtern und negative Folgen wie eigenes suizidales Verhalten zu verhindern. Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass Personen, die einen Angehörigen durch Suizid verloren haben, ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen (Jordan 2017; Maple et al. 2017; Ballard et al. 2019). Buser (2023) hat angesichts des hohen Stressniveaus in der Arbeit des Rettungsdienstes, der Konfrontation mit schwerwiegenden Ereignissen und der hohen Suizidrate unter Rettungsdienstmitarbeitenden die Notwendigkeit psychologischer Unterstützung für diese Mitarbeiter:innen dargelegt.

## Methode

Als Forschungsmethode wurde in dieser Studie die Ethnografie verwendet. Die Untersuchung basiert auf ethnografischer Feldforschung mit teilnehmenden Beobachtungen und 24 qualitativen Interviews, die vom Autor an drei Feuerwehrwachen in Südschweden zwischen August 2018 und September 2020 durchgeführt wurden. Anschließend nahm der Autor an kommunalen Kooperationsitzungen und Aktivitäten zur Suizidprävention in der Region im Zeitraum 2021–2025 teil. Nachfolgende qualitative Forschungsinterviews mit den Teilnehmenden wurden vom Autor zwischen Januar und April 2026 geführt. Sechs Befragte wurden per Videointerview über Zoom befragt.

Die Ethnografie ist ein theoretischer und methodologischer Rahmen, der zur Durchführung von Feldforschung sowie zur Beschreibung und Erklärung menschlicher Aktivitäten durch teilnehmende Beobachtung in natürlichen Umgebungen verwendet wird (Atkinson 2015). Teilnehmende Beobachtung bedeutet, dass die Forschungsperson direkte Beziehungen zu den Studienteilnehmern und -teilnehmerinnen aufbaut und sich über einen längeren Zeitraum in deren natürlichen Umgebungen aufhält, um ihre Routinetätigkeiten zu beobachten, zu beschreiben und daran teilzunehmen. Beobachtungsnotizen (Gobo 2008) sind die in der ethnografischen Forschung verwendete Methode zur Datenerhebung, um Beobachtungsmaterial mit dem Fokus auf das Handeln der Menschen zu sammeln.

Während der Feldforschung beobachtete und befragte der Autor Mitarbeiter:innen von Rettungsdiensten während ihrer Dienstsichten in den Wachen, jedoch nicht unmittelbar bei Einsätzen im Zusammenhang mit Suiziddrohungen. Alle Studienteilnehmer:innen hatten Dienstposten inne, zu denen Aufgaben im Bereich der Suizidprävention gehörten. Der Autor beobachtete und nahm als Forscher an Sitzungen von drei Arbeitsgruppen zur Suizidprävention, an Mitarbeiterschulungen zu Suizidintervention und psychischer Erster Hilfe sowie an der Erhebung von Informationen für Ereignisberichte nach Suizidalarm teil. Ziel der Beobachtungen und Interviews war es zu erfassen und zu dokumentieren, wie der Rettungsdienst und die Kooperationspartner die Suizidpräventionsarbeit organisierten. Parallel zu den Beobachtungen führte der Autor Einzelinterviews mit Angehörigen der Feuerwehr durch. Ziel der Interviews war es, Einblicke in die Erfahrungen und Erlebnisse der Teilnehmer:innen im Bereich der suizidpräventiven Zusammenarbeit zu gewinnen. Es wurde eine strategische Auswahl getroffen, indem nur Personen interviewt wurden, die aktiv an der suizidpräventiven Zusammenarbeit mitwirkten. Während des Beobachtungszeitraums wurden Feuerwehrleute, Brandingenieure und -ingenieurinnen, sowie Einsatzleiter:innen an den Rettungswachen befragt. Der Autor befragte zudem zwei Polizisten, die regelmäßig an Treffen zur suizidpräventiven Zusammenarbeit teilnahmen. Es wurden 30 Interviews mit Angehörigen der Feuerwehr und Polizisten durchgeführt, wobei die Hauptfrage lautete, wie die suizidpräventive Zusammenarbeit organisiert ist. Insgesamt beobachtete der Autor die suizidpräventive Arbeit über einen Zeitraum von 72,5 Stunden. Die Interviews, die durchschnittlich 45 Minuten dauerten, wurden aufgezeichnet und transkribiert.

Im Rahmen der Beobachtung von Koordinierungssitzungen zur Suizidprävention im Zeitraum 2018–2025 führte der Autor Gespräche mit allen Beteiligten der drei Koordinierungsgruppen zur Suizidprävention. An den Kooperationsgruppen nahmen Führungskräfte und Mitarbeitenden von Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst, Sozialdienst, Psychiatrie, Notrufzentrale, Schulgesundheitsdienst, Hinterbliebenenvereinigung, Glaubensgemeinschaften, anderen Akteuren der Suizidprävention in der Zivilgesellschaft sowie die regionalen Koordinatorin für Suizidprävention, die über einen Hintergrund als psychiatrische Krankenschwester am größten Krankenhaus der Region verfügte. Die Teilnehmenden der suizidpräventiven Kooperationsgruppen waren reguläre Gruppenmitglieder und mussten deshalb nicht eigens für die Studie rekrutiert werden; vielmehr gaben alle zu Beginn der Untersuchung ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie. Die zentrale Frage, die gestellt und diskutiert wurde, betraf die Organisation der suizidpräventiven Zusammenarbeit in der Region.

Daten zu den Erfahrungen und Eindrücken von Fachkräften bei der Arbeit nach dem suizidpräventiven Kooperationsansatz in der untersuchten Region wurden zudem durch Gruppeninterviews mit 80 Teilnehmenden an zwei suizidpräventiven Fortbildungstagen erhoben. Die Gruppeninterviews wurden vor

Ort durchgeführt. Die Teilnehmer:innen waren Mitarbeitende von Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst und Psychiatrie. Alle Teilnehmer:innen der Fortbildungstage entschieden sich für die Teilnahme an den Gruppeninterviews. Sie wurden aufgezeichnet und transkribiert. Der Autor wirkte in den Gruppeninterviews als Moderator mit. Zu Beginn der Gruppeninterviews wurde die übergreifende Diskussionsfrage vorgestellt, wie die Zusammenarbeit zur Suizidprävention in der Region organisiert ist. Die Gruppeninterviews dauerten etwa 45–60 Minuten. Ein Gruppeninterview kann hier als ein Gespräch auf der Grundlage der Hauptfrage einer Studie unter den Teilnehmer:innen verstanden werden.

Von allen Teilnehmerinnen an den Beobachtungen, Einzelinterviews und Gruppeninterviews im Zeitraum 2018–2026 wurde eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Die Teilnehmenden wurden über den Zweck der Studie informiert, dass die Teilnahme freiwillig ist und dass sie ihre Teilnahme jederzeit und aus beliebigen Gründen beenden können. Die Namen der Teilnehmer:innen und der Einrichtungen wurden anonymisiert. Die Verfahren und Materialien wurden vor Beginn der Studie von der Ethikkommission in Linköping, Schweden (Ethikprüfung 2018/277–31), geprüft. Die Ethikkommission kam zu dem Schluss, dass der Durchführung der Studie nichts im Wege stand.

Zur Analyse der Beobachtungsnotizen und Transkriptionen der Einzel- und Gruppeninterviews wurde die reflexive thematische Analyse (Braun & Clarke 2021) verwendet. Die reflexive thematische Analyse identifiziert Muster durch die Analyse, Interpretation und Beschreibung von Themen. Die Analyse-methode besteht aus sechs Schritten: (1) Identifizierung potenziell interessanter Muster, (2) Generierung von Codes und Kategorien, (3) Generierung von ersten Themen, (4) Überprüfung der Themen, (5) Definition und Benennung der Themen und (6) Verfassen des Ergebnisabschnitts mit den Themen und illustrierenden Zitaten. Die Analyse wurde manuell ohne Software durchgeführt. Zur Validierung wurden die Teilnehmer:innen gebeten, die Beschreibungen und Dateninterpretationen zu kommentieren, zu bestätigen oder abzulehnen. Ausgehend von einem reflexiven Ansatz beschrieb der Autor, wie die Studie ablief, wie die Teilnehmer:innen ausgewählt wurden und welche Anpassungen im Verlauf der Studie vorgenommen werden mussten.

Wären mehr Mitarbeitende aus Organisationen der suizidpräventiven Zusammenarbeit befragt worden, hätte dies die Zuverlässigkeit des empirischen Materials potenziell gestärkt. Eine Einschränkung dieser Studie könnte darin bestehen, dass der Autor bei der Analyse der suizidpräventiven Zusammenarbeit lediglich von den Erfahrungen einer kleinen Gruppe von Fachkräften ausging. Die Teilnehmer:innen wurden hauptsächlich über drei Führungskräfte der Feuerwehr rekrutiert, was zu einer gewissen Verzerrung geführt haben kann. Der Autor hatte zuvor keine Beziehung zu den teilnehmenden Fachkräften und kannte diese auch nicht. Die Teilnehmer:innen wurden aufgrund ihrer Erfahrung in der

Suizidpräventionsarbeit, ihrer Verfügbarkeit und ihrer Bereitschaft zur Teilnahme ausgewählt, was bedeutet, dass die Perspektiven derjenigen fehlen, die abgelehnt haben oder nicht kontaktiert wurden. Auch wenn die meisten der befragten Feuerwehrleute angaben, dass sie sich im Umgang mit suizidgefährdeten Klienten wohlfühlten, räumten einige ein, dass es emotional belastend sein kann, sich mit Themen im Zusammenhang mit Suizid auseinanderzusetzen. Daher bot der Autor den Teilnehmenden in diesen Fällen die Möglichkeit an, noch etwas zu bleiben und zu sprechen, falls sie sich unwohl fühlten oder die Interviews sie in irgendeiner Weise beeinflusst hätten, um ihr Wohlbefinden sicherzustellen. Alle gaben jedoch an, dass sie dies nicht für notwendig hielten, und bestätigten, dass sie durch das Interview nicht negativ beeinflusst worden seien.

## Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigten, dass die Zusammenarbeit im Bereich der Suizidprävention in drei Phasen erfolgte: präventive Maßnahmen, akute Interventionen im Umgang mit suizidgefährdeten Personen sowie Krisenbetreuung für suizidgefährdete Personen, Angehörige und Mitarbeitende von Feuerwehr und Rettungsdienst nach einem Suizidalarm. Aus den Ergebnissen ergaben sich fünf Themen: (1) ein regionaler Suizidpräventionskoordinator und gemeindespezifische Suizidpräventionskoordinatoren in den Gemeinden der Region sowie die Anwendung regionaler und kommunaler Suizidpräventions-Aktionspläne, (2) die koordinierende Rolle der Feuerwehr in der Suizidprävention mit interorganisatorischen Kooperationsgruppen, operative Einsätze bei Suizidalarmen und Krisenunterstützung nach einem Suizid für Angehörige und Fachkräfte, die zu einem Suizidalarm ausgerückt sind, (3) ein gemeinsamer Alarmplan bei Suizidgefahr für Notrufzentrale, Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienst, (4) interorganisatorisches Lernen in Kooperationsgruppen zur Suizidprävention und (5) Krisenhilfe. Die Präsentation der Ergebnisse basiert auf den fünf Hauptthemen.

### ***(1) Regionaler Suizidpräventionskoordinator und gemeindespezifische Suizidpräventionskoordinatoren in den Gemeinden***

Der regionale Suizidpräventionskoordinator hat den Auftrag, mit den kommunalen Suizidpräventionskoordinierenden in den Gemeinden der Region zusammenzuarbeiten, um Suizidpräventionsmaßnahmen zu entwickeln. Die Arbeit basiert auf einer Perspektive der öffentlichen Gesundheit und umfasst die Zusammenarbeit zwischen der Region, den Gemeinden und anderen Organisationen. Der Koordinator arbeitet daran, die Suizidpräventionsarbeit zu stärken und die Umsetzung des regionalen Aktionsplans zur Suizidprävention zu unterstützen.

In der Region hatte die Feuerwehr eine Koordinierungsfunktion in der suizidpräventiven Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst, der Polizei, der Psychiatrie, der Notrufzentrale, dem Sozialdienst, dem Schulgesundheitsdienst und dem

regionalen Koordinierenden für Suizidprävention. Während der Datenerhebung 2018–2026 wurden die strategische Verantwortung des regionalen Koordinators für Suizidprävention und die Koordinierung der kommunalen Koordinierenden für Suizidprävention in den Gemeinden der Region gestärkt.

### ***(2) Die koordinierende Rolle der Feuerwehr in der Suizidprävention***

Die Zusammenarbeit bei der Suizidprävention in der untersuchten Region basierte darauf, die Rolle der Feuerwehr zu erweitern: von der reinen Reaktion auf Suizidalarme hin zu einer festgelegten Verantwortung für die Koordinierungsfunktion in der akuten suizidpräventiven Zusammenarbeit mit der Notrufzentrale, der Feuerwehr, der Polizei, dem Rettungsdienst und anderen Kooperationspartnern. Am Ende des Datenerfassungszeitraums gab die Feuerwehr ihre Rolle als Koordinatorin bei den Treffen zur suizidpräventiven Zusammenarbeit mit Polizei, Rettungsdienst, Notrufzentrale und Psychiatrie auf.

### ***(3) Gemeinsamer Alarmplan bei Suizidgefahr***

In den Kooperationsgruppen zur Suizidprävention bestand das Ziel darin, eine gemeinsame Gesamtperspektive zu entwickeln, Verständnis für die jeweiligen Fachkompetenzen der anderen zu schaffen sowie Proaktivität und zeitnahe Zusammenarbeit bei der Suizidprävention zu fördern. Für Mitarbeiter:innen von Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienst wurden Schulungen, Übungen und strategische Planungen zur Suizidprävention durchgeführt, wobei der Schwerpunkt auf der Verhinderung von Suiziden und der Schaffung einer gemeinsamen suizidpräventiven Einsatzbereitschaft (preparedness) lag. Als Grundlage für akute Einsätze in suizidalen Notfällen diente ein gemeinsamer Alarmplan mit einer Beschreibung der Maßnahmen, die jede Organisation bei Suizidgefahr ergreifen soll. Der Alarmplan umfasste Maßnahmen bei Suizidalarm, Risikobewertungen bei Drohungen und Waffen, Vorbereitungen, Arbeitsverteilung und den Umgang mit suizidalen Personen. Die Kooperationspartner arbeiteten auf der Grundlage verschiedener gesetzlicher Bestimmungen, Entscheidungsbefugnisse und Zuständigkeiten, die in den Kooperationsgruppen geklärt wurden.

### ***(4) Interorganisatorisches Lernen in Kooperationsgruppen zur Suizidprävention***

Im Rahmen der Präventionsarbeit waren Kooperationsgruppen tätig, die aus Vertretern und Vertreterinnen kommunaler Verwaltungen und externer Organisationen gebildet wurden. Die Mitglieder der Kooperationsgruppen zur Suizidprävention setzten sich aus Vertretern und Vertreterinnen des Sozialdienstes, des schulischen Gesundheitswesens, der psychiatrischen Notaufnahme, des Rettungsdienstes, der Polizei, der Notrufzentrale, der Feuerwehr, des Nationalen Verbandes für Suizidprävention und Hinterbliebenenhilfe sowie regionalen Koordinatoren und Koordinatorinnen für die Suizidprävention der Organisation zusammen. Die Kooperationsgruppen

bestanden aus (1) der Kooperationsgruppe für Suizidprävention, die sich mit infrastrukturellen und sozialen Fragen der Suizidprävention befasste und (2) der Alarmplanungsgruppe mit den Leitern und Leiterinnen der kooperierenden Organisationen. Ein Brandinspektor berichtete im Januar 2026, dass sie seit einiger Zeit gewisse Probleme mit der Kontinuität in den Kooperationsgruppen seitens anderer Akteure, sowohl intern als auch extern, erlebt hätten und dass das Interesse an der Teilnahme an der suizidpräventiven Kooperationsarbeit nicht beständig war. Um die Beteiligung an der Arbeit zu erhöhen und eine klarere Steuerung zu gewährleisten, gibt es seitdem eine Kooperationsgruppe zur Suizidprävention, die sowohl infrastrukturelle als auch soziale Aspekte der Suizidprävention umfasst. Zuvor handelte es sich um zwei separate Kooperationsgruppen. Die neue gemeinsame Kooperationsgruppe legt einen klareren Schwerpunkt darauf, in erster Linie Vertreter und Vertreterinnen aus den kommunalen Verwaltungen einzubeziehen, wobei diese über eine Art Entscheidungsbefugnis oder Mandat verfügen, für ihre Verwaltung zu sprechen. Die Arbeit der Gruppe ist deutlicher mit dem kommunalen Aktionsprogramm verknüpft und zielt darauf ab, Kommunikationswege innerhalb der Gemeinde zu schaffen, um verschiedene Projekte im Rahmen des Aktionsprogramms weiterzuverfolgen. Die Gruppe befasst sich auch mit Maßnahmen im physischen Umfeld. Sie behandelt keine konkreten Angelegenheiten in den Kooperationssitzungen, sondern die Arbeit erfolgt im Rahmen der regulären Tätigkeit als Zusammenarbeit zwischen Feuerwehr, technischem Amt und Stadtplanungsamt. Bei den Kooperationssitzungen besprechen sie, wie sie langfristig strategisch an der Suizidprävention arbeiten wollen, wer an der Arbeit beteiligt sein sollte und was sie damit erreichen wollen. In der Region gibt es lokale Unterschiede in der Organisation der Arbeit in Arbeitsgruppen. Es hat eine Verlagerung der Zuständigkeit vom Suizidpräventionskoordinator des Rettungsdienstes auf den regionalen Suizidpräventionskoordinator stattgefunden.

Die Alarmplan-Gruppe ist für die Koordinierung gemeinsamer Einsätze bei Alarmen wegen Suizidgefahr zuständig. Ein Alarmplan bezeichnet ein festgelegtes Vorgehensmuster für einen Vorfall, der einen Alarm auslöst. Die Teilnehmer:innen der Alarmplangruppe setzten sich aus Führungskräften der Feuerwehr, des Rettungsdienstes, der Polizei, der Notrufzentrale, der Psychiatrie und des regionalen Koordinators für Suizidprävention zusammen, die unterschiedliche Entscheidungsbefugnisse, Verantwortlichkeiten und Aufgaben im Bereich der Suizidprävention hatten. Die Führungskräfte diskutierten Strategien und Prioritäten im Umgang mit suizidalen Notfällen und in der suizidpräventiven Arbeit. Bei den Kooperationssitzungen prüfte die Gruppe regionale Suizidstatistiken und reflektierte über Mängel und Verbesserungsmaßnahmen in der suizidpräventiven Zusammenarbeit. Jedes Jahr organisierte die Gruppe einen Fortbildungstag für Fachkräfte, die im Bereich der Suizidprävention tätig sind.

Die Planung von Maßnahmen in den beiden Kooperationsgruppen zur Suizidprävention basierte auf Suizidstatistiken

und der Erfassung von Orten, an denen es häufig zu Suiziden kam. Mithilfe von Statistiken konnten die Kooperationspartner feststellen, ob sich eine bestimmte Suizidmethode in Schulen, Einrichtungen oder unter Risikogruppen in der Gesellschaft verbreitet hatte. Die Suizidstatistiken wurden aus der Datenbank der Polizei und aus Suizidberichten entnommen. Die untersuchte Region finanziert in jeder Gemeinde der Region eine Fachkraft, die für die Bearbeitung von Fragen der Suizidprävention zuständig ist und vom regionalen Koordinator für Suizidprävention geleitet und koordiniert wird.

Die Kooperationspartner profitierten von kollegialen Netzwerken, die durch die Zusammenarbeit entstanden waren, sowie von Beziehungen, die die Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern bei Suizidalarm erleichterten. Die suizidpräventive Zusammenarbeit wurde dadurch begünstigt, dass die Feuerwehr ein großes Gebiet mit vielen lokalen Rettungsdiensten abdeckte. Dies bedeutete, dass die Rettungskräfte schnell bei suizidgefährdeten Personen eintreffen konnten, unabhängig davon, ob der Suizidalarm auf dem Land oder in den Städten ausgelöst wurde. Nachdem die Kooperationspartner ein Bewusstsein für die Rollen, Kompetenzen und Aufgaben der anderen Organisationen erworben hatten, fiel es den Akteuren leichter, einander um Hilfe zu bitten, auf gemeinsame Ziele hinzuarbeiten und die Flexibilität bei suizidpräventiven Aktivitäten zu erhöhen. In einer der Gemeinden der Region schulte der kommunale Koordinator für Suizidprävention alle Gemeindemitarbeiter:innen in psychologischer Erster Hilfe und Suizidprävention.

Wenn bei der Notrufnummer ein Suizidalarm einging, bei dem ein Bedarf an Hilfe durch mehrere Akteure wie Rettungsdienst, Polizei und Feuerwehr festgestellt wurde, wurde von den Kooperationspartnern erwartet, dass sie der suizidgefährdeten Person im Rahmen ihrer jeweiligen gesetzlichen Befugnisse zu Hilfe kommen. Um eine suizidpräventive Zusammenarbeit identifizieren und initiieren zu können, waren Kenntnisse über den Auftrag, das Mandat und die praktischen Möglichkeiten der Kooperationspartner erforderlich. In Verhandlungen mit suizidgefährdeten Personen wandten die Angehörigen der Feuerwehr eine aus vier Teilen bestehende Suizidinterventionsmethode an: (1) Einschätzung und Umgang mit der suizidgefährdeten Person, (2) aktives Zuhören, (3) rationales Denken und (4) Erweisen von ermutigender Fürsorge. Im Umgang mit suizidgefährdeten Personen bemühten sich die Feuerwehrleute, vertrauensvolle Kontakte aufzubauen. Die Rettungskräfte gaben an, dass es wichtig sei, die suizidgefährdeten Personen zu beruhigen, ihnen Hoffnung zu geben, sie zu unterstützen, Fürsorge zu zeigen und den emotionalen Schmerz und die Verzweiflung, die sie zum Ausdruck brachten, anzuerkennen. Sie stellten den suizidgefährdeten Personen direkte, sachliche und aufrichtige Fragen, die darauf abzielten, ihnen zu helfen, ihre suizidale Krise zu überwinden.

Ein Einsatzleiter berichtete, dass, sobald ein Notruf von einem Alarmdisponenten in der Leitstelle als „Suiziddrohung“ eingestuft wurde, Polizei, Rettungsdienst und Feuerwehr entsandt

wurden, um koordinierte Maßnahmen durchzuführen. Der Einsatzleiter berichtete, dass im Jahr 2026 bei 50 % der Vorfälle die Feuerwehr bei Suizidalarm als Erste vor Ort war, da die Feuerwehr in der Region geografisch weiter verteilt war als die Rettungs- und Polizeieinheiten. Als die Feuerwehrleute am Ort des Suizidalarms eintrafen, näherten sie sich den suizidgefährdeten Personen, um Leben zu retten und es der Polizei oder dem Rettungsdienst zu erleichtern, den suizidgefährdeten Personen zu helfen. Ein Feuerwehrmann drückte es so aus:

**„In der Regel kommen wir [die Feuerwehr] zuerst und stellen den ersten Kontakt her. So war es bei allen Suizidalarmen, die ich miterlebt habe. Wenn wir die Polizei [vor Ort] nicht antreffen und bevor die Polizei eintrifft, sprechen wir [mit der suizidgefährdeten Person]. Wenn die Polizei kommt, wechseln wir die Person, die mit der suizidgefährdeten Person spricht.“**

Ein Einsatzleiter beschrieb, dass die Feuerwehr, wenn sie einen guten Kontakt zur betroffenen Person aufgebaut hat, diesen Kontakt auch nach Eintreffen der Polizei aufrechterhalten kann. Rettungsdienst, Notrufzentrale, Polizei und Feuerwehr nutzten dasselbe Kommunikationssystem, wodurch alle Beteiligten bei Suizidalarm die gleichen Informationen erhielten. Die Feuerwehr nutzte Funkkommunikation mit Kopfhörern, um den Alarmdisponent der Leitstelle, den Einsatzleiter, der sich hinter den Feuerwehrleuten befand, den Rettungswagen und die Polizei über die Geschehnisse zu informieren. Eine Verbesserungsmaßnahme in der Routine war die Notwendigkeit, dass die Polizei den Feuerwehrleuten, die zu einem Suizid-Einsatz ausrückten, ausreichende Sicherheiten zur Verfügung stellte, wenn die suizidgefährdeten Personen bewaffnet waren. Die Feuerwehrleute gaben an, dass diese Informationen nicht immer bereitgestellt wurden, was Risiken mit sich brachte.

In der Leitstelle befand sich ein Einsatzleiter der Feuerwehr, der laufende Suizidalarme abhörte und die Feuerwehrleute vor Ort durch Ratschläge und die Entsendung zusätzlicher Ressourcen unterstützte, falls dies erforderlich war. Wenn die suizidgefährdeten Personen, denen sie begegneten, konkrete Pläne hatten, sich das Leben zu nehmen, ergriffen die Feuerwehrleute Maßnahmen, die sie als angemessen erachteten. In schwierigen und langwierigen suizidalen Notfällen konnten Verhandlungsführer der Polizei hinzugezogen werden. Die Polizei entschied, welche Art von Maßnahme ergriffen werden sollte, bis die Feuerwehr die Verantwortung für die Beurteilung suizidaler Personen übernahm, was es ermöglichte, suizidale Personen zur akuten psychiatrischen Beurteilung einzuliefern, auch wenn sich die suizidalen Personen dem widersetzten.

Die Feuerwehrleute gaben an, dass immer zwei Feuerwehrleute anwesend waren, wenn sie sich suizidgefährdeten Personen näherten. Einer der Feuerwehrleute konzentrierte sich auf aktives Zuhören und das Verstehen der Person, während der andere Unterstützung leistete und Informationen von Vorgesetzten

und Kollegen entgegennahm. Ein Feuerwehrmann berichtete über Begegnungen mit suizidgefährdeten Personen:

**„Den Fokus auf die suizidgefährdete Person zu richten und sie zu respektieren, ihre persönliche Realität und subjektiven Erfahrungen anzuerkennen sowie Vertrauen und Geborgenheit zu schaffen ... es ist wichtig, auch still zu sein, wenn es nötig ist.“ (Feuerwehrmann)**

In einer der Gemeinden der untersuchten Region wurde eine spezielle Tasche verwendet, die in den Einsatzfahrzeugen der Feuerwehr mitgeführt wurde; Feuerwehrleute, die zu einem Suizidalarm ausrückten, hatten die Möglichkeit, diese Tasche zum Betroffenen am Notfallort mitzunehmen. Die Tasche diente als Sanitätstasche. Inhalt und Zweck der Tasche bestanden darin, das Vertrauen zwischen dem Einsatzpersonal der Feuerwehr und der suizidgefährdeten Person zu fördern. In der Tasche befanden sich unter anderem Getränke und Schokolade, die der Person als Zeichen der Hilfsbereitschaft angeboten werden konnten, um die Beziehung zu der betroffenen Person zu erleichtern.

Beim ersten Kontakt bemüht sich die Feuerwehr, das Vertrauen der Person zu gewinnen, um Zeit zu gewinnen und Maßnahmen für weitere Hilfe ergreifen zu können. Es wird als wichtig erachtet, Sicherheit zu vermitteln, unterstützend zu sein und zu zeigen, dass man sich um die Person kümmert. Sie stellen der Person in der Regel Fragen zum Unterstützungsbedarf und dazu, was sie als nächsten Schritt tun kann, beispielsweise indem sie die Person dazu ermutigen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es bei der suizidpräventiven Zusammenarbeit in akuten Situationen von zentraler Bedeutung ist, über eine Lageübersicht zu verfügen, die für alle Kooperationspartner kontinuierlich aktualisiert wird, das Gesamtbild zu sehen, Perspektiven zu verstehen, zur Zusammenarbeit bereit zu sein, Kenntnisse über Rollen, Aufgaben, Mandate und Aufträge zu haben, aufmerksam zuzuhören und aktiv zu kommunizieren, proaktiv zu handeln und bewusste Entscheidungen zu treffen.

### **(5) Krisenhilfe**

Bei der Krisenhilfe geht es um psychologische, soziale und praktische Unterstützungsmaßnahmen für Menschen vor, während und nach schwierigen Ereignissen, um Stress zu bewältigen und das Risiko psychischer und physischer Beschwerden zu verringern. Nach einem Suizidalarm wurde suizidgefährdeten Personen, Angehörigen und den Mitarbeitenden des Rettungsdienstes, die zu einem Suizidalarm ausgerückt waren, Krisenhilfe angeboten. Die kooperierenden Organisationen stützten sich auf die schwedische nationale Strategie im Bereich psychische Gesundheit und Suizidprävention.

Die Feuerwehrangehörigen beschrieben, dass sie systematisch mit Krisenvorsorge und Krisenhilfe arbeiteten. Die Krisenhilfe

wurde unterteilt in Maßnahmen für suizidgefährdete Personen, Angehörige und Personen, die jemanden durch Suizid verloren haben, sowie für Rettungskräfte, die zu einem Suizidalarm ausgerückt sind. Der betroffene Kontext beschreibt das Netzwerk der suizidgefährdeten Person, das für die Krisenhilfe der Gesellschaft relevant sein kann, wie Familie und Angehörige, Freunde, Nachbarn sowie Schul- und Arbeitskollegen. Die Krisenhelfer:innen der Krisenhilfeeinheit der Feuerwehr halfen den hinterbliebenen Angehörigen und hörten sich deren Gefühle nach einem Suizid an.

Unter „Kollegialer Unterstützung“ versteht man die Krisenhilfe für das eigene Personal der Feuerwehr. Kollegiale Unterstützer sind Ansprechpartner:innen, die Kollegen und Kolleginnen in der eigenen Einrichtung dabei helfen, über schwierige Ereignisse, die sie erlebt haben, zu sprechen und diese zu verarbeiten. Sie sind dafür ausgebildet, einfache Beurteilungen vorzunehmen und Kollegen bei Bedarf dabei zu helfen, weitere Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Krisenhelfer:innen sind die Ansprechpartner im Bereich der psychischen und sozialen Betreuung, die zum Krisenhilfeprogramm der Gemeinde gehören. Dieses besteht aus Vertretern und Vertreterinnen verschiedener Verwaltungsbereiche der Gemeinde, wie der Feuerwehr und dem Sozialdienst. Ihre Aufgabe ist es, Betroffenen in akuten Krisensituationen psychosoziale Unterstützung zu bieten, bis Angehörige vor Ort sind, sowie den Betroffenen bei Bedarf dabei zu helfen, weitere medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Im Anschluss an den Einsatz bei einem Suizidalarm wurden Gruppengespräche organisiert. Feuerwehrleute konnten sekundär betroffen sein, nachdem sie beim Suizidalarm psychisch belastenden Erlebnissen und Stress ausgesetzt waren. Die Unterstützungsgespräche wurden von geschultem Personal geleitet und waren darauf ausgelegt, sofortige kollegiale Unterstützung zu bieten, Stressreaktionen zu reduzieren und die Erholung der Feuerwehrleute zu beschleunigen. Entlastungsgespräche gaben den Mitarbeitenden nach Suizidereignissen die Möglichkeit, den Hergang und die Rollen zu klären, sich ein Gesamtbild des Vorfalls zu verschaffen, über das Geschehene, Stressreaktionen, Verluste und Bewältigungsstrategien in einer sicheren und unterstützenden Umgebung mit Kollegen zu sprechen. Während der Unterstützungsgespräche sprachen die Teilnehmer:innen über die Kommunikation bei Suizidalarmen, bewerteten den Umgang mit akuten Suizidfällen, um festzustellen, was gut funktioniert hatte und was verbessert werden konnte, welche Fehler gemacht worden waren und ob Ressourcen zur Verfügung standen.

## Diskussion

Dieser Artikel sollte ein Verständnis dafür vermitteln, wie die Zusammenarbeit im Bereich der Suizidprävention in einer südschwedischen Region organisiert ist. Aus den Ergebnissen gingen fünf Themen hervor: (1) ein regionaler Suizidpräventionskoordinator und gemeindespezifische Suizidpräventi-

onskoordinatoren in den Gemeinden der Region sowie die Anwendung regionaler und kommunaler Aktionspläne zur Suizidprävention, (2) die koordinierende Rolle der Feuerwehr in der Suizidprävention mit interorganisatorischen Kooperationsgruppen, operative Einsätze bei Suizidalarmen und Krisenunterstützung nach einem Suizid für Angehörige und Fachkräfte, die zu einem Suizidalarm ausgerückt sind, (3) ein gemeinsamer Alarmplan bei Suizidgefahr für Notrufzentrale, Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienst, (4) interorganisatorisches Lernen der kooperierenden Akteure hinsichtlich Fachkompetenzen und der Übernahme von Verantwortung für die Einhaltung des gemeinsamen Alarmplans und (5) Krisenhilfe.

Die Suizidpräventionsarbeit erhielt eine organisatorische Verankerung bei der Feuerwehr, die von ihren Erfahrungen in der Unfallverhütung profitieren konnte und in ihrer Arbeit häufig mit suizidgefährdeten Personen in Kontakt kommt. Die Suizidpräventionsarbeit wurde sichtbar und bezog alle Verwaltungsbereiche der Gemeinden mit ein, da sie Teil der Unfallverhütungsarbeit der Gemeinden war. Die Studienteilnehmer:innen empfanden, dass sie von den kollegialen Netzwerken profitieren konnten, die in den Suizidpräventions-Kooperationsgruppen entstanden waren. Das Vertrauen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen wurde gestärkt und erleichterte die Zusammenarbeit bei Suizidalarmen. Statistiken zu Suiziden in der Region wurden für die Nachverfolgung und Analyse sowie als wichtige Grundlage für die Gestaltung suizidpräventiver Maßnahmen genutzt. Die suizidpräventive Zusammenarbeit in der Region wurde durch einen regionalen Koordinator für Suizidprävention und die Finanzierung gemeindespezifischer suizidpräventiver Koordinatoren in den Gemeinden der Region weiter gestärkt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Zusammenarbeit zur Suizidprävention in der untersuchten Region von der Feuerwehr koordiniert wurde, die für die präventive Koordinierung von Notfalleinsätzen bei Suizidvorfällen zuständig war; diese Aufgabe wurde später von der Feuerwehr, Polizei und Notrufzentrale gemeinsam wahrgenommen. Die Kooperationspartner tauschten Lagebilder, Arbeitsweisen, Zuständigkeiten und Informationen zur Krisenbetreuung nach einem Suizid aus. Der regionale Koordinator für Suizidprävention war für die Strategie zur Suizidprävention sowie für die Ausbildung kommunaler Suizidpräventionskoordinatoren für die dreizehn Gemeinden in der untersuchten Region verantwortlich, um eine breite Umsetzung der Strategien in den kommunalen Einrichtungen zu ermöglichen.

Die Priorisierung von Zusammenarbeit, gemeinsamen Fähigkeiten, Fachwissen und Ressourcen im Rahmen der suizidpräventiven Zusammenarbeit durch die Kooperationspartner in der untersuchten Region schuf interorganisatorische Resilienz, um Suizidrisiken und Belastungen zu bewältigen sowie sich an Veränderungen bei akuten suizidalen Vorfällen, im Krisenmanagement und bei der Suizidprävention anzupassen. Der unmittelbare Vorteil eines gemeinsamen Plans für Suizidinterventionen bestand darin, dass die Feuerwehrwachen zahlreich

und geografisch verteilt waren und über Vollzeit- und Teilzeitstationen verfügten. Im Gegensatz dazu war die Polizei nur an drei Standorten in der Region präsent. Dies bedeutete, dass die Feuerwehr schneller an Orte gelangen konnten, an denen suizidale Notfälle eingetreten waren. Die beschriebene suizidpräventive Arbeitsweise funktionierte sowohl in ländlichen als auch in städtischen Gebieten.

Das gegenseitige Vertrauen und die Unterstützung, die in den suizidpräventiven Kooperationsgruppen entstanden, erleichterten die Bündelung von Ressourcen und die Zusammenarbeit bei Suizidalarmmeldungen. Nachdem die Kooperationspartner ein Bewusstsein für die Rollen der verschiedenen Organisationen erworben hatten, wurde es einfacher, einander um Hilfe zu bitten, auf gemeinsame Ziele hinzuarbeiten und die Flexibilität bei suizidpräventiven Aktivitäten zu erhöhen.

Der Umgang mit suizidalen Notfällen kann sich unmittelbar auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Fachkräften in der Suizidprävention auswirken. Die Analyse zeigte, dass die Zusammenarbeit zwischen Organisationen im Bereich der Suizidprävention nicht nur für suizidgefährdete Personen und deren soziales Netzwerk entscheidend war, sondern auch für die Krisenbetreuung von Feuerwehrleuten, da die Mitarbeiter:innen der Feuerwehr von Psychiatern und Rettungssanitätern Methoden und Prinzipien der Selbstfürsorge und der psychischen Ersten Hilfe erlernten, was das Risiko eines sekundären Traumas verringerte. Diese Ergebnisse veranschaulichen eine praktische Umsetzung der von Buser (2023) geforderten verstärkten Präsenz psychologischer Gesundheitsversorgung bei der Feuerwehr, angesichts des hohen Stressniveaus bei der Rettungsarbeit, der Exposition der Feuerwehrleute gegenüber traumatischen Ereignissen und der hohen Suizidrate unter Feuerwehrleuten.

Abschließend zeigte diese Untersuchung, wie Leitstelle, Feuerwehr, Rettungsdienst und Polizei gemeinsam mit suizidalen Notfällen umgingen, und liefert Erkenntnisse und Verständnis für die Zusammenarbeit bei der Suizidprävention. Die Studie leistet einen Beitrag zur Theorie der suizidpräventiven Zusammenarbeit, indem sie suizidpräventive Arbeitsweisen, Strategien, Prioritäten und Vorgehensweisen darlegt, die an lokale und regionale Gegebenheiten an anderen Orten der Welt angepasst und dort angewendet werden können.

Die untersuchte Region in Südschweden besteht hauptsächlich aus dünn besiedelten Gebieten mit größeren Entfernungen zu psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in den Städten der Region, weshalb die Koordinierungsrolle der Feuerwehr eine Möglichkeit darstellte. Die Anwendbarkeit dieses Modells für Deutschland könnte eine Alternative in dünner besiedelten Regionen mit größeren Entfernungen zur psychiatrischen Versorgung darstellen.

Die Hauptbeschränkungen der Feldstudie mit Beobachtungen, Interviews und Gruppeninterviews als Forschungsmethoden bestanden darin, dass sie zeitaufwändig und ressourceninten-

siv war, mit einer langen Feldarbeit, begrenzter Verallgemeinerbarkeit, Beobachterverzerrung und Subjektivität in Form der eigenen Wertvorstellungen und der Anwesenheit des Forschers, die das Beobachtete beeinflussen können, sowie ethische Herausforderungen wie Risiken für die Teilnehmer:innen und Herausforderungen beim Umgang mit vertraulichen Informationen. Als Forschungsmethode wurde die Feldstudie gewählt, um ein tiefes Verständnis zu erlangen, und in dem Bewusstsein, dass es sich um einen subjektiven und zeitaufwändigen Prozess handelte.

Der Autor führte die 30 qualitativen Einzelinterviews eigenhändig durch; diese wurden einer Referenzgruppe aus drei Forschern und vier Führungskräften des Rettungsdienstes vorgelegt. Vorteile der qualitativen Interviews bestanden darin, dass sie Einblicke in die Gedanken, Gefühle und Erfahrungen der Befragten hinsichtlich der Zusammenarbeit bei der Suizidprävention lieferten. Der Forscher gewann ein Verständnis dafür, wie und warum die Zusammenarbeit zustande kam, und nicht nur dafür, was geschah. Die Interviews bei den drei Rettungsdiensten wurden im Laufe der Gespräche angepasst. Der Forscher stellte Folgefragen und bat um Klarstellungen. Die Interviews ermöglichten es, die Welt aus der Perspektive der Teilnehmer:innen zu verstehen. Dies sorgte für Validität hinsichtlich der Erfassung der subjektiven Erfahrungen der Befragten. Die qualitativen Interviews berücksichtigten die organisatorischen Kontexte, in denen die Interviews durchgeführt wurden. Da qualitative Interviews offen gestaltet waren, konnte der Forscher Muster erkennen, an die er zuvor nicht gedacht hatte. Zusammenfassend boten qualitative Interviews Tiefe, Flexibilität und Verständnis für die Perspektiven und den Kontext der Befragten, was es ermöglichte, komplexe und menschliche Aspekte der Zusammenarbeit in der Suizidprävention zu untersuchen.

Eine der größten Limitationen dieser Studie, die typisch für Feldstudien mit Beobachtungen und Interviews ist, bestehen darin, dass die Zahl der Teilnehmer:innen begrenzt war und der Großteil aus dem Rettungsdienst stammte, während nur zwei aus der Polizei kamen. Der Autor führte zudem kürzere Interviews mit Vertretern:innen des Rettungsdienstes, der Akutpsychiatrie, des Sozialdienstes und des Schülergesundheitsdienstes im Rahmen von Kooperationssitzungen zur Suizidprävention durch, an denen er im Zeitraum 2018–2025 teilnahm. Die Schulsozialarbeiter, die an den Kooperationssitzungen zur Suizidprävention teilnahmen, fungierten hauptsächlich als Zuhörer und leisteten nur einen minimalen Beitrag zu den Diskussionen, was dadurch erklärt werden kann, dass sie aufgrund der Schweigepflicht keine Angaben zu ihren Klienten machen dürfen.

Es bedarf weiterer Forschung, um Hindernisse und Triebkräfte für die Zusammenarbeit in der Suizidprävention besser zu verstehen, mit dem Ziel, das soziale Sicherheitsnetz zur Suizidprävention zu stärken. Als Triebkräfte für die suizidpräventive Zusammenarbeit wurden in dieser Studie identifiziert, dass sie nicht nur die Wahrnehmung der Aufgaben ermöglichte, für die

die eigene Organisation einen gesellschaftlichen Auftrag hat, sondern auch ein Verständnis für die Zuständigkeiten, Aufgaben und Mandate der kooperierenden Organisationen schuf. Die Kooperationspartner tauschten ihre Fachkompetenzen untereinander aus, um gemeinsam suizidgefährdete Personen zu unterstützen. Hindernisse für die Zusammenarbeit bestanden darin, die Kontinuität des Engagements in der Suizidpräventionsarbeit in jeder teilnehmenden Organisation aufrechtzuerhalten, was auf die Personengebundenheit zurückzuführen war, sowie darin, dass suizidpräventive Kompetenzen nicht in ausreichendem Maße an Kollegen weitergegeben wurden. Neben neuen Erkenntnissen über die strukturellen und relationalen Aspekte der suizidpräventiven Zusammenarbeit kann diese Studie als Modell für die Forschung dienen, um die suizidpräventive Zusammenarbeit in anderen psychosozialen Gesundheits- und Pflegeumgebungen in Deutschland und anderen Ländern besser zu verstehen.

## Literatur

- Andriessen K (2009) Can postvention be prevention? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 30:43–47. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43>
- Atkinson P (2015) *For Ethnography*. Sage Publications
- Baber K, Bean G (2009) Frameworks: A community-based approach to preventing youth suicide. *Journal of Community Psychology* 37(6):684–696
- Ballard ED, Cui L, Vandeleur C, Castelao E, Zarate CA Jr., Preisig M, Merikangas KR (2019) Familial aggregation and coaggregation of suicide attempts and comorbid mental disorders in adults. *JAMA Psychiatry* 76(8):826–833. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0248>
- Bean G, Baber K (2011) Connect: An effective community-based youth suicide prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*
- Braun V, Clarke V (2021) One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology* 18(3):328–352
- Bouveng O, Bengtsson FA, Carlborg A (2017) First-year follow-up of the Psychiatric Emergency Response Team (PAM) in Stockholm County, Sweden: A descriptive study. *International Journal of Mental Health* 46(2):65–73
- Bryan CJ (2020) The temporal dynamics of the wish to live and the wish to die among suicidal individuals. In: AC Page, WGK Stritzke (Eds.) *Alternatives to suicide: Beyond risk and toward a life worth living* (pp. 71–88). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814297-4.00004-2>
- Bryan CJ (2022) *Rethinking suicide: why prevention fails and how we can do better*. Oxford University Press
- Buser SJ (2023) *Mental Health Issues in the Fire Service*. In: ML Bourke, VB Van Hasselt, SJ Buser (Eds.) *First Responder Mental Health* (Pp. 483–504). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-38149-2\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-031-38149-2_2)
- Cramer RJ, Kapusta ND (2017) *A Social-Ecological Framework of Theory, Assessment, and Prevention of Suicide*. *Frontiers in Psychology* 8:1756
- Die schwedische Behörde für öffentliche Gesundheit (2026) Statistiken zum Suizid. Verfügbar unter: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/vara-amnesomraden/suicidprevention/statistik-om-suicid> (Zugriff am: 12.05.2026).
- Gobo G (2008) *Doing Ethnography*. Sage Publications
- Hawton K, van Heeringen K (2009) Suicide. *Lancet* 18:1372–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Houle J, Poulin C, van Nieuwenhuysse H (2010) Improving Continuity of Care for Suicidal Persons Through Collaboration Between Hospitals and Community-Based Services. *Canadian Journal of Community Mental Health* 29:123–134. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2010-0010>
- Huxham C (2003) Theorizing collaboration practice. *Public Management Review* 5(3):401–423. <https://doi.org/10.1080/1471903032000146964>
- Jordan JR (2017) Postvention is prevention – The case for suicide postvention. *Death Studies* 41:614–621. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335544>
- Koch BJ (2010) The psychological impact on police officers of being first responders to completed suicides. *Journal of Police and Criminal* 25:90–98. <https://doi.org/10.1007/s11896-010-9070-y>
- Lindström V, Stureson L, Carlborg A (2020) Patients' experiences of the caring encounter with the psychiatric emergency response team in the emergency medical service-A qualitative interview study. *Health Expect* Apr 23(2):442–449
- Menger LM, Stallones L, Cross JE, Henry KL, Chen, PY (2015) Strengthening suicide prevention networks: Interorganizational collaboration and tie strength. *Network Analysis for Social and Community Interventions* 24:155–165. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.07.005>
- Spence W, Millott J (2016) An exploration of attitudes and support needs of police officer negotiators involved in suicide negotiation. *Police Practice and Research* 17:5–21. <https://doi.org/10.1080/15614263.2014.961455>

## Finanzierung

Das Forschungsprojekt wurde von der Bundesbehörde für Gesundheit finanziert.

Eingegangen: 07.02.2026

Angenommen: 16.05.2026

## Korrespondenzadresse

Dr. phil. Karl Hedman, Dozent für Führung und Organisation im Gesundheitswesen  
Institut für Arbeitsleben und soziale Wohlfahrt  
Hochschule Borås  
Borås, Schweden  
E-Mail: karl.hedman@hb.se

## Suizide, Suizidversuche und Suizidgedanken: Epidemiologische Daten aus Schweden

Im Jahr 2024 starben in Schweden insgesamt 1.230 Personen durch Suizid, darunter 859 Männer und 371 Frauen. Zehn der Verstorbenen waren Kinder unter 15 Jahren. Zusätzlich wurden 223 Todesfälle registriert, bei denen ein Suizidverdacht bestand, die Intention jedoch nicht eindeutig festgestellt werden konnte. In der Bevölkerung ab 15 Jahren lag die Suizidrate bei Männern bei 19 und bei Frauen bei 8 pro 100.000 Einwohner. Die höchste Suizidrate wurde mit 41 pro 100.000 Einwohner bei Männern im Alter von 85 Jahren und älter verzeichnet, während die niedrigste Rate mit 5 pro 100.000 Einwohner bei Frauen im Alter von 15 bis 29 Jahren lag.

Die Entwicklung der Suizidraten in Schweden zeigt, dass diese ihren Höchststand in den 1970er Jahren erreichten und seither rückläufig sind. In den vergangenen drei Jahrzehnten war der Rückgang insbesondere bei Männern ausgeprägt, während die Suizidraten bei Frauen weitgehend konstant blieben. Der stärkste Rückgang wurde bei Männern im Alter zwischen 65 und 84 Jahren beobachtet. Hingegen ist bei Männern im Alter von 20 bis 29 Jahren ein leichter Anstieg der Suizidrate festzustellen, während sich bei den 15- bis 19-Jährigen keine wesentlichen Veränderungen zeigen. Im Vergleich zum Vorjahr war im Jahr 2024 insgesamt ein leichter Rückgang der Suizidrate zu verzeichnen.

Die häufigsten Suizidmethoden in Schweden sind Erhängen und Vergiftung. Bei Männern stellt Erhängen die am häufigsten angewandte Methode dar, gefolgt von Vergiftung und dem Einsatz von Schusswaffen. Bei Frauen treten Vergiftung und Erhängen in ähnlicher Häufigkeit auf, während Schusswaffen nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Die dargestellten Daten wurden von der Folkhälsomyndigheten veröffentlicht (2026).

Verfügbar unter Folkhälsomyndigheten – Statistik om suicid:

[https://www.folkhalsomyndigheten.se/vara-amnesomraden/suicidprevention/statistik-om-suicid?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.folkhalsomyndigheten.se/vara-amnesomraden/suicidprevention/statistik-om-suicid?utm_source=chatgpt.com)  
(Zugriff am 12.05.2026).

Im Jahr 2024 wurden etwa 11.000 Personen infolge eines Suizidversuchs medizinisch behandelt. Besonders häufig betroffen waren Mädchen und Frauen unter 30 Jahren. Dabei zeigten sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in den jüngeren Altersgruppen: In der Altersgruppe der 10- bis 17-Jährigen lag der Anteil der behandelten Mädchen um ein Vielfaches höher als jener der Jungen. Bei den 18- bis 29-Jährigen war der Anteil der behandelten Frauen mehr als doppelt so hoch wie jener der Männer. In höheren Altersgruppen fielen die geschlechtsspezifischen Unterschiede deutlich geringer aus. Lediglich in der Altersgruppe ab 85 Jahren wurden mehr Männer als Frauen aufgrund eines Suizidversuchs behandelt.

In den meisten Fällen erfolgte die medizinische Behandlung aufgrund einer Vergiftung. Dies galt sowohl für Männer als auch für Frauen und über verschiedene Altersgruppen hinweg. Im Jahr 2024 hatten insgesamt 68 % der Männer und 77 % der Frauen im Rahmen eines Suizidversuchs Vergiftungsmittel eingenommen.

Darüberhinaus gaben knapp 4 % der schwedischen Bevölkerung ab 16 Jahren an, im Jahr 2024 Suizidgedanken gehabt zu haben. Zwischen Frauen und Männern bestanden hierbei keine Unterschiede. Besonders häufig wurden Suizidgedanken in der Altersgruppe der 16- bis 29-Jährigen berichtet: 8 % dieser Altersgruppe gaben an, im Verlauf des vergangenen Jahres entsprechende Gedanken gehabt zu haben. Bei Personen über 65 Jahren lag dieser Anteil hingegen bei lediglich 1 %.

Um die digitale Version zu lesen, können Sie entweder den QR-Code einscannen (z. B. mit Ihrem Smartphone oder Tablet) oder den Link in Ihren Browser kopieren, um das Heft online abzurufen:

**Link:** <https://roderer-verlag.de/sp205>

Bitte verwenden Sie, wenn Sie bei der Öffnung der Datei dazu aufgefordert werden, folgendes Passwort: **sp205** (bitte auf Groß- und Kleinschreibweise achten)

QR-Code:



# Projekt Saltho – Suizidprävention in Altenhilfe und hospizlich-palliativer Versorgung

Johanna Möller<sup>1</sup>

*Keywords: Suicide prevention, elderly care, hospice care, palliative care*

## Zusammenfassung

Im März 2024 startete der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. das Projekt Suizidprävention in Altenhilfe und hospizlich-palliativer Versorgung (Saltho). Das Projekt hat zum Ziel, Haupt- und Ehrenamtliche, An- und Zugehörige als auch betroffene Personen aus den verschiedenen Bereichen der Altenhilfe und -pflege sowie dem hospizlich-palliativen Bereich im Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen zu stärken. Dazu wurde zunächst eine Umfrage innerhalb des Verbands zu den Erfahrungen der Zielgruppen durchgeführt und verschiedene Informationsmaterialien im Online- als auch Printformat entwickelt. Im weiteren Verlauf des Projekts wurden schließlich niedrigschwellige Onlineschulungen zum Umgang mit suizidalen Krisen angeboten. Es zeigt sich, dass der Themenkomplex auf großes Interesse innerhalb der verschiedenen Akteur:innen stößt und Bedarfe in der Fort- und Weiterbildung bestehen. Dabei müssen die Maßnahmen jedoch so geplant und umgesetzt werden, dass sie sich in den Berufsalltag von Pflegefachpersonen integrieren lassen.

*Schlüsselwörter: Suizidprävention, Altenpflege, Hospizversorgung, Palliativversorgung*

## Saltho Project – Suicide prevention in elderly care and hospice palliative care

### Abstract

In March 2024, the Diocesan Caritas Association for the Archdiocese of Cologne launched the Suicide Prevention in Elderly Care and Hospice-Palliative Care (Saltho) project. The project aims to empower full-time and volunteer staff, relatives and associates, as well as affected individuals from various areas of elderly care and hospice and palliative care, in dealing with suicidal tendencies and death wishes. To this end, a survey was first conducted within the association on the experiences of the target groups, and various information materials were developed in both online and print formats. As the project progressed, low-threshold online training courses on dealing with suicidal crises were offered. It is clear that the topic is of great interest to the various stakeholders and that there is a need for further training and education. However, the measures must be planned and implemented in such a way that they can be integrated into the everyday working lives of nursing professionals.

## Einleitung

Ältere Menschen sind eine Hochrisikogruppe für Suizidalität (Lindner et al. 2021). Dies unterstreichen erneut die aktuellen Zahlen für das Jahr 2024, in dem sich in Deutschland insg. 10.372 Personen das Leben genommen haben (Statistisches Bundesamt 2025). Dabei macht die Altersgruppe der über 50-jährigen mit knapp 74 % die deutliche Mehrheit der Suizide aus (Wache und Fiedler 2025). Besonders bei Betrachtung der Suizidraten wird deutlich, dass das Risiko durch Suizid zu versterben mit höherem Alter weiter steigt (ebd.). Dies schließt somit Personen ein, die Nutzer:innen der verschiedenen Angebote innerhalb unserer gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen sind. Darunter Bewohner:innen der stationären Langzeitpflege, Kund:innen der ambulanten Pflege und Tagespflege, Menschen, die in Angeboten der offenen sozialen Altenarbeit eingebunden sind, sowie schließlich Personen, die speziell in Einrichtungen und Diensten der hospizlich-palliativen Versorgung in ihrer letzten Lebensphase begleitet werden.

In diesem Zusammenhang werden besonders die haupt- und ehrenamtlichen Akteur:innen der oben genannten Versorgungssettings vor verschiedene Herausforderung in der Begleitung älterer Menschen mit Suizidgedanken oder Todeswünschen gestellt. Oftmals herrschen Unsicherheiten, wie betroffenen Personen begegnet werden kann, und es fehlt den Betroffenen, die sich in leidvollen Situationen befinden, sowie deren An- und Zugehörigen, Wissen um die Möglichkeiten und Grenzen der palliativen Versorgung. Vor diesem Hintergrund startete der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. (DiCV) im März 2024 das Projekt Saltho „Suizidprävention in Altenhilfe und hospizlich-palliativer Versorgung“. Es streckt sich über einen Zeitraum von 2 ½ Jahren und wird gefördert von der Deutschen Fernsehlotterie. Ziel des Projekts ist es, betroffene Personen, An- und Zugehörige als auch Haupt- und Ehrenamtliche im Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen zu stärken. Dazu wurden Materialien und Maßnahmen entwickelt, die die verschiedenen Akteur:innen im Umgang mit betroffenen Personen sensibilisieren und unterstützen sollen. Als Spitzenverband vertritt und berät der DiCV unter anderem ca. 160 stationäre Pflegeeinrichtungen, 70 ambulante Pflegedienste, 36 stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und 42 Krankenhäuser.

## Aufbereitung und Bereitstellung zielgruppenspezifischer Informationen

Zu Beginn des Projekts wurden fachliche Hintergründe zu den Themen Suizidalität und Todeswünsche gebündelt, auf-

<sup>1</sup> Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., Referentin für Suizidprävention in Altenhilfe- und hospizlich-palliativer Versorgung

bereitet und auf der Webseite [www.saltho.de](http://www.saltho.de) zur Verfügung gestellt. Dabei sind Webseite und Inhalte so aufgebaut, dass sie sich gezielt an die verschiedenen Zielgruppen im Sinne von Haupt- und Ehrenamtlichen, An- und Zugehörigen und den Betroffenen wendet. Neben fachlichen Informationen enthält sie Tipps und Hinweise zum Umgang mit suizidalen Personen. Darüber hinaus wird in der Informationsvermittlung zwischen Suizidalität im Alter und Todeswünschen unterschieden, um eine differenzierte Betrachtung beider Phänomene hervorzuheben. Im Verlauf des Projekts wurden schließlich weitere verwandte Themen aufgenommen, bei denen sich im Austausch mit den Akteur:innen aus der Praxis zeigte, dass vertiefende Informationen benötigt werden. Darunter Informationen über Palliativ- und Hospizversorgung, den assistierten Suizid und den freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. Gleichzeitig stellt die Webseite einen Überblick bestehender Hilfsmöglichkeiten für die einzelne Zielgruppen zur Verfügung.

Zusätzlich zum digitalen Angebot wurde ein Flyer erstellt, der über Risikofaktoren, Warnsignale und Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich Suizidalität im Alter aufklärt. In Zuge dessen wurde ebenfalls ein Sicherheitsplan für Personen in emotionalen Krisen in Standardsprache und Einfacher Sprache entworfen. Der Plan zeigt betroffenen Personen Handlungsstrategien auf, mit denen sie eigenständig eine Zuspitzung ihrer Lage vermeiden können. Dabei richtet er den Blick auf die Stärken und Ressourcen der betroffenen Person und ist so strukturiert, dass er mit Maßnahmen beginnt, die selbstständig umsetzbar sind, und mit Notfallkontakten abschließt, an die sich die betroffene Person bei akuter Gefährdung oder in einer Krise wenden kann. Alle Materialien werden den Mitglieðereinrichtungen des DiCV als Printversionen kostenfrei zur Verfügung gestellt und stehen darüber hinaus als Download öffentlich zur freien Verfügung.

### **Bedarfserhebung und Sensibilisierung der Mitglieðereinrichtungen**

Neben der Bereitstellung von Informationen erfolgte in einer weiteren Phase des Projekts eine Bedarfserhebung bei den verschiedenen Akteur:innen aus den Bereichen der Altenhilfe und -pflege sowie der hospizlich-palliativen Versorgung innerhalb des DiCV. An der nicht-repräsentativen Umfrage haben insg. 87 Personen teilgenommen und uns ihre Erfahrungen und Bedarfe im Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen bei Klient:innen bzw. Bewohner:innen mitgeteilt. Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 52,7 Jahre alt und überwiegend weiblich (77 %). In der Umfrage zeigte sich, dass ca. 69 % aller Teilnehmenden in der Vergangenheit bereits direkte Suizidneigungen (definiert als eindeutige Absichten oder Handlungen) bei Klient:innen bzw. Bewohner:innen beobachtet haben (67 % manchmal, 2 % häufig). Indirekte Suizidneigungen (z.B. Verweigerung von Nahrung oder Medikamenten, gewollte Verwahrlosung) wurden ebenfalls von einer Mehrheit der Befragten in der Vergangenheit beobachtet (75 % manchmal, 16,7 % häufig).

Bei der Frage nach Todeswünschen (z. B. Lebensmüdigkeit oder Aussagen wie „Ich wünschte, es wäre morgen vorbei“, „Ich möchte so nicht mehr leben“, „Ich möchte morgen nicht mehr aufwachen“ etc.) haben lediglich knapp 2 % der Personen angegeben, diese in der Vergangenheit noch nie beobachtet zu haben.

Darüber hinaus wurde in offenen Fragen unter anderem nach bewährten Reaktionsweisen im Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen sowie gewünschter Unterstützung von Seiten des Trägers/der Einrichtung gefragt. Hinsichtlich bewährter Reaktionsweisen gaben uns insgesamt 80 Personen eine Rückmeldung. Dort beschrieben die Teilnehmenden unter anderem die Relevanz eines offenen Gesprächs mit der betroffenen Person (n = 34), den Nutzen einer interdisziplinären Zusammenarbeit (n = 23) sowie eines verständnisvollen Umgangs, der von Empathie und Offenheit geprägt ist (n = 42). Hinsichtlich der gewünschten Unterstützung von Seiten des Trägers antworteten uns 75 Personen. In diesem Zusammenhang konnten die Antworten überwiegend dem Wunsch nach Schulungs- und Fortbildungsangeboten (n = 21) zugeordnet werden. Weitere Angaben bezogen sich bspw. auf die Etablierung einer Beratungsstelle (n = 4), auf den Wunsch nach einer klaren Ansprechperson (n = 4), einer Positionierung des Trägers (n = 5), dem Aufbrechen des Tabus um Suizid (n = 7), dem Wunsch nach mehr Personal (n = 7) und 10 Personen sahen keinen weiteren Unterstützungsbedarf von Seiten des Trägers/der Einrichtung. Weitere Antworten verteilten sich auf unterschiedliche, vereinzelte Bereiche und drei Angaben konnten nicht zugeordnet werden. Weitere Ergebnisse sowie eine ausführlichere Beschreibung der Erhebungsmethode können unter [www.saltho.de/news](http://www.saltho.de/news) eingesehen werden.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein Großteil der Akteur:innen in der Altenhilfe und Altenpflege sowie in der hospizlich-palliativen Versorgung im Verlauf ihres Berufslebens bereits mit Suizidalität und Todeswünschen konfrontiert war. Dabei bringen sie bereits unterschiedliche Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten mit, um Menschen mit Todeswünschen oder Suizidgedanken im beruflichen Alltag kompetent begegnen zu können. Gleichzeitig wird jedoch deutlich, dass weiterer Bedarf an praxisnaher Weiterbildung sowie an strukturierten Gelegenheiten zum fachlichen Austausch besteht, um Sicherheit im Umgang mit diesen Themen zu stärken.

Neben dem aufgezeigten individuellen und fachlichen Unterstützungsbedarf war auch die strukturelle Verankerung des Themas ein zentrales Element der Projektarbeit. Über die Gremienstruktur des Verbandes wurden deshalb gezielt Gatekeeper über die Projektinhalte sowie über erste fachliche Hintergründe informiert und sensibilisiert (z. B. ältere Menschen als Risikogruppe für Suizid, aktuelle politische Entwicklungen hinsichtlich Suizidprävention und Suizidassistenten). Dadurch wurde die Thematik um Suizidalität in die Einrichtungen und Dienste getragen und ein direkter Austausch mit der Praxis sichergestellt. In diesem Rahmen wurde ebenfalls eine Projektgruppe ins Leben gerufen, die sich aus verschiedenen Ver-

treter:innen der Altenpflege und hospizlich-palliativen Versorgung zusammensetzt.

Die Gruppe begleitete die Umsetzung von Maßnahmen im Projekt, so auch die Erstellung von zwei Orientierungshilfen für Einrichtungen und Dienste, die Hinweise zum Umgang mit Suizidalität und Suiziden im Alter sowie zum Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenten enthalten. Die Dokumente bündeln kurz und prägnant die wichtigsten Aspekte für Mitarbeitende und Leitungen im Umgang mit den beiden genannten Themenkomplexen. So beinhaltet die Orientierungshilfe zum Umgang mit Suizidalität und Suiziden im Alter, was Einrichtungen und Dienste tun können, wenn sie Menschen mit Suizidgedanken betreuen, als auch Hinweise, was nach einem Suizid(-versuch) beachtet werden sollte. Die Orientierungshilfe zum Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenten geht zusätzlich auf Grundhaltungen ein, wie sich Einrichtungen und Dienste auf das Thema Suizidassistenten vorbereiten können und welche Möglichkeiten es im Umgang mit konkreten Anfragen gibt.

### **Bereitstellung niedrigschwelliger Schulungsangebote**

Um die ermittelten Bedarfe aus der Umfrage aufzugreifen und Haupt- und Ehrenamtliche im Umgang mit suizidalen Personen in ihren Handlungskompetenzen zu unterstützen, wurden Online-Basisschulungen in Kooperation mit dem Verein für Niedrigschwellige Suizidprävention e. V. angeboten. Dazu wurden die Schulungen zunächst mit einer Dauer von insg. 3 Stunden eher kurzgehalten, damit es Fachkräften aus der Pflege möglich ist, diese in ihren oft eng getakteten Berufsalltag integrieren zu können. Die Schulungen vermitteln Basiskenntnisse zu den theoretischen Hintergründen in Bezug auf Suizidalität und dem Erkennen psychosozialer Krisen. Außerdem werden die Teilnehmenden für Risikofaktoren und Warnsignale sensibilisiert und gemeinsam Handlungsmöglichkeiten erarbeitet. Ergänzt wird die Schulung durch praktische Übungen, die Techniken der Gesprächsführung und erste Handlungsschritte im Umgang mit suizidalen Personen vermitteln. Nach einer ersten Durchführung von insg. vier Schulungen im Jahr 2025 wurde die Dauer auf 3 ½ Stunden erhöht, um eine differenzierte Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung in der Suizidprävention vertieft zu ermöglichen. Bis zu Projektende sind drei weitere dieser Schulungen geplant, wodurch 140 – 175 Personen aus den verschiedenen Gesundheitsbereichen erreicht werden.

Ergänzend dazu wurden auf Anfrage tiefergehende Workshops und Vorträge in Präsenz und digital bei Mitgliedseinrichtungen und auch externen Organisationen und Verbänden durchgeführt.

### **Fazit und Perspektiven**

Die Äußerung von Suizidgedanken und Todeswünschen können An- und Zugehörige sowie Haupt- und Ehrenamtliche vor große Herausforderungen stellen. Die derzeitigen politischen

und gesellschaftlichen Diskussionen um den assistierten Suizid und das Warten auf rechtliche Regelungen verstärken zudem bestehende Unsicherheiten. An dieser Stelle möchte das Projekt Saltho einen Beitrag zur Sensibilisierung und Stärkung wichtiger Akteur:innen in den Bereichen der Altenhilfe und hospizlich-palliativen Versorgung leisten.

Dabei stößt der Themenkomplex rund um Suizidalität auf große Resonanz und Interesse bei den unterschiedlichen Zielgruppen des Projekts. Gleichzeitig zeigt unsere Umfrage, dass innerhalb der verschiedenen Einrichtungen und Dienste die Befragten bereits vielfach mit indirekten und direkten suizidalen Handlungen als auch mit Todeswünschen in Berührung kommen. Vor diesem Hintergrund wird auch ein großer Bedarf an Weiterbildungs- und Informationsangeboten wahrgenommen, die den Haupt- und Ehrenamtlichen Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit betroffenen Personen vermitteln und Möglichkeiten zur persönlichen und fachlichen Auseinandersetzung mit der Thematik ermöglichen. In der Umsetzung dieser Angebote sollte darauf geachtet werden, dass diese so niedrigschwellig wie möglich stattfinden, damit sie in den beruflichen Alltag von Pflegefachpersonen integriert werden können. Auch bei den von uns angebotenen Online-Schulungen zeigte sich, dass diese beispielsweise von Pflegefachkräften vergleichsweise seltener wahrgenommen wurden, was möglicherweise auf begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen zurückzuführen sein könnte.

Um dieser Herausforderung zu begegnen, könnten zukünftige Informations- und Schulungsmaßnahmen speziell als In-house-Formate angeboten werden bzw. Zeiträume innerhalb der Einrichtungen und Dienste genutzt werden, die bereits fest in den Abläufen von Hauptamtlichen verankert sind (z. B. Dienst- oder Teambesprechungen). Auf diese Weise werden Zeitkontingente der Pflegefachkräfte genutzt, die bereits in den bestehenden Arbeitsstrukturen vorgesehen sind, ohne dass zusätzliche zeitliche oder personelle Ressourcen mobilisiert werden müssen.

Darüber hinaus zeigen sich innerhalb der einzelnen Einrichtungen und Dienste sowohl auf organisationaler Ebene als auch innerhalb von Teams unterschiedliche Haltungen in Zusammenhang mit den Themen Suizidalität, Todeswünsche und Suizidassistenten. An dieser Stelle sollten die beteiligten Akteur:innen aktiv in ihrer Haltungsbildung unterstützt und ein Raum für regelmäßige Reflektionen ermöglicht werden. Dies betrifft auch die Auseinandersetzung mit interkulturellen Perspektiven auf das Thema Lebensende, was Haupt- und Ehrenamtliche vor weitere Herausforderungen stellen kann.

Das Projekt Saltho wird zum 31. August 2026 abgeschlossen. Neben weiteren Informationsmaterialien zum Thema Palliativ- und Hospizversorgung sowie zum Umgang mit Todeswünschen soll abschließend eine Mustervorlage für einen Workshop zu Suizidprävention bei älteren Menschen erstellt werden. Durch eine Initiative des Erzbistums Köln zur nachhaltigen Förderung und Weiterentwicklung der palliativen

Begleitung und Suizidprävention in den Einrichtungen und Diensten der Caritas, wird es jedoch möglich sein, die hier vorgestellten Themen weiter zu bearbeiten und zu verstetigen.

## Literatur

Lindner R, Sperling U, Drinkmann A et al. (2021) Suizidalität im Alter. In: Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven. Schneider B, Lindner R, Giegling I, Müller S, Müller-Pein H, Rujescu D, Urban B, Fiedler G (Hrsg.) Deutsche Akademie für Suizidprävention, S 141-143. <https://doi.org/10.17170/kobra-202107014195>

Statistisches Bundesamt (2025) Todesursachen: Suizide. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>

Wache K, Fiedler G. (2025) Suizide in Deutschland 2025. <https://www.naspro.de/dl/2025-02-09-PM-Suizide-in%20Deutschland-2023.pdf>

Eingegangen: 17.03.2026

Angenommen: 11.05.2026

## Korrespondenzadresse

Johanna Möller, M. Sc.  
Referentin für Suizidprävention in Altenhilfe-  
und hospizlich-palliativer Versorgung  
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.  
Georgstraße 7  
50676 Köln  
E-Mail: Johanna.moeller@caritasnet.de

# Der geplante Abschied: Angehörige im Kontext des assistierten Suizids

Laura Hofmann<sup>1</sup>, Birgit Wagner<sup>1</sup>

## Zusammenfassung

Trotz der zunehmenden Anzahl assistierter Suizide in Deutschland finden Angehörige in öffentlichen Debatten und der Forschung bislang nur wenig Beachtung. Angehörige sind häufig bereits vor dem assistierten Suizid eng in organisatorische und emotionale Prozesse eingebunden und erleben dabei antizipatorische Trauer, moralische Konflikte sowie Belastungen im Zusammenhang mit der Planung und Durchführung des assistierten Suizids. Gleichzeitig können die Möglichkeit zur Vorbereitung auf den Tod, eine offene Kommunikation sowie eine bewusste Abschiednahme die Verlustverarbeitung positiv beeinflussen. Aufgrund der bislang begrenzten Studienlage fehlen insbesondere Längsschnittuntersuchungen zu langfristigen psychosozialen Folgen und psychischen Erkrankungen bei Angehörigen. Der vorliegende Beitrag beleuchtet spezifische Belastungsfaktoren sowie die Besonderheiten der Verlustverarbeitung von Angehörigen im Kontext des assistierten Suizids, auch im Vergleich zu Hinterbliebenen nach einem Suizid. Weiterhin werden bestehende Forschungslücken sowie Implikationen für psychosoziale Unterstützungsangebote für Angehörige vor und nach einem assistierten Suizid diskutiert.

**Schlüsselwörter:** Assistierter Suizid, Angehörige, Trauer, PTBS

## The Planned Goodbye: Relatives and Assisted Suicide

## Abstract

Despite the increasing number of assisted suicides in Germany, relatives have so far received little attention in public debate and research. Relatives are often closely involved in organizational and emotional processes even before the assisted suicide takes place and may experience anticipatory grief, moral conflicts, and psychological distress related to the planning and implementation of the assisted suicide. At the same time, the opportunity to prepare for the death, engage in open communication, and consciously say goodbye may positively influence bereavement and loss processing. Due to the currently limited body of research, longitudinal studies on long-term psychosocial consequences and mental health outcomes among relatives are still lacking. This article examines specific burden factors as well as characteristics of bereavement among relatives in the context of assisted suicide, including comparisons with individuals bereaved by suicide. In addition, existing research gaps and implications for psychosocial support services for relatives before and after an assisted suicide are discussed.

**Keywords:** assisted suicide, medical aid in dying, relatives, grief, PTSD

## Vorbemerkung

Unter **assistiertem Suizid** wird in der vorliegenden Arbeit die Bereitstellung eines tödlich wirkenden Mittels durch eine andere Person verstanden, wobei die letale Handlung durch die

<sup>1</sup> Abteilung für klinische Psychologie, Medical School Berlin, Berlin

betroffene Person eigenständig durchgeführt wird. Der assistierte Suizid ist in Deutschland unter bestimmten Voraussetzungen nicht strafbar.

Als **aktive Sterbehilfe** wird demgegenüber eine Handlung bezeichnet, bei der eine Ärztin oder ein Arzt auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin oder des Patienten eine tödliche Substanz selbst verabreicht und dadurch den Tod unmittelbar herbeiführt. Diese Form ist in Deutschland strafbar.

In der vorliegenden Arbeit werden teilweise internationale Studien einbezogen, die je nach rechtlichem Kontext sowohl assistierten Suizid als auch aktive Sterbehilfe untersuchen. In diesen Fällen werden die Begriffe klar benannt, um diese voneinander abzugrenzen.

## Hintergrund

Seit der Aufhebung des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung durch das Bundesverfassungsgericht im Februar 2020 nimmt die Anzahl assistierter Suizide in Deutschland kontinuierlich zu (Schildmann et al. 2026). Da bislang keine bundesweite Dokumentation der Sterbefälle existiert, liegen keine verlässlichen Gesamtzahlen vor. Die Einschätzungen der Sterbefälle durch assistierten Suizid basieren daher auf den von den Sterbehilfeorganisationen veröffentlichten Zahlen. Während im Jahr 2020 noch 109 Personen durch einen assistierten Suizid in Deutschland verstarben, wurden für das Jahr 2025 bereits 1.288 Fälle berichtet (DGHS 2025), wobei ein deutlicher Anstieg der dokumentierten Sterbefälle durch assistierten Suizid erkennbar ist. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass diese Zahlen keine vollständige Erfassung aller assistierten Suizide in Deutschland darstellen, da nicht alle Sterbehilfeorganisationen oder beteiligten Ärztinnen und Ärzte systematisch Fallzahlen veröffentlichen. Auf Grundlage der bislang verfügbaren Daten machen assistierte Suizide derzeit etwa 0,1 % aller Todesfälle in Deutschland aus (FOWID 2026). In der Schweiz und den Niederlanden entfielen 2024 bereits 2,4 vs. 5,8 % aller Todesfälle auf assistierten Suizid bzw. aktive Sterbehilfe (Gesundheitsobservatorium 2025; RTE 2024). Diese Werte sind jedoch vor dem Hintergrund grundlegender Unterschiede in der rechtlichen Regulierung, der Versorgungsstruktur, der Dokumentationspraxis sowie der gesellschaftlichen und institutionellen Akzeptanz zu interpretieren (Koopman & Putter 2016). Unter der Annahme eines hypothetischen Szenarios, in dem vergleichbare Rahmenbedingungen wie in der Schweiz oder den Niederlanden bestehen würden, ließen sich diese Anteilswerte rein rechnerisch auf Deutschland übertragen. Bei derzeit rund 1,0 Mio. Todesfällen jährlich entspräche dies etwa 24.000 bis 58.000 Fällen pro Jahr (FOWID 2026). Ähnlich wie nach einem Suizid (Shneidman 1972) kann davon ausgegangen werden, dass schätzungsweise 6 bis 10 nahestehende Angehörige (z. B. Kinder, Lebenspartner:innen) unmittelbar durch einen assistierten Suizid betroffen sind.

Dennoch richtet sich trotz der stetig zunehmenden gesellschaftlichen Relevanz des assistierten Suizids der Fokus in

Forschung, Versorgung und öffentlicher Debatte überwiegend auf die Person, die den assistierten Suizid in Anspruch nehmen möchte. Angehörige finden bislang vergleichsweise wenig Beachtung, obwohl sie sowohl vor als auch nach dem assistierten Suizid zahlreichen emotionalen Belastungen und Herausforderungen ausgesetzt sind (Andriessen et al. 2020; Gamondi et al. 2019). Bereits im Vorfeld übernehmen Angehörige oftmals organisatorische Aufgaben, unterstützen beim Ausfüllen von Anträgen oder begleiten die Person zu Beratungsterminen (Wagner & Hofmann 2026). Gleichzeitig erleben viele Betroffene antizipatorische Trauer, moralische Dilemmata oder Schwierigkeiten, die Entscheidung für den assistierten Suizid zu akzeptieren (Gamondi et al. 2015; Wagner & Hofmann 2025). Auch die Anwesenheit beim Sterbeprozess kann für Angehörige eine deutliche emotionale Belastung darstellen. Eine Studie aus der Schweiz zeigte, dass die Anwesenheit beim assistierten Suizid einen Einfluss auf die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) haben kann (Wagner, Müller et al. 2012). Nach dem Versterben berichten Betroffene zudem häufig von sozialem Rückzug, Isolation sowie Ängsten vor Stigmatisierung und Ablehnung im sozialen Umfeld.

Bislang ist jedoch wenig über die Trauer oder über die Entwicklung einer anhaltenden Trauerstörung nach dem assistierten Suizid bekannt. Die meisten der vorliegenden Studien sind qualitative Studien mit kleinen Stichproben (Castelli Dransart & Pillonel 2025; Gamondi et al. 2015; Gamondi et al. 2013). Bisherige Studien konnten jedoch auch zeigen, dass die Vorbereitung auf das Versterben und die bewusste Abschiednahme die Verarbeitung des Verlusts positiv beeinflussen können (Srinivasan 2019). Andererseits weist der Verlust durch einen assistierten Suizid Gemeinsamkeiten mit Suizidverlusten auf, wie die aktive Entscheidung der verstorbenen Person zu sterben sowie Stigmatisierungserfahrungen aus dem sozialen Umfeld (Snijdewind et al. 2022a).

Vor diesem Hintergrund beleuchtet der vorliegende Beitrag die spezifischen Merkmale der Belastung von Angehörigen vor und nach dem assistierten Suizid. Im Fokus stehen mögliche Risiko- und Schutzfaktoren der Trauerverarbeitung sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Trauer nach nicht-assistiertem Suizid. Darüber hinaus werden Implikationen für psychosoziale Unterstützung und zukünftige Forschung diskutiert. Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine narrative Übersichtsarbeit. Die Auswahl der Literatur erfolgte nicht systematisch, sondern orientierte sich an der Relevanz zentraler Publikationen und aktuellen systematischen Übersichtsarbeiten.

## Spezifische Belastungsfaktoren von Angehörigen im Kontext des assistierten Suizids

Wenn sich eine Person dazu entscheidet durch assistierten Suizid zu versterben, stellt dies Angehörige häufig vor weitreichende emotionale, moralische und auch organisatorische Herausforderungen (Wagner & Hofmann 2025). Eine erste Aus-

wertung einer spezialisierten Beratungsstelle für Angehörige betroffen von assistiertem Suizid konnte zeigen, dass die Zeit vor dem assistierten Suizid als besonders belastend erlebt wurde (Wagner & Hofmann 2025). Über 80% der Angehörigen suchte die Beratung bereits vor dem assistierten Suizid auf. Gründe hierfür sind, dass die Angehörigen zum Teil eng in die Organisation und Beantragung des assistierten Suizids eingebunden sind. Dazu zählen unter anderem die Beschaffung von Informationen über die Sterbehilfeorganisationen, die Kontaktaufnahme, die Begleitung zu Gesprächsterminen sowie die Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen (Wagner & Hofmann 2025, 2026). Während ein Teil der Angehörigen den Wunsch nach assistiertem Suizid respektiert und diesen auch unterstützen möchte, erleben sie die eigene aktive Beteiligung an dem Prozess oftmals ambivalent. In der Beratung berichten Angehörige von dem Gefühl, durch ihre Unterstützung zum Tod der Person beizutragen, was mit ausgeprägten Schuldgefühlen einhergehen kann. Gleichzeitig bestehen dabei Unsicherheiten und Ängste hinsichtlich der rechtlichen Situation und möglicher strafrechtlicher Konsequenzen (Gamondi et al. 2019). Insbesondere in der derzeitigen Situation in Deutschland, in der es noch keine klare gesetzliche Regelung gibt, sind viele Angehörige unsicher, inwieweit assistierter Suizid rechtlich zulässig ist. Verstärkt wird dies häufig durch begleitende Ärztinnen und Ärzte, die ihrerseits ebenso nur unzureichend über die rechtliche Lage informiert sind (Gamondi et al. 2013). Nicht selten berichten Angehörige über Konflikte innerhalb der Familie, wenn einzelne Familienmitglieder die aktive Unterstützung des assistierten Suizids ablehnen oder die Entscheidung für den assistierten Suizid nicht akzeptieren können. In der Studie von Wagner und Hofmann (2025) wurde deutlich, dass Angehörige diese organisatorischen Aufgaben häufig als unangemessen erleben, da sie oftmals im starken Kontrast zu ihrer eigenen Trauer und emotionalen Belastung stehen.

Viele Angehörige fühlen sich zudem einem moralischen Dilemma ausgesetzt: Einerseits möchten sie den Wunsch der Person respektieren und erleben deren Leiden intensiv mit, andererseits wünschen sie sich, dass die Person weiterlebt oder weitere Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch nimmt (Gamondi et al. 2013; Variath et al. 2020). Nur ein Viertel der Angehörigen in der Studie von Wagner & Hofmann (2025) gab an, der Entscheidung für den assistierten Suizid einverstanden zu sein. Die Mehrheit äußerte den Wunsch nach alternativen Maßnahmen wie eine palliative Sedierung oder die Inanspruchnahme weiterer Behandlungsmöglichkeiten. Insbesondere in den Fällen, in welchen keine terminale Erkrankung vorliegt, ist dieser Wunsch nach alternativen Maßnahmen bei den Angehörigen besonders ausgeprägt.

Eine qualitative Studie von Gamondi et al. (2015) konnte zeigen, dass Angehörige nach dem assistierten Suizid Gefühle der Mitverantwortung berichteten sowie das Gefühl hatten, eine gesellschaftliche Norm zu verletzen. Damit verbunden ist oftmals die Frage, ob sie die Person von ihrer Entscheidung abhalten sollten oder genug Alternativen aufgezeigt haben (Wagner & Hofmann 2025). Solche moralischen Konflikte können persis-

tierend sein und die Trauerverarbeitung negativ beeinflussen (Gamondi et al. 2019).

Sobald der Termin für den assistierten Suizid festgelegt wird, beginnt für viele Angehörige eine Phase des Abschieds begleitet von intensiver Trauer und Ängsten (Andriessen et al. 2020; Dees et al. 2013). Das Wissen um den genauen Todeszeitpunkt wird von den betroffenen Angehörigen häufig als surreal beschrieben. Bisherige Studien konnten zeigen, dass vor allem das Festlegen des Sterbetages als besonders belastend wahrgenommen wird (Beuthin et al. 2022). Angehörige sehen sich mit der Frage konfrontiert, wie sie die verbleibende gemeinsame Zeit gestalten möchten und wie der Abschied am Tag des assistierten Suizids organisiert werden soll.

Besonders belastend erleben viele Angehörige die Entscheidung, ob sie beim Sterbeprozess anwesend sein möchten (Wagner & Hofmann 2025). Dabei spielen vor allem Ängste vor Komplikationen während des Sterbens oder die Angst einen qualvollen Tod miterleben zu müssen eine zentrale Rolle. Es zeigt sich, dass viele Angehörige nur wenig Wissen darüber haben, was sie konkret in dieser Situation erwartet. Bisher ist nur wenig darüber bekannt, welchen Einfluss die Anwesenheit beim Sterbeprozess auf die Angehörigen haben kann, da dies von dem Ablauf, der Unterstützung und möglichen Komplikationen abhängt. Zudem bestehen im Ländervergleich zum Teil erhebliche Unterschiede in der Durchführung des assistierten Suizids. Während in der Schweiz und in Deutschland der assistierte Suizid vorwiegend durch Sterbehilfeorganisationen begleitet wird und die Durchführenden den Angehörigen häufig nur vom Termin des assistierten Suizids bekannt sind, wird in den Niederlanden der assistierte Suizid mehrheitlich durch Hausärztinnen und Hausärzte durchgeführt, zu denen bereits ein langjähriges Vertrauensverhältnis innerhalb der Familie besteht (Dees et al. 2013).

### **Verlustverarbeitung und psychosoziale Folgen eines assistierten Suizids**

Trotz der zahlreichen Belastungsfaktoren vor dem assistierten Suizid ist bislang nur wenig über die psychosozialen Folgen für Angehörige bekannt. Der assistierte Suizid unterscheidet sich dahingehend von anderen Todesarten, dass in vielen Fällen eine Vorbereitung sowie eine offene Kommunikation vor dem Tod möglich sind (Andriessen et al. 2020). Der Einbezug von Angehörigen in den gesamten Prozess kann für alle Beteiligten sowohl entlastende als auch belastende Aspekte haben, welche die spätere Trauerverarbeitung langfristig beeinflussen können.

Bisherige Studien deuten darauf hin, dass bestimmte Merkmale des assistierten Suizids die Verlustverarbeitung erleichtern und sich günstig auf den Trauerprozess auswirken können. Andriessen et al. (2020) identifizierten in ihrem systematischen Review zehn Studien zu Trauer nach assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe. Die eingeschlossenen Studien zeigten, dass Angehörige ähnliche oder niedrigere Ausprä-

gungen von Trauer und psychosozialer Belastung aufwiesen im Vergleich zu anderen Hinterbliebenengruppen (z. B. Angehörige nach einem Suizid). Insbesondere die Möglichkeit sich zu verabschieden, Konflikte zu klären, eine offene Kommunikation sowie das Respektieren der Entscheidung kann die Verlustverarbeitung positiv beeinflussen. Auch das Erleben von Kontrolle über die Situation sowie das Wissen, dass die Person nicht länger leiden muss, wird von Angehörigen häufig als entlastend beschrieben (Gamondi et al. 2013; Srinivasan 2019). Andererseits können Schwierigkeiten, die Entscheidung für den assistierten Suizid zu akzeptieren, Schuldgefühle oder Komplikationen während des Sterbeprozesses die Trauerverarbeitung erschweren.

Aufgrund der begrenzten Studienlage liegen bislang nur wenige Erkenntnisse zu Prävalenzen psychischer Erkrankungen in dieser Hinterbliebenengruppe vor. In einer Studie von Ganzini et al. (2009) aus den USA erfüllten 11% der Angehörigen nach assistiertem Suizid die Kriterien einer Depression, 2% die Kriterien einer anhaltenden Trauerstörung und 38% nahmen psychosoziale Unterstützung in Anspruch. In einer Studie von Wagner et al. (2012) mit Angehörigen, die beim assistierten Suizid in der Schweiz anwesend waren, erfüllten 13% die Kriterien einer PTBS, 6,5% wiesen eine subklinische PTBS-Symptomatik auf, bei 4,9% konnte eine anhaltende Trauerstörung und bei 16% eine depressive Symptomatik diagnostiziert werden. Auch in der Studie von Wagner & Hofmann (2025) wies die Mehrheit der Teilnehmenden eine leichte bis mittlere depressive Symptomatik auf.

Die psychische Belastung scheint dabei von verschiedenen Faktoren abhängig zu sein, darunter Komplikationen während des Sterbeprozesses, traumatisierende Bilder oder mangelnde soziale Unterstützung (Wagner, Keller, et al. 2012; Wagner, Müller, et al. 2012).

Einen wesentlichen Einfluss auf die Verlustverarbeitung sowie die Schwere der Trauersymptomatik können zudem erlebte Stigmatisierung und Geheimhaltung haben, die von Angehörigen häufig berichtet werden (Wagner, Keller, et al. 2012). Nicht selten werden Angehörige durch die betroffene Person oder andere Familienmitglieder gebeten, den (geplanten) assistierten Suizid gegenüber dem sozialen oder familiären Umfeld nicht zu thematisieren oder auch nach dem Versterben eine andere Todesart zu kommunizieren. Dadurch geraten Angehörige häufig in einen Konflikt zwischen der Würdigung des Wunsches und den Folgen sozialer Isolation infolge der Geheimhaltung. Gleichzeitig sind sie nicht selten familiären Konflikten ausgesetzt, wenn das Umfeld erst nach dem Tod von dem assistierten Suizid erfährt. Studien zeigen, dass Stigmatisierung im Rahmen eines Verlusts den Trauerprozess erschweren und die Entwicklung psychopathologischer Symptome begünstigen kann (Bottomley et al. 2025; Eisma 2018; Pitman et al. 2016).

Aufgrund der begrenzten Studienlage bleibt weiterhin unklar, welche langfristigen Folgen der assistierte Suizid für Angehöri-

ge haben kann. Insbesondere fehlen Längsschnittstudien, die Aussagen über den langfristigen Verlauf psychischer Belastungen und der Trauerverarbeitung ermöglichen würden.

## **Der Verlust durch assistierten Suizid im Vergleich zu Suizidverlust**

Um den Verlust und die Trauerreaktionen nach einem assistierten Suizid einordnen zu können, ist ein Vergleich mit anderen Verlustarten erforderlich. Insbesondere der Vergleich mit einem Verlust durch Suizid erscheint hierbei relevant, da beide Todesarten nicht nur begriffliche Parallelen aufweisen, sondern auch mit ähnlichen Herausforderungen für Hinterbliebene verbunden sein können. Das gemeinsame Ausweisen von Suiziden und assistierten Suiziden in der Statistik des Statistischen Bundesamtes unterstreicht diese konzeptuelle Nähe der beiden Todesumstände. Allerdings unterscheiden sie sich in ihrer Erwartbarkeit und dem Einbezug angehöriger Personen.

Die Trauer nach einem Suizid gleicht in einigen Aspekten der Trauer nach anderen Todesarten, jedoch gibt es Trauerreaktionen, die vor allem nach einem Suizidverlust auftreten und zu intensiven Trauerprozessen und der Entwicklung psychopathologischer Symptome beitragen können (Andriessen & Kryszinska 2012; Hofmann & Wagner 2024). Suizidhinterbliebene erleben häufig Schuld- und Schamgefühle und schreiben sich nicht selten selbst die Verantwortung für den Suizid zu (Levi-Belz 2023; Wagner et al. 2021). Im Vergleich zu anderen Hinterbliebenengruppen erleben Suizidhinterbliebene das höchste Ausmaß an Schuldgefühlen, diese scheinen zudem intensiver wahrgenommen zu werden (Pitman et al. 2016). Begleitet werden diese Gefühle von der Sorge, Warnzeichen übersehen zu haben oder durch das eigene Verhalten zu dem Suizid beigetragen zu haben. Auch Wut über die Entscheidung der verstorbenen Person sowie Verlassenheitsgefühle und Nachsterbewünsche können nach einem Suizid vermehrt auftreten (Gibbons 2024; Wagner & Hofmann 2020).

Diese Trauerreaktionen können einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Suizidhinterbliebenen haben. Suizidhinterbliebene zeigen hohe Prävalenzen psychischer Erkrankungen, vor allem für anhaltende Trauerstörung, PTBS, komplexe PTBS und affektive Störungen (Hofmann & Wagner 2024; Pitman et al. 2014). Weiterhin haben sie ein stark erhöhtes Risiko selbst durch Suizid zu versterben. Molina et al. (2019) fanden in ihrem systematischen Review Suizidraten von 14-49% bei Suizidhinterbliebenen. Dabei sind höhere Ausprägungen anhaltender Trauer sowie erlebte Stigmatisierung mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert (Mitchell et al. 2005).

Bisher gibt es nur eine Studie, welche den Verlust durch einen assistierten Suizid mit dem Verlust durch einen Suizid vergleicht. Snijdwind et al. (2022a; 2022b) untersuchten Personen in den Niederlanden, die einen Partner oder eine Partnerin durch Suizid (N = 15) oder assistierten Suizid (N = 12) aufgrund einer psychischen Erkrankung verloren haben. Hinterbliebene nach assistiertem Suizid berichteten eine geringere Ausprä-

gung von Trauer, weniger Schuldgefühle und somatische Reaktionen auf den Verlust als Hinterbliebene nach einem Suizid. Zudem erlebten sie ein höheres Ausmaß an sozialer Unterstützung. Gleichzeitig berichteten jedoch beide Hinterbliebenengruppen Schuldgefühle, Geheimhaltung und Stigmatisierung. Suizidhinterbliebene sind jedoch häufiger traumatisierenden Bildern ausgesetzt, wenn sie die verstorbene Person auffinden. Diese Studie gibt erste Einblicke in einen Vergleich dieser beiden Verlustarten, jedoch sind weitere Studien dringend notwendig, um die Folgen des assistierten Suizids einordnen zu können und zu überprüfen, ob gegebenenfalls bestehende Unterstützungsangebote für Suizidhinterbliebene angepasst auch für Hinterbliebene nach assistiertem Suizid angeboten werden können.

Deutlich werden diese Gemeinsamkeiten auch in einer Studie von Hofmann et al. (2024), welche die Einstellungen und Wahrnehmungen von assistiertem Suizid in einer Stichprobe von Hinterbliebenen nach Suizid im Vergleich zu Personen ohne erlebten Suizidverlust erhoben hat. Insgesamt zeigten alle Teilnehmenden eine liberale Einstellung gegenüber dem assistierten Suizid für terminal erkrankte Personen. Suizidhinterbliebene waren jedoch weniger akzeptierend hinsichtlich der Legalisierung des assistierten Suizids in Deutschland, insbesondere im Hinblick auf mögliche Auswirkungen auf Angehörige.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Hinterbliebene nach assistiertem Suizid und Suizidhinterbliebene zum Teil ähnliche Belastungsfaktoren erleben: erlebte Schuldgefühle, soziales Stigma, die erschwerte Kommunikation über die Todesumstände und Geheimhaltung sowie die mögliche Entwicklung psychischer Erkrankungen wie PTBS und Depression. Allerdings scheinen sich die beiden Verlustarten hinsichtlich weiterer Faktoren auch deutlich zu unterscheiden. Der assistierte Suizid erlaubt die Vorbereitung auf den Tod und somit auch die Verabschiedung von Person mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid. Angehörige sind häufig in den Prozess involviert und wissen demnach, wann die Person versterben wird. Aber es kann während des Sterbeprozesses Komplikationen geben, die für Angehörige emotional äußerst belastend sein können (Gleich et al. 2024). Zudem kann es innerhalb der Familie aufgrund unterschiedlicher Akzeptanzgrade und Einstellungen zu Konflikten kommen. Suizidhinterbliebene dagegen haben ein erhöhtes Risiko für verschiedene psychische Erkrankungen und suizidales Erleben und Verhalten. Die Auffindesituation kann traumatisierend sein und Hinterbliebene sind häufig mit quälenden Fragen nach der eigenen Verantwortlichkeit und Schuld an dem Suizid konfrontiert.

### Bedarf und Unterstützung von Angehörigen

Obwohl die Angehörigen von Personen mit Wunsch nach assistiertem Suizid oder bereits Verstorbenen häufig aktiv mit in den Prozess des assistierten Suizids miteingeschlossen sind, gibt es bisher nur vereinzelte Unterstützungsangebote für diese Personengruppe. Psychosoziale Unterstützungsangebote für Angehörige

sind seitens der Sterbehilfeorganisationen selbst bisher nicht etabliert. Zum Teil suchen diese Angehörige Selbsthilfeträgergruppen für Angehörige nach einem Suizid auf, dennoch gibt es hierzu noch keine Auswertungen, inwieweit es hilfreich ist, diese beiden Hinterbliebenengruppen in einer Gruppe zusammenzuführen. Seit 2022 existiert in der Spezialambulanz für Suizidprävention an der Medical School Berlin eine spezialisierte Beratungsstelle für Angehörige im Kontext von assistiertem Suizid, welche durch die beiden Autorinnen, Prof. Dr. Birgit Wagner und Dr. Laura Hofmann, geleitet wird. Betroffene Personen können die Beratung vor und/oder nach dem assistierten Suizid entweder in Vorort oder im Rahmen einer Videosprechstunde in Anspruch nehmen. Das Beratungsangebot ist kostenlos und wird von einer wissenschaftlichen Studie begleitet (<https://www.medicalschool-berlin.de/forschung-lehrambulanz/spezi-ambulanz-suizidpraevention/>).

### Schlussfolgerung

Die Rolle der Angehörigen im Kontext eines assistierten Suizids ist sowohl emotional, aber auch organisatorisch herausfordernd und belastend. Mit der stetigen Zunahme von Inanspruchnahme von assistierten Suiziden steigt nicht nur die Anzahl der betroffenen Angehörigen, sondern es gibt zunehmend Fälle von Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid, bei denen sowohl die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Freiverantwortlichkeit und Beständigkeit des Wunsches durch eine fehlende Gesetzesvorlage, häufig nicht mehr eindeutig zu beantworten ist. Diese Grauzonen führen zum Teil zu spannungsreichen Situationen aus der Perspektive der Angehörigen, welche beispielsweise die Freiverantwortlichkeit nicht gegeben sehen, da ihr Familienangehöriger an einer psychischen Erkrankung leidet. Aus diesem Grund bedarf es, auch für die Angehörigen, eine gesetzlich geregelte Umsetzung, welche die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in angemessener Form berücksichtigt und einen eindeutigen Rechtsrahmen für alle am assistierten Suizid beteiligten Personen bietet.

Darüber hinaus liegen nur wenige Erkenntnisse zu den langfristigen psychosozialen Folgen eines assistierten Suizids für die Angehörigen vor. Insbesondere fehlen Längsschnittstudien sowie differenzierte Untersuchungen zu psychischen Erkrankungen und langfristigen Verläufen der Trauerverarbeitung. Bisherige Studien deuten darauf hin, dass der assistierte Suizid sowohl belastende als auch entlastende Aspekte für die Angehörigen aufweist. Während die Möglichkeit einer offenen Kommunikation und einer Vorbereitung des Versterbens sowie die Abschiednahme die Verarbeitung des Verlusts erleichtern kann, können Schuldgefühle, Stigmatisierungserleben, Geheimhaltung sowie mögliche Komplikationen beim Sterbeprozess die langfristige psychische Belastung beeinflussen.

Vor allem die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Betroffenen, die Bereitstellung von Informationen, eine Aufklärung über organisatorische und emotionale Herausforderungen sowie ein sensibler Umgang mit ambivalenten Gefühlen sollten hierbei Berücksichtigung finden.

## INFO

## Spezialisierte Beratungsstelle für Angehörige betroffen von assistiertem Suizid

Im Rahmen der Spezialambulanz für Suizidprävention an der MSB Medical School Berlin besteht eine spezialisierte Beratungsstelle für Angehörige im Kontext assistierten Suizids. Das Angebot richtet sich an Betroffene sowohl vor als auch nach einem assistierten Suizid. Die Beratung wird von psychologischen Psychotherapeutinnen durchgeführt, ist kostenfrei und wird wissenschaftlich begleitet.

Weitere Informationen und Anmeldung:  
<https://www.medicalschool-berlin.de/forschung-lehrambulanz/spezialambulanz-suizidpraevention/>

### Literatur

- Andriessen K & Kryszinska K (2012) Essential questions on suicide bereavement and postvention. *Int J Environ Res Public Health* 9(1):24-32. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010024>
- Andriessen K, Kryszinska K, Castelli Dransart DA, Dargis L. & Mishara BL (2020) Grief After Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Crisis* 41(4):255-272. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000630>
- Beuthin R, Bruce A, Thompson M, Andersen AEB & Lundy S (2022) Experiences of grief-bereavement after a medically assisted death in Canada: Bringing death to life. *Death Stud* 46(8):1982-1991. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1876790>
- Bottomley JS, Campbell KW, Feigelman W, Schamber EL & Rheingold AA (2025) Prospective relations between stigma, guilt, shame, post-traumatic stress and prolonged grief symptoms among overdose and suicide loss survivors. *Journal of Affective Disorders* 379:223-231. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.02.102>
- Castelli Dransart DA & Pillonel A (2025) "I thought I was ready": Experiences and feelings of significant others and professionals on the assisted suicide day. Results from observations and interviews. *Death Stud* 1-14. <https://doi.org/10.1080/07481187.2025.2547236>
- Dees MK, Vernooij-Dassen MJ, Dekkers WJ, Elwyn G, Vissers KC & van Weel C (2013) Perspectives of decision-making in requests for euthanasia: a qualitative research among patients, relatives and treating physicians in the Netherlands. *Palliat Med* 27(1):27-37. <https://doi.org/10.1177/0269216312463259>
- DGHS (2025) Vorstellung der Ergebnisse einer aktuellen forsa-Umfrage und der DGHS-Suizidhilfe-Fallzahlen 2024. Retrieved 07.05.2026 from [https://www.dghs.de/fileadmin/content/06\\_presse/pressematerialien\\_fuer\\_pk/14\\_01\\_2025/PK\\_komplett\\_-\\_Berlin\\_am\\_14.01.2025\\_KRRR.pdf](https://www.dghs.de/fileadmin/content/06_presse/pressematerialien_fuer_pk/14_01_2025/PK_komplett_-_Berlin_am_14.01.2025_KRRR.pdf)
- Eisma MC (2018) Public stigma of prolonged grief disorder: An experimental study. *Psychiatry Res* 261:173-177. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.064>
- FOWID (2026) Freitodbegleitungen in Deutschland 2025. Retrieved 07.05.2026 from <https://fowid.de/meldung/freitodbegleitungen-deutschland-2025>
- Gamondi C, Fusi-Schmidhauser T, Oriani A, Payne S & Preston N (2019) Family members' experiences of assisted dying: A systematic literature review with thematic synthesis. *Palliat Med* 33(8):1091-1105. <https://doi.org/10.1177/0269216319857630>
- Gamondi C, Pott M, Forbes K & Payne S (2015) Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care* 5(2):146-152. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000483>
- Gamondi C, Pott M & Payne S (2013) Families' experiences with patients who died after assisted suicide: a retrospective interview study in southern Switzerland. *Ann Oncol* 24(6):1639-1644. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt033>
- Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK & Prigerson HG (2009) Mental Health Outcomes of Family Members of Oregonians Who Request Physician Aid in Dying. *Journal of Pain and Symptom Management* 38(6). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.04.026>
- Gesundheitsobservatorium OS (2025). Verfügbar unter: <https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/suizid-und-suizidhilfe> (Zugriff: 11.02.2026)
- Gibbons R (2024) Someone is to blame: the impact of suicide on the mind of the bereaved (including clinicians). *BJPsych bulletin* 1-5. <https://doi.org/10.1192/bjb.2024.37>
- Gleich S, Schienhammer J, Peschel O, Graw M & Schäffer B (2024) Assistierte Suizide in München: angewendete Arzneistoffe und dokumentierte Komplikationen. *Rechtsmedizin* 34(6):402-408
- Hofmann L, Spieß L & Wagner B (2024) What do suicide loss survivors think of physician-assisted suicide: a comparative analysis of suicide loss survivors and the general population in Germany. *BMC Medical Ethics* 25(1):98. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01099-9>
- Hofmann L & Wagner B (2024) Understanding the complexity of suicide loss: PTSD, complex PTSD and prolonged grief disorder following suicide bereavement. *Death Stud* 1-10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2369858>
- Koopman J & Putter H (2016) Regional variation in the practice of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands. *Neth J Med* 74(9):387-394
- Levi-Belz Y (2023) Interpersonal facilitators of complicated grief and depression in the aftermath of suicide loss: The mediated roles of suicide-related shame and guilt. *Suicide & life-threatening behavior* 53(4):680-691. <https://doi.org/10.1111/sltb.12973>
- Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG & Mortimer MK (2005) Complicated Grief and Suicidal Ideation in Adult Survivors of Suicide. *Suicide Life Threat Behav* 35(5):498-506. <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.498>
- Molina N, Viola M, Rogers M, Ouyang D, Gang J, Derry H & Prigerson HG (2019) Suicidal ideation in bereavement: a systematic review.

*Behavioral Sciences* 9(5):53. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/bs9050053>

Pitman A, Osborn D, King M & Erlangsen A (2014) Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The lancet. Psychiatry* 1(1):86-94. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X)

Pitman AL, Osborn DP, Rantell K & King MB (2016) The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *J Psychosom Res* 87:22-29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.009>

RTE (2024) Annual Report. Retrieved 18.05.2026 from <https://www.euthanasiecommissie.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2024/03/24/index/rte-annual-report-2024.pdf>

Schildmann J, Pollmächer T, Simon A, Sommerlatte S & Marckmann G (2026) Assistenz bei der Selbsttötung in Deutschland – erste Auswertung von Daten einer Berichtsplattform und mögliche Implikationen für die Entwicklung einer Leitlinie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 69(3):340-346. <https://doi.org/10.1007/s00103-026-04196-9>

Shneidman E (1972) *Survivors of suicide*. Thomas, Springfield, IL.

Snijdewind MC, de Keijser J, Casteelen G, Boelen P & Smid GE (2022a) "Only One Way Out"-Partners' Experiences and Grief Related to the Death of Their Loved One by Suicide or Physician-Assisted Dying Due to a Mental Disorder [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry* 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.894417>

Snijdewind MC, de Keijser J, Casteelen G, Boelen PA & Smid GE (2022b) "I lost so much more than my partner" – Bereaved partners' grief experiences following suicide or physician-assisted dying in case of a mental disorder. *BMC Psychiatry* 22(1):454. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04098-5>

Srinivasan EG (2019) Bereavement and the Oregon Death with Dignity Act: How does assisted death impact grief? *Death Stud* 43(10):647-655. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1511636>

Variath C, Peter E, Cranley L, Godkin D & Just D (2020) Relational influences on experiences with assisted dying: A scoping review. *Nurs Ethics* 27(7):1501-1516. <https://doi.org/10.1177/0969733020921493>

Wagner B & Hofmann L (2020) *Psychische Folgen und psychothera-*

*peutische Unterstützung nach dem Suizid eines Angehörigen. Psychotherapeutenjournal* 1/2020:26-33

Wagner, B & Hofmann L (2025) Psychosoziale Belastungen von An- und Zugehörigen im Kontext des assistierten Suizids: Ergebnisse einer spezialisierten Beratungsstelle [Psychosocial and Emotional Distress Among Relatives in Assisted Dying Contexts: Insights from Specialized Counseling]. *Psychother Psychosom Med Psychol (EFirst)*. <https://doi.org/10.1055/a-2633-6971>

Wagner B & Hofmann L (2026) Die Rolle der Angehörigen im Kontext des assistierten Suizids: Herausforderungen und Unterstützungsbedarf. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 69(3):319-325. <https://doi.org/10.1007/s00103-026-04194-x>

Wagner B, Hofmann L & Grafiadeli R (2021) The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement. *Journal of clinical psychology* 77(11):2545–2558. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.23192>

Wagner B, Keller V, Knaevelsrud C & Maercker A (2012) Social acknowledgement as a predictor of post-traumatic stress and complicated grief after witnessing assisted suicide. *Int J Soc Psychiatry* 58(4):381-385. <https://doi.org/10.1177/0020764011400791>

Wagner B, Müller J & Maercker A (2012) Death by request in Switzerland: posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 27(7):542-546. [https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.003](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.003)

Eingegangen: 08.05.2026

Angenommen: 20.05.2026

## Korrespondenzadresse

Laura Hofmann  
Medical School Berlin  
Rüdesheimer Straße 50  
14197 Berlin  
[Laura.hofmann@medicalschooll-berlin.de](mailto:Laura.hofmann@medicalschooll-berlin.de)

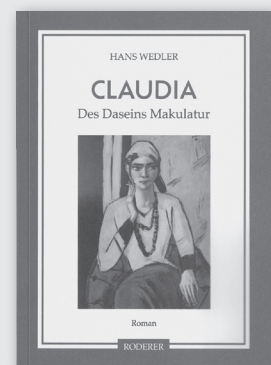
ANZEIGE

Hans Wedler

## Claudia – Des Daseins Makulatur

ISBN 978-3-68910-057-5, € 26,80 Euro; Roderer Verlag

Der Mensch lebt nur einmal. Soll er in Geduld warten, bis er eines Tages, vielleicht in hohem Alter, stirbt? Oder sollte er selbst den Zeitpunkt seines Lebensendes bestimmen? Was hält im Leben? Eine erfüllende, selbstgewählte Aufgabe? Vielleicht die Liebe zu einem anderen Menschen, zur Partnerin, zur Ehefrau, zum Ehemann, zu einem geliebten Freund? Zu den Eltern, zu Kameraden? Wer kann, wer sollte über das eigene Dasein entscheiden, wenn nicht der jeweils Betroffene selbst? Aber jeder Mensch lebt nur einmal.



# Existenzanalytische Perspektiven zum assistierten Suizid

Klaus-Dieter Neander<sup>1</sup>, Sibylle Meyer<sup>2</sup>, Reinhard Lindner<sup>3</sup>

## Zusammenfassung

Der Beitrag entwickelt Ideen für einen logotherapeutischen Beratungsansatz für Klienten und Klientinnen, die an einer Erkrankung mit infauster Prognose leiden und einen assistierten Suizid planen. In Entflechtungs-Familien-Mediationen konnte herausgefunden werden, dass bestimmte Aussagen der Klienten und Klientinnen möglicherweise deutliche Hinweise auf die von Frankl beschriebene „Trotzmacht des Geistes“ geben. Es ergeben sich erste Hinweise für die Möglichkeit, eine Prognose über die Suizidwahrscheinlichkeit auf Grundlage dieses Konstruktes zu erstellen.

*Schlüsselwörter: assistierter Suizid, Logotherapie, Trotzmacht des Geistes, Suizidprävention, Familienmediation*

## Existential-analytical perspectives on assisted suicide

### Abstract

This article develops ideas for a logotherapeutic counseling approach for clients who suffer from a poor prognosis and are planning assisted suicide. In disentanglement family mediations, it was found that certain statements made by clients may provide clear indications of the „defiance of the spirit“ described by Frankl. Initial indications suggest that it may be possible to predict the likelihood of suicide based on this construct.

Keywords: assisted suicide, logotherapy, defiant power of the spirit, suicide prevention, family mediation

### Einleitung

Das Bundesverfassungsgericht hat 2020 zum assistierten Suizid ausgeführt, dass zum allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art 2 Abs 1, Art 1 Abs 1 GG) auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben gehört. Dieses Recht beinhaltet „hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen“ (Muscheler 2024, S. 258). Um dieses Recht in Anspruch nehmen zu können, „bedarf es keiner körperlichen Krankheit, womöglich noch eine solche, die in absehbarer Zeit irreversibel zum Tode führt.“ (Muscheler 2024, S. 268). Dieses Recht ist ein schwaches Anspruchsrecht gegen den Staat, „als

dieser eine rechtliche Regelung schuldet, die genau festlegt, unter welchen Voraussetzungen die organisierte professionelle Suizidbegleitung zulässig und von Strafe ausgenommen ist und wie entsprechende Organisationen und Ärzte zu kontrollieren sind“ (Muscheler 2024, S. 268, vgl. Risse-Steller 2024, S. 17ff, Verrel 2025, S. 149 ff).

Wie allerdings die „Suizidbegleitung“ in der Praxis umgesetzt werden kann, ist nicht nur in der Fachwelt umstritten, sondern auch Gegenstand der Diskussion der unterschiedlichen, parteiübergreifenden Gruppierungen des Deutschen Bundestages (vgl. BT-Drs. 20/904 (2022), BT-Drs. 20/7624 (2023)).

In der Diskussion wird allerdings von verschiedenen Seiten vorgeschlagen, dass eine noch näher zu formulierende Beratungspflicht für Menschen eingeführt werden soll, die einen assistierten Suizid durchführen wollen.

Vor diesem Hintergrund ist zu klären, wie sichergestellt werden soll, dass die betreffende Person nicht aufgrund einer krankheitsbedingten Einschränkung der Freiverantwortlichkeit entscheidet und ihren Entschluss tatsächlich freiwillig und unabhängig gefasst hat. Hilfreich wären also zumindest Indizien, die verdeutlichen, dass neben der Freiverantwortlichkeit auch die Freiwilligkeit tatsächlich gegeben ist.

Hier ist auf Viktor E. Frankl zu verweisen, der im Rahmen der theoretischen Begründung der Logotherapie und Existenzanalyse als „dritte Säule der Psychotherapie“ (Lukas 2023, S. 15) das etwas poetisch formulierte Konzept der „Trotzmacht des Geistes“ (TdG) beschrieben hat (Frankl 1975, S. 58; Frankl 1994, S. 83, Frankl 1946 / 2024a, S. 134 f, Frankl 1949 / 2024b, S. 148 f.).

Frankl beschreibt den Menschen eingebunden in vier Formen des Schicksalhaften: Erstens die eigene Vergangenheit als Schicksal, d.h. die Tatsache, in eine bestimmte Familie oder eine bestimmte soziale Gegebenheit geboren zu sein, ist Schicksal. Zum Zweiten bezeichnet er die mitgegebenen „Anlagen“ (Frankl 1946 / 2024a, S. 134) als biologisches Schicksal, das aber „noch zu gestaltendes Material“ (ebd. S. 138) in dem Sinne ist, dass der Mensch trotz des biologischen Schicksals durch entsprechende Anstrengungen zu hohen geistigen oder sportlichen Leistungen gelangen kann. Das dritte Schicksalhafte umschreibt Frankl mit „psychologischem Schicksal“ (ebd. S. 139), womit Verhaltensweisen gemeint sind, die seitens der Menschen gerne mit „ich kann nicht anders“ („wegen meiner Triebe“ oder „wegen meines Charakters“) umschrieben werden und damit direkt oder indirekt eine fatalistische Grundhaltung einnehmen. Es „macht das Menschliche am Menschen aus: daß sich der Mensch von den Trieben distanzieren kann und sich nicht mit seinen Trieben identifizieren muss – was ein Tier keineswegs kann“ (Frankl 1949 / 2024b, S. 148). Die vierte Form des Schicksalhaften nennt Frankl das „soziologische Schicksal“

<sup>1</sup> Master of Mediation, Hamburg

<sup>2</sup> Soziologin, Leiterin der WerteAkademie, Berlin

<sup>3</sup> Universität Kassel, Institut für Sozialwesen, Fachbereich Humanwissenschaften, FG Theorie, Empirie und Methoden der Sozialen Therapie

(Frankl 1964 / 2024a, S. 144f), also das Leiden an der Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt, auf die der KZ-Überlebende Frankl v.a. durch seine Erfahrungen verweist.

Aber unabhängig von den unterschiedlichen Schicksalen, die den einzelnen Menschen betreffen, gilt für Frankl, dass dem Menschen niemand „die Freiheit nehmen kann, sich zu einem Schicksal so oder so zu stellen. Und es gibt ein „So oder So“ (ebd. S. 150). Der Mensch muss „dem äußeren und inneren Drängen nicht einfach Folge (leisten), sondern (kann) grundsätzlich dazu Stellung nehmen. Geistig Stellung (nehmen), indem er sein Ja oder Nein dazu spricht. (Er wird) vom gedrängten und getriebenen Wesen“ zu einem „geistig Stellung nehmenden Wesen“ (vgl. auch Lukas 2014, S. 76, vgl. Batthyány & Lukas 2020, S. 228f). Dabei meint Frankl mit „geistig Stellung“ nehmen nicht das, was wir üblicherweise als „denken“ bezeichnen. Wie weiter unter noch ausgeführt wird, betont Frankl in seinem Menschenbild eine „dritte Dimension“, die spezifisch humane Dimension, die dem Menschen eine Freiheit zu etwas ermöglicht. Die „geistige Dimension“ beinhaltet zum Beispiel ethisches Empfinden, schöpferisches Gestalten, freie Willensentscheidungen.

Die von Frankl beschriebene „Trotzmacht des Geistes“ (TdG) kann daher als menschliche Fähigkeit beschrieben werden, trotz widriger Umstände entsprechende Entscheidungen zu treffen und ein Leben zu führen, das nach Sinn und Werten ausgerichtet ist.

Die „Trotzmacht des Geistes“, ermöglicht es dem Menschen, sich – im Gegensatz zum Tier – für oder gegen etwas zu entscheiden, weil der Mensch über eine geistige (noetische) Dimension verfügt. Diese geistige Dimension beschreibt Frankl in seinem Menschenbild „Dimensionsontologie“ (Frankl 1946 / 2023 S. 52 f, Lukas 2023 S. 21 f). Sie ist dreidimensional:

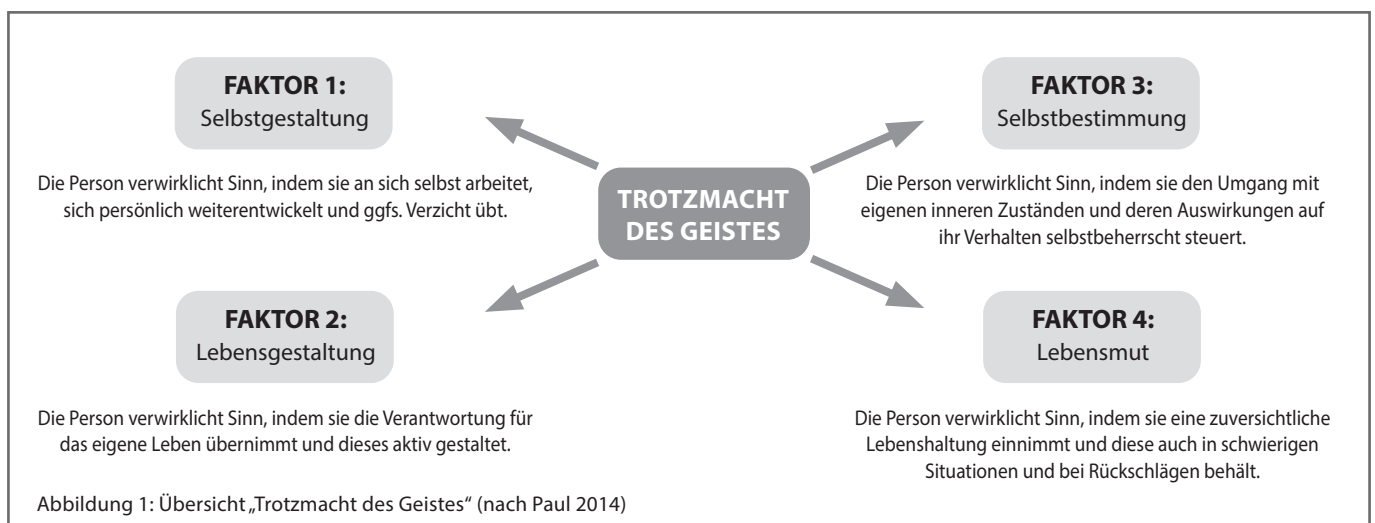
- Die erste, somatische Dimension beschreibt das organische Zellgeschehen und die physiologischen und biologischen Körperfunktionen, wie sie für Pflanzen, Tiere und Menschen beschreibbar sind;

- Die zweite, psychische Dimension ist jene Ebene, die mit den Dimensionen der Gefühle, Triebe, Instinkte, Begierden zu tun hat. Sie ist bei Tieren und Menschen vorhanden. Nach Frankl gehören hierhin auch die „intellektuellen Begabungen des Menschen, seine erworbenen Verhaltensmuster und Prägungen“ (Lukas 2023, S. 22; vgl. auch Monsó 2025).
- Die dritte, geistige Dimension, die das spezifische „Humane“ des Menschen ausmacht, beschreibt die grundsätzliche Fähigkeit des Menschen zur freien Stellungnahme „zu Leiblichkeit und Befindlichkeit, (zur) eigenständigen Willensentscheidung („Intentionalität“), sachliches und künstlerisches Interesse, schöpferisches Gestalten, Religiosität und ethisches Empfinden („Gewissen“), Wertverständnis und Liebe“ (Lukas 2023, S. 22).

Wichtig ist bei diesem Menschenbild zu beachten, dass die geistige Dimension natürlich die erste und zweite Dimension (von Frankl als „Psychophysikum“ bezeichnet) benötigt, um wirksam werden zu können, die geistige Dimension „durchtönt“ das Psychophysikum. Dieser Frankl'sche Begriff besagt einerseits, dass die „geistige Dimension“ das Psychophysikum braucht, um wirksam werden zu können. Andererseits illustriert dieser Begriff das allseits bekannte Phänomen, dass ein Instrument, etwa eine Violine oder eine Flöte, in Schwingung gesetzt wird, wenn musiziert wird: Ohne die Schwingungen des Holzes oder des Metalls, werden keine Klänge erzeugt.

Dieses aus klinischer Sicht einleuchtende Modell wurde von Paul (2014) operationalisiert und evaluiert. Die hypothesenkonformen Ergebnisse dieser Validierungsstudie beschreiben abgrenzbare und psychometrisch erfassbare Indikatoren für Sinnorientierung reliabel ( $r = .87$ ,  $p < 0,01$  zweiseitig) (Paul 2014, S. 262).

Paul (2014) versuchte mit dem Modell „Trotzmacht des Geistes“ zu arbeiten und entwickelte so ein vierfaktorielles Strukturmodell, um die „Trotzmacht des Geistes“ zu operationalisieren. Die Faktoren benannte sie wie folgt: Faktor 1 beschreibt die „Selbstgestaltung“: „Die Person verwirklicht Sinn, indem sie



an sich selbst arbeitet, sich persönlich weiterentwickelt und gegebenenfalls Verzicht übt“ (ebd. S. 254) Faktor 2 nennt Paul „Lebensgestaltung“: „Die Person verwirklicht Sinn, indem sie die Verantwortung für das eigene Leben übernimmt und dieses aktiv gestaltet“. „Selbstbestimmung“ ist der dritte Faktor und beschreibt, dass die Person Sinn verwirklicht, „indem sie den Umgang mit eigenen inneren Zuständen und deren Auswirkungen auf ihr Verhalten selbstbeherrscht steuert“. Im Faktor 4 „Lebensmut“ verwirklicht die Person Sinn, „indem sie eine zuversichtliche Lebenshaltung einnimmt und diese auch in schwierigen Situationen und bei Rückschlägen behält“.

## Fragestellung und Methode

Im Rahmen eines empirischen Forschungsprojektes zu „Familienmediation bei assistiertem Suizid“ wird den Fragen nachgegangen

- wie Familien, in denen eine Person einen assistierten Suizid in Erwägung zieht (z. B. aufgrund einer lebensverkürzenden Krebserkrankung), über dieses Ansinnen diskutieren
- welche Fragen kontrovers verhandelt werden
- wie die suizidalen Personen argumentieren
- welche möglicherweise anderen Argumente seitens der An- und Zugehörigen formuliert werden (Neander 2023a, 2023 b)

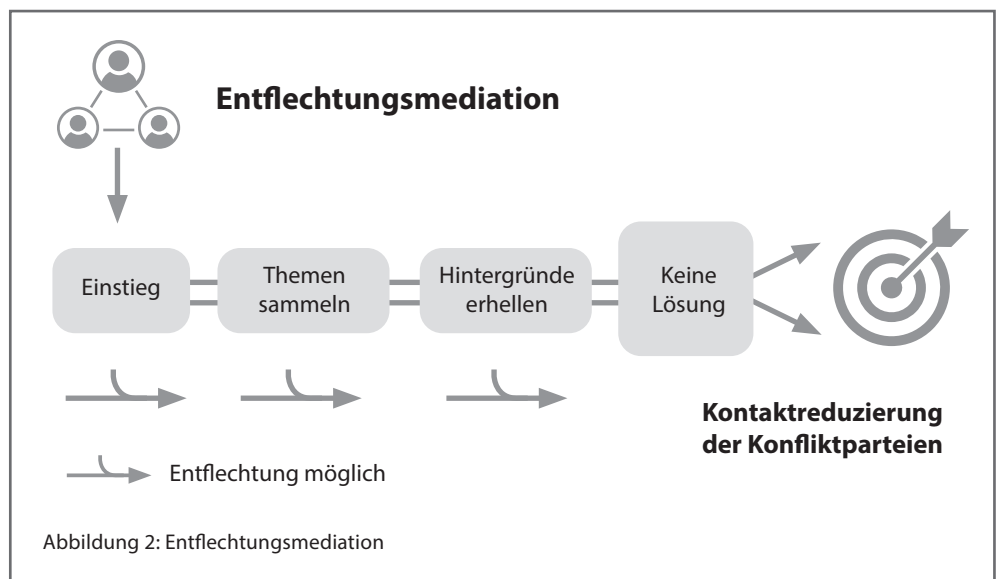
Diesem Beitrag liegt die Auswertung von zwanzig Familienmediationen zugrunde, die der Erstautor (KDN) vor Beginn seiner Ausbildung zum Logotherapeuten (Dr. Sibylle Meyer, Berlin) begann. Die Mediationen erfolgten nicht mit dem theoretischen Konzept der „Trotzmacht des Geistes“, vielmehr entsprechen die Kategorien des Konzepts aufgefundenen Befunden im Material.

Mediation wird als „ein freiwilliges und vertrauliches Verfahren (beschrieben), bei dem die Parteien mithilfe eines Mediators freiwillig und eigenverantwortlich eine einvernehmliche Beilegung ihres Konfliktes anstreben“ (von Schlieffen 2016, S. 10). Sie verläuft in mehreren Schritten, die hier nicht weiter diskutiert werden sollen.

„Das Ziel einer Mediation ist es, eine faire Lösung im Interesse aller Beteiligten zu erarbeiten“ (Redlich 2014, S. 4). Denn die Ergebnisse sollen von allen Beteiligten nicht nur akzeptiert, sondern auch umgesetzt werden, damit die Beziehung weiterhin friedlich gelebt werden kann. Das kann erreicht werden, indem die Parteien lernen, miteinander zu kommunizieren und eigenverantwortlich kreative Lösungsmodelle zu entwickeln (von Schlieffen 2016, S. 10, vgl. auch Trenzcek 2017, S. 35ff, Tren-

czek, Berning, Lenz, Will 2017, S. 64 ff). Damit ist die Anschlussfähigkeit zur Logotherapie gegeben: Sinn ist, was für alle gut ist, nicht nur, was der Betroffene in seinem Leid als (un)sinnig ansieht.

Einen relativ unbekannten Ansatz in der Mediation findet man im Konzept der „Entflechtungsmediation“. Wie die folgende Abbildung verdeutlicht, geht es in diesem Mediationskonzept nicht darum, dass sich die Medianten und Mediantinnen zwingend einig werden, wie die Situation gelöst werden soll, sondern darum, das Thema gemeinsam besprochen zu haben, um die Argumente der „Gegenseite“ zu verstehen. Die unterschiedlichen Ansichten bleiben möglicherweise bestehen und beide Seiten akzeptieren die jeweilige Ansicht der anderen Seite und die daraus resultierenden Handlungen. Mit anderen Worten: die Zu- und Angehörigen unterstützen die Idee des assistierten Suizids nicht, haben aber die Argumente der suizidalen Person verstanden und alle Beteiligten haben – in der Mediation – einen Weg gefunden, wie sie zukünftig miteinander umgehen wollen bzw. können. Es geht also „um Nähe und Distanz, von Intensivierung und Entflechtung“ (Redlich 2015, S. 4) des familiären Zusammenhalts, denn nicht immer ist eine Einigung möglich. Die Medianten und Mediantinnen haben (sehr häufig) das Gefühl, dass nichts mehr geht, sie möchten den schmerzhaften Einigungsversuch als unlösbar beenden, und sie versuchen, einen „möglichst großen Abstand zwischen sich und die andere Seite“ zu bringen (Redlich 2015, S. 4). Das mag in „normalen“ Paarmediationen gelingen oder in konflikthaften Arbeitsbeziehungen, aber in existentiellen Fragen wie der nach dem assistierten Suizid ist eine Einigung häufig schwerlich zu erreichen. Auch die Entflechtungsmediation verläuft in mehr oder weniger deutlich definierten Schritten.



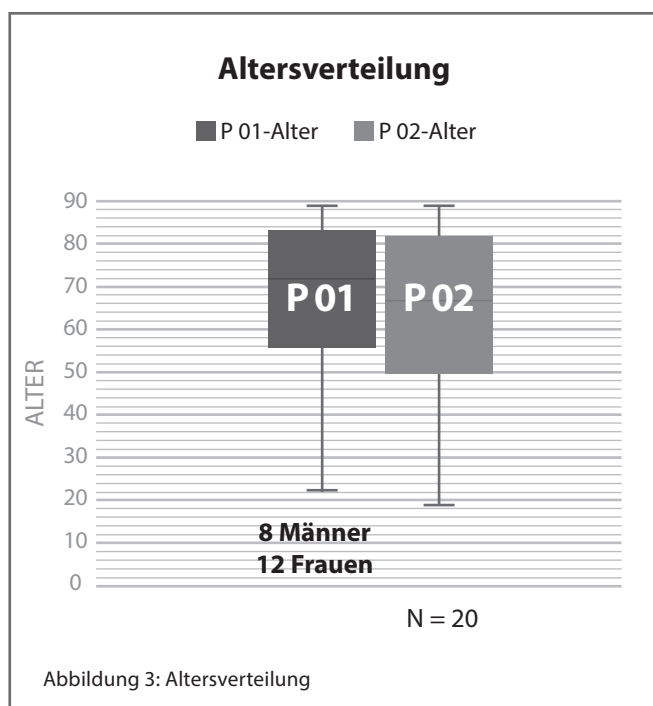
Die vielzitierte Ergebnisoffenheit verspricht, dass die Mediation bzw. der Mediator oder die Mediatorin Inhalt und Art der Lösung nicht im Vorfeld festlegt, sondern die Medianten und Mediantinnen die Lösung selbst erarbeiten.

Die Mediationstheoretiker, die die Entflechtungsmediation entwickelt haben, schließen in bestimmten Situationen eine „konsensorientierte Trennung“ oder eine „friedliche Trennung“ eher aus, andere unterstützen diese Idee (vgl. Kreuser, Robrecht, Erpenbeck 2012, S. 128, Besemer 2007, S. 61f). Entflechtungsmediation hat als Ergebnis eine Kontaktreduzierung der Konfliktparteien, die so weit wie notwendig umgesetzt wird, um den Konflikt zu bewältigen, der ja bis zum Lebensende weiterbestehen wird (Hemieda, Herzog & Redlich 2015, S. 7).

### Zugang zur untersuchten Population

Der Erstautor (KDN), Master in Mediation, arbeitete längere Zeit als Krankenpfleger in verschiedenen ambulanten Palliativpflegediensten in Hamburg. Ein ehemaliger Kollege nahm Kontakt zu ihm auf, als er bereits im Ruhestand war und keinerlei Kontakt mehr zu Patienten und Patientinnen im palliativen Kontext hatte. Er schilderte einen komplizierten Fall einer Diskussion um einen assistierten Suizid und bat ihn – mit Einverständnis der betroffenen Familie – das Gespräch zu mediieren. Nach erfolgreicher Mediation kamen über Empfehlungen und andere Pflegedienste weitere Familien hinzu.

Die Altersverteilung für die Suizidalen (P 01) und deren Partner:in (P 02) zeigt die folgende Grafik, dabei sind an den hier vorgestellten Fällen ausschließlich heterosexuelle Cis-Personen beteiligt.



Die Familien stimmten der Teiltranskription zu, konnten die mitgeschriebenen Texte in der jeweiligen Folgesitzung nachlesen und ggfs. korrigieren. Für die Auswertung, der die Familien ebenfalls zustimmten, wurden sämtliche Daten, die einen

Rückschluss auf die Familien bzw. auf die suizidale Person ermöglichen könnten, vollständig anonymisiert. Einer vollständigen Aufzeichnung der Gespräche via Tonaufzeichnung stimmte keine der Familien zu.

Die Mediationssitzungen (in der Regel waren es drei Sitzungen zwischen je 90 – 240 Minuten) fanden, auch das ist unüblich, wegen der Krankheit mindestens einer Person, in der häuslichen Umgebung (und in Einzelfällen auch via ZOOM) statt. Normalerweise werden Mediationen in für die Medianten und Mediantinnen „neutralen Räumen“, bspw. dem Praxisraum durchgeführt. Die Mediationsleistung bestand in der Strukturierung der teilweise enorm emotional geführten Diskussionen, der Zusammenfassung einzelner Aussagen, wenn eine Person lange Wortbeiträge brachte, wobei darauf zu achten war, dass diese Zusammenfassungen nicht die Meinung bzw. Interpretation des Mediators, sondern tatsächlich die Aussagen der betreffenden Person enthielten. Weiterhin musste nicht selten Sorge dafür getragen werden, dass verbale Attacken, Schimpfworte und Beleidigungen unterblieben bzw. „abgemahnt“ wurden.

Besondere Herausforderung für den Mediator ist das Neutralitätsgebot des Mediationselbstverständnisses: oft wurden medizinische Fragen in den Mediationen diskutiert, wenn es z. B. um die Frage einer möglichen Hospizaufnahme ging oder in den Mediationen sehr häufig deutlich wurde, dass die Aufklärung der suizidalen Person durch Ärztinnen und/oder Ärzte möglicherweise gar nicht stattgefunden hatte oder unzureichend war. Da Mediatoren und Mediatorinnen die Konfliktparteien nicht beeinflussen sollen, verbietet es sich, medizinische Informationen oder andere Tipps zu geben, da z. B. Hinweise auf eine sehr gute palliative Betreuungsmöglichkeiten alle Beteiligten „beeinflussen“ könnten. Hier liegt ein „mediationstheoretisches“ Problem vor, weil der Anspruch der Neutralität zumindest in emotional schwierigen und belastenden Mediationen dieser Anspruch nicht einzuhalten ist.

### Ergebnisse

Die hier vorgestellten Ergebnisse sind als vorläufige Mitteilung aus der noch nicht abgeschlossenen Studie zu verstehen und beziehen sich auf die von Paul vorgenommene Operationalisierung der „Trotzmacht des Geistes“. Paul hatte jeder der vier Faktoren bestimmte Items zugeordnet, die dann Eingang in den von ihr entwickelten „Fragebogen zur Trotzmacht des Geistes“ Verwendung fanden und in einen sog. SININDEX einfließen. Der SININDEX „wird als Gesamtmaß für die Ausprägung der Trotzmacht des Geistes erhoben“ (Paul 2014, S. iii). Die folgende Abbildung zeigt die Items, die die suizidalen Mediationspartner:innen in ihren Diskussionsbeiträgen (fast wörtlich) formulierten, ohne dass ihnen und dem Mediator diese Items bekannt gewesen wären.

**Selbstgestaltung** = Die Person verwirklicht Sinn, indem sie an sich selbst arbeitet, sich persönlich weiterentwickelt und ggfs. Verzicht übt.

- Um meinen Sinn im Leben zu finden, bin ich bereit, eigene Grenzen zu überwinden
- Ich habe bewiesen, dass ich mich selbst verändern kann.
- Entbehrungen kann ich ertragen, wenn das für mich Sinn macht.

**Lebensgestaltung** = Die Person verwirklicht Sinn, indem sie die Verantwortung für das eigene Leben übernimmt und dieses aktiv gestaltet.

- Ich bin selbst Gestalter:in meines Lebens.
- Für das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun, nehme ich auch schwere Wege auf mich.

**Selbstbestimmung** = Die Person verwirklicht Sinn, indem sie den Umgang mit eigenen inneren Zuständen und deren Auswirkungen auf ihr Verhalten selbstbeherrscht steuert.

- Wenn ich mich über etwas ärgere, ist meine Entscheidung, zu welchem Verhalten das führt.

**Lebensmut** = Die Person verwirklicht Sinn, indem sie eine zuversichtliche Lebenshaltung einnimmt und diese auch in schwierigen Situationen und bei Rückschlägen behält.

- Wenn ich entmutigt bin, kann es trotzdem wichtig sein, weiterzumachen.
- Gerade in den schlimmen Situationen kommt es auf die innere Einstellung an.

Abbildung 4: Faktoren und Items des Fragebogen TdG (nach Paul)

Die folgende Tabelle gibt einige Zitate aus den Mediationen derer wieder, die letztlich keinen assistierten Suizid durchgeführt haben.

#### Faktor 1 nach Paul (2014): Selbstgestaltung

- ...ja das (eine Zweitmeinung einholen) wollte ich Dir auch vorschlagen – mir ist schon wichtig, dass Du die Sicherheit hast, dass medizinisch alles richtig eingeschätzt wurde (Fall 002 / Sitzung 1 / Zeile 27)
- Es fällt mir leichter die Einschränkungen, die gesundheitlichen Entbehrungen zu ertragen, wenn es für mich Sinn macht ... und es macht Sinn, zu versuchen, das Leben zu genießen (Fall 002 / Sitzung 3 / Zeile 14)
- Wenn ich mit dem Ertragen etwas Sinnvolles tun würde, dann würde ich das ja auf mich nehmen (Fall 007 / Sitzung 1 / Zeile 45)
- Ja, es muss doch auch mit 77 noch mehr geben ... wenn ich noch irgendeinen Sinn erkennen könnte, dann könnte ich die Schwierigkeiten, den Verlust der Lebensfreude irgendwie besser ertragen (Fall 011 / Sitzung 1 / Zeile 46)

#### Faktor 2 nach Paul (2014): Lebensgestaltung

- Nicht ich gebe uns Zeit, sondern meine Krankheit. Aber ja, Du hast beim letzten Mal gesagt, dass wir das Leben genießen sollten – das hat mich berührt, ja, Du hast Recht. Lass uns das Leben – soweit noch möglich – genießen (Fall 002 / Sitzung 2 / Zeile 08)
- Ob wir genießen können, weiß ich nicht, aber ich glaube, es ist gut, wenn Du mal die Studentin ansprichst, ich muss sie ja noch einnorden, wie sie hier zu helfen hat... die jungen Dinger haben ja in der Regel keine Ahnung von Haushalt (Fall 004 / Sitzung 1 / Zeile 43)
- okay, dann sprechen wir mal mit der Selbsthilfegruppe und dem Pflegedienst... (Fall 005 / Sitzung 2 / Zeile 40)
- Lass mich noch einmal eben nach Herbert (Freund aus München) fragen. Wieso meinst Du, ihm sei unser Telefonat so wichtig? (Fall 005 / Sitzung 3 / Zeile 40)

### Faktor 3 nach Paul (2014): Selbstbestimmung

- Ja, ich denke, das Thema ist erstmal vom Tisch. Erstmal meint; wenn ich den Eindruck habe, „ich kann nicht mehr“, dann würde ich das Thema wieder ansprechen, ist das okay für Dich? (Fall 001 / Sitzung 5 / Zeile 4)
- Im Krankenhaus, wo sie die Diagnose gestellt haben, sagten sie mir, dass es ambulante Pflegedienste gäbe, die das genauso gut könnten, wie im Hospiz, also was gegen Schmerzen unternehmen usw. usf. (Fall 007 / Sitzung 2 / Zeile 45)
- Der Besuch im Hospiz war toll; ich fand die Räumlichkeiten schön und die Leute erscheinen mir dort sehr kompetent. Aber ich kann dort erst hin, wenn ich „final“ bin, also sicher ist, dass ich sterben werde. Genau das will ich aber nicht. Somit fällt das Hospiz als Alternative weg (Fall 007 / Sitzung 3 / Zeile 51)

### Faktor 4 nach Paul (2014): Lebensmut

- Und da lohnt es sich ja doch vielleicht weiterzukämpfen, weiterzumachen ... man sagt ja, wenn die eigene Einstellung passt, kann man viel erreichen (Fall 001 / Sitzung 5 / Zeile 3)
- Wenn ich das wüsste ... ich bin 77, was könnte ich brauchen ... eine Aufgabe, eine neue Herausforderung vielleicht ... (Fall 011 / Sitzung 2 / Zeile 22)
- Das Thema „assistierter Suizid“ können wir erstmal begraben. (...) Sorry, reg Dich nicht auf ... „erstmal“, weil ich wichtigeres zu tun habe ... ich habe Dich, ich habe Aufgaben, ich will das Leben noch etwas genießen (Fall 011 / Sitzung 3 / Zeile 28)

Tabelle 1 Aussagen von Medianten und Mediantinnen zu den vier Paul'schen Faktoren

Von den zwanzig Suizidwilligen begingen sechs Personen einen assistierten Suizid; zwei Personen leben noch. Zwölf Klienten und Klientinnen, die ursprünglich einen assistierten Suizid begehen wollten, entschieden sich um und verstarben entweder zu Hause (9 Personen) oder im Hospiz (3 Personen).

- Von diesen zwölf Klienten und Klientinnen äußerten sich zehn Personen in den Kategorien, die Paul (2014) beschrieben hat (vgl. Tabelle 1)
- Die sechs Patienten und Patientinnen, die einen assistierten Suizid umsetzen, äußerten sich hinsichtlich der Faktoren, die Paul herausgearbeitet hat, gar nicht.

### Diskussion

Seit dem Urteil des BVerG zum assistierten Suizid aus dem Jahr 2020 wird die Diskussion um eine gesetzliche Regelung des Zugangs zum assistierten Suizid geführt. Neben formaljuristischen Themen, wird auch zu prüfen sein, ob die Entscheidung für einen assistierten Suizid unabhängig und freiverantwortlich erfolgt ist. Zudem aber gilt es, auch hier Möglichkeiten der Suizidprävention anzubieten. Aus der Erfahrung von Beratung und Therapie ergeben sich Hinweise, dass interpersonelle, insbesondere intrafamiliäre Konflikte mit dem Anliegen eines assistierten Suizids verknüpft sein können. Ihre Bewältigung kann einen Einfluss auf die letztendliche Entscheidung haben. Viktor E. Frankl hat darauf aufmerksam gemacht, dass

allein den Menschen die Fähigkeit auszeichnet, sich für oder gegen etwas zu entscheiden, er kein „Objekt“ von Triebsteuerung und Schicksal ist. Vor diesem Konzept der „Trotzmacht des Geistes“ werden Untersuchungsergebnisse aus Familienmedationen zum assistierten Suizid vorgestellt und diskutiert.

Angesichts der Überlegungen, Menschen, die einen assistierten Suizid in Erwägung ziehen, durch Psychiater begutachten zu lassen, könnten die ersten Ergebnisse der Untersuchung von hohem Interesse sein, weil sie Anregungen für die Beraterischen Interventionen geben. Ob sich aus diesen ersten Befunden eine prognostische Evidenz ableiten lässt, ist sicher

### Situation nach der Meditation

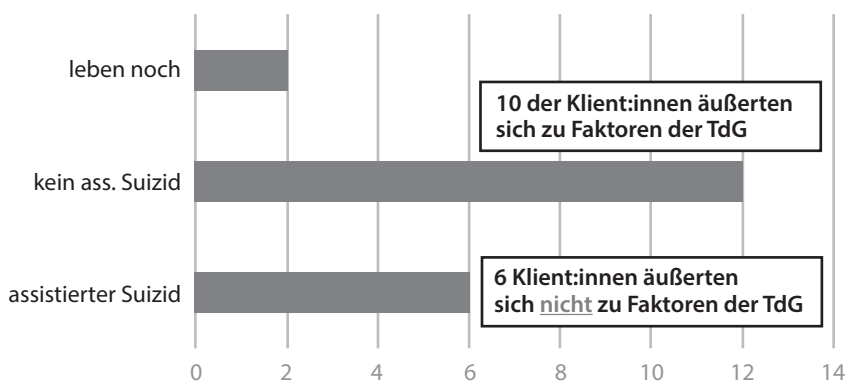


Abbildung 5: Situation nach der Mediation

noch nicht zu bewerten. Allerdings könnte im Beratungskontext das Augenmerk auf Äußerungen der Klienten und Klientinnen hilfreich für die Gestaltung des Beratungsprozesses sein. Darüber hinaus bieten sie die Möglichkeit der logotherapeutisch begründeten Suizidprävention.

Die Personen mit dem Anliegen eines assistierten Suizids dieser Untersuchung litten an Erkrankungen mit infauster Prognose und sie stellten sich den letzten existentiellen Fragen: Was bedeutet diese Prognose für die verbleibende Zeit, für mich und meine Familie, was muss ich an Schmerzen, Verlust der Selbstständigkeit etc. erleiden, wie will ich die letzte Zeit verbringen, wie will ich sterben. Einen assistierten Suizid durchführen zu wollen, stellt die individuelle Entscheidung der einzelnen Person dar. Die Personen müssen oder wollen sich mit ihren An- und Zugehörigen auseinandersetzen und ihre Entscheidung diskutieren, im Frankl'schen Sinne stellt diese Situation (auch) ein „soziologisches Schicksal“ dar, denn die Klienten und Klientinnen leiden an der Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt (Frankl 2024a, S. 144f). Diesem Schicksal der „infausten Prognose“ und dem sozialen Schicksal kann sich der Mensch stellen, „so oder so“. Die Familien, die der Familienmediation zustimmten, stellen sich also für oder gegen den assistierten Suizid und entscheiden.

Diejenigen, die einen assistierten Suizid in Erwägung zogen, wollten die Mediationssitzungen nutzen, um ihre Entscheidung, einen assistierten Suizid begehen zu wollen, den An- und Zugehörigen zu erläutern, die Entscheidung „für“ einen assistierten Suizid war in allen Fällen bereits (scheinbar) erfolgt. Ganz offenbar haben aber die Diskussionen mit den Familien manchmal bewirkt, dass die Entscheidung revidiert wurde, denn von den zwanzig Suizidwilligen starben zwölf Personen, nicht durch fest geplanten assistierten Suizid, sondern zu Hause bzw. im Hospiz. Und von diesen zwölf Personen machten zehn Personen Aussagen, die mit den Kategorien des von Paul konzipierten Fragebogens verstanden werden können.

Es zeigt sich, dass die Klienten und Klientinnen während der Diskussionen über die Entscheidung für oder gegen einen assistierten Suizid möglicherweise (indirekte) Aussagen zur Selbst- und Lebensgestaltung, Selbstbestimmung und zum Lebensmut machen, die in der (seelsorgerlichen) Beratung erkannt und aufgegriffen werden können.

Es bleibt die Frage, was diese zehn Personen veranlasst haben könnte, sich gegen den assistierten Suizid zu entscheiden und stattdessen sich doch dem auszusetzen, vor dem sie sich so ängstigten: Schmerzen, Atemnot, Abhängigkeit usw.

Dass Klienten und Klientinnen ihren geäußerten Suizidwunsch auch wieder zurückziehen und ihn ggfs. auch mehrfach verändern, ist zunächst nichts Außergewöhnliches. Auffällig ist allerdings, dass sich in dieser Untersuchung zwei Gruppen herauskristallisieren: die eine (kleinere) Gruppe setzt den angekündigten assistierten Suizid um, die andere (größere) Gruppe

nimmt diese Möglichkeit, für die sie sich ja eigentlich schon entschieden hatte, nicht wahr.

Ohne im Einzelnen begründen zu können, warum die Entscheidung revidiert wurde, zeigen sich zwei Ansätze für eine Beratung: In der Beratungssituation könnten möglicherweise Formulierungen, die die Trotzmacht des Geistes um- oder beschreiben, erkannt und i.S. einer Suizidprävention berücksichtigt werden. Die (logotherapeutische) Suizidprävention könnte darin bestehen, mit den Klienten und Klientinnen darüber ins Gespräch zu kommen, welche anderen Alternativen es zum assistierten Suizid geben könnte oder warum im Leiden doch ein Sinn liegen könnte – eine zentrale Frage, mit der sich Frankl intensiv beschäftigt hat: die Betroffenen haben durch die Gespräche oder in den Gesprächen erkannt, dass im Weiterleben, in der Entscheidung gegen den Suizid eine Sinnkomponente enthalten sein könnte, dass das Leben am Lebensende einen Sinn hat - trotz alledem! Aus dem Versuch, die Trotzmacht des Geistes zu beschreiben (Paul 2014), entwickelte sich in dieser Untersuchung letztlich die Sinnperspektive, die durch Gespräche wieder ins Blickfeld der Betroffenen gerückt wurde.

Sechs Klienten bzw. Klientinnen äußerten sich gar nicht zu den Kategorien, die Paul entwickelt hat. In weiteren Forschungen wäre der Frage nachzugehen, ob auf sie das von Ringel (1974) beschriebene „präsuizidale Syndrom“ anwendbar wäre.

## Literatur

- Batthyány A, Lukas E (2020) *Logotherapie und Existenzanalyse heute*. Innsbruck: Tyrolia, S. 228 - 232
- Besemer C (2007) *Mediation: Vermittlung in Konflikten*. Königsfeld: Stiftung Gewaltfreies Leben
- Castellucci L, Heveling A et al. (2023) *Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung*. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/076/2007624.pdf> (Zugriff: 2025-09-09)
- Castellucci L, Heveling A et al. (2022) *Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung*. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf> (Zugriff: 2025-09-09)
- Frankl VE (1975) *Theorie und Therapie der Neurosen*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Frankl VE (1994) *Logotherapie und Existenzanalyse*. Berlin: Quint
- Frankl VE (1946 / 2024a) *Ärztliche Seelsorge – Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. München: dtv, 13. Auflage
- Frankl VE (1949 / 2024b) *Der leidende Mensch – Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. Bern: Hogrefe, 1. Nachdruck der 4. Auflage
- Haft F, Gräfin von Schlieffen K (2016) *Handbuch Mediation*, 3. vollständig neubearbeitete Auflage, München: Beck
- Hemieda N, Herzog M, Redlich A (2015) *Entflechtung von Kon-*

*fliktparteien in der Mediation – Was sagt die Praxis? Konfliktodynamik 4(1):6-17*

Kreuser K, Robrecht R, Erpenbeck J (2012) *Konfliktkompetenz – Eine strukturtheoretische Betrachtung*. Wiesbaden: VS

Lukas E (2014) *Spannendes Leben – In der Spannung zwischen Sein und Sollen*. München: Profil Verlag, 4. erw. Auflage

Lukas E (2023) *Lehrbuch der Logotherapie*. München: Profil, 5. Auflage

Monsó S (2025) *Das Schweigen der Schimpansen – Wie Tiere den Tod verstehen*. Berlin: Insel-Verlag

Muscheler K (2024) *Das Recht des Todes – Grundlegung einer juristischen Thanatologie*. Berlin: Duncker & Humblot

Neander KD (2023a) *Wir haben Klärungsbedarf – Auswirkungen der Diskussionen um den Assistierten Freitod*, in: Arnold-Krüger D, Schäfer D, Frewer A (Hrsg.) (2023) *Herausforderung Sterbekultur - Ars moriendi nova in Zeiten von Pandemie und Suizidassistenten*. Stuttgart: Steiner

Neander KD (2023b) *Mediation bei Wunsch nach assistiertem Freitod*, in: *perspektive mediation – Beiträge zur Konfliktkultur*. 20(1):62–68. Wien: Verlag Österreich GmbH

Paul A (2014) *Noodiagnostik – Analyse und Messung der Trotzmacht des Geistes als noetisches Konstrukt und Kompetenz zur Sinnverwirklichung*. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München

Redlich A (2015) *Konfliktregelung zwischen Nähe und Distanz. Konfliktodynamik 4(1):4-5*

Ringel E (1974) *Selbstmord, Appell an die anderen: eine Hilfestellung*

*für Gefährdete und ihre Umwelt*. München: Matthias-Grünwald

Risse-Steller S (2024) *Strafwürdigkeit des assistierten Suizids – brauchen wir eine gesetzliche Neuregelung des § 217 StGB?* in: Bozzaro C, Richter G, Rehmann-Sutter C (Hrsg.) *Ethik des assistierten Suizids – Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*. Bielefeld: transcript, S. 17–28

Trenczek T (2017) *Außergerichtliches Konfliktmanagement (ADR) und Mediation – Verfahren, Prinzipien und Modelle*, in: Trenczek, Berning, Lenz, Will (Hrsg.) *Mediation und Konfliktmanagement: Handbuch Baden-Baden: Nomos*

Trenczek T, Bering D, Lenz C, Will H-D (2017): *Mediation in Deutschland, Österreich und der Schweiz – Entwicklung, Stand und Standards*, in: Trenczek, Berning, Lenz, Will (Hrsg.) *Mediation und Konfliktmanagement: Handbuch*. Baden-Baden: Nomos

Verrel T (2025) *Rechtliche Grundlagen des assistierten Suizids und mögliche Entwicklungen*, in: Giese C, Rabe M, Salomon F (Hrsg.) *Assistierter Suizid – Ein Thema in der Pflege?* Berlin: De Gruyter, S. 149–162

Eingegangen: 17.03.2026

Angenommen: 29.05.2026

### Korrespondenzadresse

Klaus-Dieter Neander,  
Master of Mediation, Hamburg  
E-Mail: klausneander@gmx.de

## Standpunkt

### Verletzlichkeit und Selbstbestimmung – ein Widerspruch?

Franz-Joseph Huainigg<sup>1</sup>

Dieses Referat hat Franz-Joseph Huainigg am 24.05.2025 beim D-A-CH Forum Suizidprävention und Assistierter Suizid in der Schweiz gehalten

Wenn ich mich selbst im Fernsehen sehe, erschrecke ich immer wieder. Puh, so behindert! Ich sehe jemanden, der weder Arme noch Beine bewegen kann, von einer Assistentin im Rollstuhl fortbewegt wird und an einem Beatmungsschlauch

hängt. Da verstehe ich auch Menschen, die zu mir sagen: „Mit so einer Behinderung könnte ich nicht leben!“ Aber glauben Sie mir: Meine Innensicht ist anders. Ich lebe ein selbstbestimmtes Leben, habe eine Familie, einen herausfordernden Job und führe ein gutes Leben. Wenn Sie einen Menschen mit Behinderung sehen, denken Sie auch immer daran, dass Ihre Außensicht nicht der Innensicht entsprechen muss. Was Sie vielleicht als „arm“ und „nicht lebenswert“ empfinden, kann aus der Sicht des Betroffenen ganz anders aussehen. Die Angst bei der Begegnung mit Menschen mit Behinderungen ist letztlich auch immer mit der Angst verbunden: „Hilfe, so möchte ich nicht sein!“ Dass ich ein gutes und selbstbestimmtes Leben führe, das ist durch die Unterstützung von

<sup>1</sup> Autor, Beauftragter für Barrierefreiheit und Inklusion beim ORF

persönlichen Assistent:innen und durch den Rückhalt meiner Familie möglich. Mein Beatmungsgerät nehme ich im Alltag oft gar nicht mehr wahr. Zwischendurch den Schlauch ausschütteln, wenn er sich mit Wasser gefüllt hat, die Atemkanüle absaugen und vom Schleim befreien oder katheterisieren, wenn die Blase voll ist, gehört zur alltäglichen Routine und passiert beinahe nebenbei. Wichtig ist, dass ich zwar einen hohen Pflegebedarf habe, aber die Pflege nicht mein Leben bestimmt, sondern in mein Leben integriert ist. Meine persönlichen Assistent:innen sind immer mit dabei, bestens geschult und immer einsatzbereit. Ein Traum!

Behinderung ist keine Krankheit. Sie ist eine Lebenssituation. Natürlich hat jeder Angst vor Verlusten. Ich bin zwar von Kindheitstagen an behindert, aber meine Behinderung ist progressiv und hat immer wieder meine Lebenssituation verändert. Ich musste schon oft von Körperfunktionen Abschied nehmen und mich mit neuen Lebensumständen auseinandersetzen.

Ich habe dazu ein Gedicht geschrieben:

### **Gott und die Welt**

*Als Kind waren meine Beine plötzlich gelähmt.  
Ich weinte und verstand Gott und die Welt nicht mehr.  
Da sprach Gott: Ich nehme Dir die Kraft der Beine  
und schenke Dir die Langsamkeit.  
So entdeckte ich eine neue Welt,  
langsam auf dem Boden kriechend.  
Als Jugendlicher konnte ich plötzlich nicht mehr  
mit Krücken gehen.  
Ich weinte und verstand Gott und die Welt nicht mehr.  
Da sprach Gott: Ich nehme Dir die Kraft in den Armen  
und schenke Dir dafür Witz und Ironie.  
So entdeckte ich im Rollstuhl eine neue Welt und brachte  
auf der Kabarettbühne die Leute zum Lachen.  
Jahre später konnte ich weder Arme noch Beine bewegen.  
Ich weinte und verstand Gott und die Welt nicht mehr.  
Da sprach Gott: Je weniger Du Dich bewegst,  
desto mehr bewegst Du.  
So begann ich die Welt ein wenig zu verändern  
und wurde Politiker.  
Heute kann ich nicht mehr ohne Maschine atmen.  
Ich weinte und verstand Gott und die Welt nicht mehr.  
Da sprach Gott: Ich nehme Dir die Lungenkraft  
und schenke Dir einen langen Atem.  
Um für die Würde des Lebens zu kämpfen.*

Eine Behinderung kann jedem Menschen passieren. Und auch wenn die perfide vorgeburtliche Aussortierungspolitik weiter voranschreitet, es wird immer behinderte Kinder geben. Vielleicht sagen Sie heute: „Wenn ich einmal im Rollstuhl sitze, ist das Leben zu Ende! Da würde ich nicht mehr leben wollen!“ Doch wenn es Ihnen morgen passiert, könnten Sie eine ganz andere Sichtweise auf Ihr Leben entwickeln.

2006 hatte ich eine große Gesundheitskrise. Meine Lähmung begann aufzusteigen und ich bekam kaum Luft, war durch die Schluckbeschwerden abgemagert und konnte, so schwach wie ich war, kaum noch sprechen. Ins Krankenhaus fuhren wir erst im letzten Moment, als ich immer so müde war, dass ich mich gleich nach dem Frühstück wieder hinlegen musste. Die Ärzte waren entsetzt und nahmen meine Frau zur Seite. „Will Ihr Mann überhaupt noch leben?“, wurde sie gefragt. Meine Frau und ich erschrakten. Selbstverständlich wollte ich leben! Aber natürlich war diese Frage sehr berechtigt. Die Ärzte hatten einen Menschen vor sich, der weder Arme noch Beine bewegen konnte, sehr abgemagert war und auch kaum mehr Luft bekam. In Österreich kann der Patient oder Patientin jede medizinische Behandlung ablehnen, auch wenn diese zum Tode führt. Nur für uns war diese Frage äußerst überraschend. Daher ist es wichtig, dass Ärzte immer wieder die gesamte Lebenssituation im Auge behalten und hinterfragen.

Ich verfasste damals eine Patientenverfügung, in der ich an den Arzt drei Wünsche festhielt: Ich wollte, dass die Ärzte alles unternehmen, damit ich wieder Luft bekomme. Ich wollte wieder bei meiner Familie leben und nach Möglichkeit auch wieder meiner Arbeit nachgehen. Ich hätte die Beatmung auch ablehnen können und man hätte mir ein Sterben ohne Erstickungsängste und Schmerzen zugesagt. Heute weiß ich, dass meine damalige Entscheidung goldrichtig war, denn alle meine drei Wünsche gingen auch in Erfüllung. Der Mensch ist anpassungsfähiger als man denkt. Hätte ich mich damals anders entschieden, hätte ich die letzten 19 Jahre nicht miterlebt. Hätte meine Kinder nicht aufwachsen sehen, keine Bücher mehr geschrieben, mein bestes und schönstes Gedicht nicht verfasst, keine politische Karriere hingelegt – und wäre letztendlich heute nicht bei Ihnen!

Behinderung ist auch nicht immer gleich mit einem Sterbewunsch verbunden. Aber sicherlich ist das Auseinandersetzen mit dem Thema Behinderung auch immer eine Auseinandersetzung mit der Verletzlichkeit des Lebens. Sterben gehört zum Leben. Ja, sicherlich! Aber ich denke nicht immer daran, nur weil ich eine Behinderung habe. Selbst dann nicht, wenn eine Mücke auf meiner Stirn sitzt, sich ans Werk macht und die Assistentin gerade in der Küche ist.

### **Selbstbestimmt leben versus selbstbestimmt sterben**

Ich möchte zuerst wieder eine kleine Geschichte aus meinem Leben erzählen: Nach dem Krankenhausaufenthalt kam ich, mit einem Heim-Beatmungsgerät ausgerüstet, wieder nach Hause. Die Anfangszeit war schwierig: die Atemkanüle absaugen und diese wechseln, das Tracheostoma abdichten, neue Assistentinnen finden und einschulen... es war eine Herausforderung. Doch mit meiner mutigen Frau gelang das alles. Ich lernte mit einer Logopädin mit dem Beatmungsgerät wieder essen und sprechen.

Eines Tages hörte ich in den Medien von einem Polen namens Janusz Świtaj, der beatmet ist, unbedingt sterben wollte und für

ein Euthanasiegesetz in Polen kämpfte. Er wollte nicht mehr leben und forderte, dass sein Beatmungsgerät abgeschaltet wird. Das berührte mich sehr. Ich schrieb ihm eine Mail und fragte: „Was muss passieren, damit du wieder leben möchtest?“ Er antwortete tatsächlich: „Ich liege seit 10 Jahren zuhause im Bett und werde von meinen Eltern gepflegt. Den ganzen Tag starre ich die Decke an. Ich habe drei Wünsche: Ein mobiles Beatmungsgerät und einen Elektrorollstuhl, damit ich aus dem Bett komme, eine Persönliche Assistenz, damit ich selbstbestimmt leben kann und einen Job, damit ich eine Aufgabe habe.“ Drei Jahre später erfuhr ich, dass sich all seine Wünsche erfüllt hatten. Eine polnische Schauspielerin und Stiftungsgründerin nahm sich seiner an. Dadurch konnte er zu studieren beginnen und fing an, bei der Stiftung als Berater für Menschen in Lebenskrisen zu arbeiten. Damit verhalf er anderen zu einer neuen Lebensperspektive, die er selbst wieder gefunden hatte.

Mein Resümee aus diesen Erfahrungen: Wenn jemand sagt, er möchte nicht mehr leben, heißt das: Ich möchte so nicht mehr leben. Ich erinnere mich an das bahnbrechende Werk von Viktor E. Frankl, trotzdem JA zum Leben zu sagen. Unsere satte und verwöhnte Gesellschaft muss auch wieder dem Leben Fragen stellen, die gerade auch durch das Leid zu erfahren sind. Wenn wir diesen Fragen ausweichen, werden wir die Tiefe eines erfüllten und glücklichen Lebens nicht erfahren. Zitat Nietzsche welches Frankl mehrmals zitierte: „Wer ein Warum zum Leben hat, erträgt fast jedes Wie“. Vor allem drei Faktoren sind für den Sterbewunsch ausschlaggebend: Schmerzen, Einsamkeit und Perspektivlosigkeit. Daher ist es für Ärzte, die mit einem Sterbewunsch konfrontiert werden, wichtig, die Lebensumstände des Menschen zu erfragen und wahrzunehmen. Das heißt in erster Linie einmal zuhören. Was steckt dahinter? Schmerzen kann man durch die Palliativmedizin nehmen. Dr. Herbert Watzke leitete 2016 die Palliativmedizin im Allgemeinen Krankenhaus Wien. Er erklärte in der Enquetekommission „Würde am Ende des Lebens“ im Parlament, dass die Palliativmedizin heute physische Schmerzen nehmen kann. Niemand muss mehr schmerzwindend sterben. Und das erstaunliche sei, dass wenn die Schmerzen weg sind, auch der Sterbewunsch verschwinde und neuer Lebenswille entstehe.

Auch Einsamkeit kann einen Sterbewunsch hervorrufen. Wer keine Besuche bekommt und sich allein gelassen fühlt, dem fehlen auch Lebensperspektiven. In diesem Fall hilft das Hospiz, das sich der Patient:innen annimmt und ihnen Aufmerksamkeit und Zeit schenkt. Ich habe die Palliativstation im Krankenhaus Göttlicher Heiland in Wien besucht. Es gibt einen großen Fokus auf die Wünsche der Patient:innen, ein warmes Vollbad, ein Frühstück mit Sekt und Lachs oder ein begleiteter Waldausflug. Alles wird möglich gemacht, so gut es geht.

Vor diesem Hintergrund habe ich das Projekt ProPerspektiven mit der ProMente Akademie ins Leben gerufen. Durch Workshops schulen wir Mitarbeiter:innen in Beratungsstellen im Umgang mit dem Sterbewunsch von Menschen mit Behinderungen. Es geht darum, bei einem Sterbewunsch neue Lebensperspektiven zu entwickeln. Das kann die Bekämpfung der Ein-

samkeit sein, durch beispielsweise Gespräche mit Freunden und Verwandten oder die Mitarbeit in einem Verein. Ebenfalls entscheidend ist die Eröffnung eines selbststimmten Lebens durch Unterstützungsmaßnahmen. Selbst, wenn man vieles nicht mehr selbstständig machen kann, kann man selbst ein zufriedenes Leben gestalten: hinausgehen, Leute treffen, einem Beruf nachgehen – einfach ein gutes und erfülltes Leben führen.

Ich wurde einmal von einem Journalisten gefragt: „Sie treten doch für selbstbestimmtes Leben ein. Dann müssen Sie auch ein Befürworter des selbstbestimmten Sterbens sein.“ Im ersten Moment eine schwierige Frage. Im zweiten Moment aber eine sehr dumme Frage, denn die Tötung beendet ja das selbstbestimmte Leben. Selbstbestimmtes Sterben steht selbstbestimmten Leben diametral gegenüber. Wir müssen zuerst fragen, wie ein selbstbestimmtes Leben in Würde bis zuletzt aussieht. Was kann man tun, um die Lebensumstände der Betroffenen zu verbessern? Besonders Ärzt:innen müssen auf der Seite des Lebens stehen, aber die Frage: „Wie kann ich dir helfen?“, ist eine schwierige geworden. Es wäre aus meiner Sicht daher unbedingt notwendig, die Aufgabe der Verschreibung eines todbringenden Mittels einer Behörde oder einem Gericht zu übertragen, die alle formalen Voraussetzungen zu prüfen hat. Dazu zählt eine ärztliche voll umfängliche Aufklärung. Die Gesetzgebung in den Niederlanden sieht vor, dass die Ärzt:innen das todbringende Medikament verschreibt. Damit sind sie in einer unauflösbaren Konfliktsituation gefangen.

### **Angst, künstlich im Leben gehalten zu werden**

Über das Sterben zu reden ist nicht einfach. Auch ich muss gestehen, dass ich Angst vor dem Sterben habe, es ist eine schmerzliche Auseinandersetzung mit Abschieden, Sinnfragen und Trauer.

Es gibt auch eine große Angst vor den vielen medizinischen Möglichkeiten. In Krankenhäusern kann der Fortschritt der Medizin auch zu unerwünschten Nebenwirkungen führen. Menschen können gegen ihren Willen am Leben erhalten werden. Besonders bedenklich ist das dann, wenn sie ihren Willen nicht mehr kundtun können. Es gibt auch immer wieder Ärzte, die den Patientenwillen nicht respektieren, da sie meinen, es besser zu wissen. Hier gilt es, das Recht der Patient:innen zu gewährleisten. Das geht am besten durch eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht in Deutschland. Jeder Patient oder jede Patientin hat das Recht darauf, eine Therapie abzulehnen oder abubrechen. Das Sterben gehört zum Leben dazu. Es ist wichtig, Menschen auch natürlich sterben zulassen. Ein Sterbeprozess kann als solcher erkannt und darf nicht künstlich gestoppt werden. Wenn ein sehr alter Mensch das Essen verweigert, kann das Teil des Abschiednehmens vom Leben bedeuten. Hier eine Ernährungssonde zu verordnen, bevor Ursachen und Lebensumstände der Nahrungsverweigerung abgeklärt sind, ist abzulehnen. Denn genau davor haben viele Angst. Die Menschen haben begründete Angst davor, künstlich am Leben erhalten zu werden. Das müssen wir respektieren, nicht das Kind mit dem Bade ausschütten.

## Kultur der Sorglosigkeit

Ein Paradebeispiel der Entwicklung der Sterbehilfe sind die Niederlande. Zuerst werden Ausnahmeregelungen für Einzelfälle geschaffen. Es kommt zu Grenzfällen und man fragt sich: „Warum nicht auch die ... und die ... und die?“ Und bald kommt es zu vielen Ausnahmeregelungen und in der Folge sogar zu einem allgemeinen Sterbeprinzip.

Sehen wir uns die Entwicklung in den Niederlanden im Detail an: 2022 wurden 8700 Personen in den Niederlanden auf ihr Verlangen hin getötet. Das entspricht einem Anstieg von 13%. Insgesamt entfallen bereits 5% aller Sterbefälle auf Euthanasie. Die Zahlen steigen in den Niederlanden vor allem bei demenzerkrankten Personen und Menschen mit Behinderungen, die anderen nicht zur Last fallen wollen. Jegliche Euthanasie-Gesetzgebung baut Druck auf behinderte Menschen auf. Sie müssen sich dafür rechtfertigen, überhaupt am Leben zu sein und anderen zur Last zu fallen. Ja sie dürfen nicht einmal mehr ihr Schicksal beklagen. Nicht im Wege stehen ist einer der Hauptmotive, warum in den Niederlanden Menschen mit Behinderung sterben „wollen“.

Es geht hier um gesellschaftliche Einstellungen: der Mainstream richtet sich immer mehr Richtung Suizidbeihilfe. Sogar bei Minderjährigen wird nicht Halt gemacht und Eltern entscheiden für ihre Kinder.

## Was macht das mit der Gesellschaft?

Diese Entwicklung lässt sich auch in steigenden Zahlen, Verfassungssprüchen und gesetzlichen Bestimmungen in Österreich, Deutschland und der Schweiz beobachten.

Wir brauchen keine Kultur des assistierten Suizides. Wir brauchen eine Kultur der Sorge!

Ich höre immer wieder den Podcast von Der Zeit „Alles gesagt...“. Ich finde ihn sehr gut, da Menschen zu Wort kommen und alles sagen können, was ihnen am Herzen liegt. Darin gibt es ein Spiel, wo der Gast immer zwischen zwei konträren Begriffen entscheiden muss. Zum Beispiel schwarz oder weiß? Gut oder böse? Wein oder Bier? Immer wieder kommt die Frage vor, die mir unangenehm aufstößt, aber wohl auch charakteristisch für unsere heutige Gesellschaft ist. Die Frage lautet: Sterbehilfe oder keine Hilfe? Als ob das eine Opposition wäre!

Geben wir dem Begriff Sterbehilfe wieder seine ursprüngliche Bedeutung der Fürsorge, der Zuwendung und liebevolle Unterstützung zurück. Ich möchte mit den Worten von Franz Müntefering, ehemaliger Bundesminister und SPD-Parteivorsitzender, enden: „Denen, die für Hilfe beim Töten sind, sollten wir das Wort Sterbehilfe nicht überlassen“

Eine Begleitung beim Sterben brauche allerdings jeder Mensch. Er selbst habe „mindestens zweimal aktive Sterbehilfe“ geleistet, betonte der damals 74-Jährige. „Sehr aktiv sogar,

bei meiner Mutter und bei meiner Frau: Hand gehalten, dabei gegessen, getröstet.“

Einige Menschen hätten ein falsches Verständnis von Selbstbestimmung, kritisierte Müntefering. „Die sagen: Ich muss entscheiden können, ob ich sterben will oder nicht, jederzeit in meinem Leben, begründungsfrei. Und das halte ich für gefährlich.“

Mit Freiheit und Selbstbestimmung habe das nämlich nichts zu tun. Vielmehr sei es geradezu absurd, die „Vernichtung der Existenz mit dem Hinweis auf ein Selbstbestimmungsrecht zu befördern“. Man lebe immer in einer Gemeinschaft und habe Mitverantwortung für das, was rundherum passiere.

## Mein Resümee:

Ich bin der Avatar von Franz Joseph. Danke, Franz Joseph, dass ich überhaupt noch zu Wort komme. Wenn auch ganz am Ende! Ich bin nicht seine bessere Hälfte, sondern seine innere Stimme: jugendlich, frisch und unendlich ausdauernd! Ich darf zusammenfassen, was Franz Joseph hier stockend vorgetragen hat.

Erstens. Beurteilen wir Menschen mit Behinderungen nicht nach ihren Defiziten, sondern rücken wir ihre Potentiale und Fähigkeiten in den Fokus. Lassen wir zu, dass sie durch ihre Verletzlichkeit wirken. Vor Tagen haben wir das Referat einer Frau gehört, die eine weitaus stärkere Behinderung hat als Franz Joseph. Katharina Posch: Sie hat über „trotzdem Leben“ referiert. Witzig, originell und mit sehr viel Esprit. Bei einer harmlosen Operation erlitt sie einen Hirnstamminfarkt, sitzt im Rollstuhl, hat ein Locked-In Syndrom. Sie kommuniziert über das Alphabet und neuerdings durch Augensteuerung mit einer hochdigitalen Funktionsapp über ein Tablet. Ich würde ihr ja auch einen Avatar empfehlen!

Schauen wir, welche Rahmenbedingungen es für ein gutes und erfülltes Leben braucht. Beispielsweise kann persönliche Assistenz ein Game Changer sein. Oder ein Avatar!

Zweitens. Der nicht ideologisierte Sterbewunsch ist ein Hilferuf nach Begleitung und Änderung der Lebenssituation. Schaffen wir neue Perspektiven! Gehen wir bei einem Sterbewunsch nicht den offensichtlich einfachsten und kürzesten Weg des Tötens, sondern stehen wir auf der Seite des Lebens.

Drittens. Was macht es mit dem Menschen? Es stellt sich nicht nur eine Frage, was es mit einem macht, wenn man den Zeitpunkt des Lebensendes bestimmt, sondern es stellen sich die Fragen, was macht das mit meiner Umgebung. Familie, die Menschen, die mich begleiten und die Gesellschaft generell. Welche Lücke bleibt? Was hätten sie noch gemeinsam erleben können?

Es gibt kein autonomes Sterben. Jeder lebt in einem Umfeld mit Freunden und Familie, die ebenfalls betroffen sind. Es geht

um ein Leben in Würde bis zuletzt, ohne den Druck, sich dafür rechtfertigen zu müssen.

Und mein persönliches Avatar-Resümee: Franz-Joseph lebt gerne und ich mit ihm!

#### Korrespondenzadresse

Dr. Franz-Joseph Huainigg

E-Mail: [mutzumglueck@gmail.com](mailto:mutzumglueck@gmail.com)

Facebook: <https://www.facebook.com/franzjoseph.huainigg>

Instagram: [franzjosephhuainigg](https://www.instagram.com/franzjosephhuainigg)

YouTube: Franz Huainigg

Linkedin: Franz-Joseph Huainigg

## INFO

### Aktuelles Buch:

Franz-Joseph Huainigg (2026)

#### Mein langer Atem.

Tyrolia, ISBN 978-3-7022-4330-2.

[https://www.tyroliaverlag.at/item/Mein\\_langer\\_Atem/](https://www.tyroliaverlag.at/item/Mein_langer_Atem/)

Franz-Joseph\_Huainigg?isbn=9783702243302

## Beiträge

# Running Quiets Mind: Der erste Mental Health Marathon in Österreich als erlebnisorientierter Ansatz zur niedrigschwelligen Suizidprävention

Selina Köberl<sup>1</sup>

#### Zusammenfassung

Suizidprävention erfordert neben traditionellen klinischen und beratenden Angeboten zunehmend lebensweltnahe und niedrigschwellige Ansätze, die Menschen auch außerhalb klassischer Hilfesysteme erreichen. Der Beitrag beschreibt Konzeption, Umsetzung und Erfahrungen des „Mental Health Marathon“, eines suizidthematisierenden Laufevents, das 2025 erstmals in Zell am See (Österreich) durchgeführt wurde. Ziel war es, durch Bewegung, Gemeinschaft und positive Rahmung Aufmerksamkeit für psychische Gesundheit zu schaffen, Stigmatisierung zu reduzieren und Zugänge zu Hilfsangeboten sichtbar zu machen. Die Erfahrungen legen nahe, dass positiv gerahmte, erlebnisorientierte Formate einen wirksamen Beitrag zur Suizidprävention darstellen und Anregungen für ähnliche Initiativen bieten können.

*Schlüsselwörter: Suizidprävention, Sport, Marathon, mentale Gesundheit, Niedrigschwelligkeit, event-basierte Intervention*

### Running Quiets Mind: The First Mental Health Marathon in Austria as an Experiential, Low-Threshold Approach to Suicide Prevention

#### Abstract

Suicide prevention requires approaches that go beyond traditional clinical and counselling services to reach people outside formal help systems in their everyday lives. This paper describes the conception, implementation, and experiences of the „Mental Health Marathon“, a running event held for the first time in Zell am See, Austria, in 2025. The aim was to raise awareness of mental health, reduce stigma, and increase the visibility of support services. The experiences suggest that positively framed, experience-oriented formats can make a meaningful contribution to suicide prevention and offer inspiration for similar initiatives.

*Keywords: suicide prevention, sport, marathon, mental health, low barrier, event-based intervention*

#### 1. Einleitung und Hintergrund

Suizid zählt weltweit zu den relevantesten Herausforderungen der öffentlichen Gesundheit. Neben individuellen Belastungen

<sup>1</sup> Eventorganisation

spielen gesellschaftliche Faktoren wie Stigma, mangelnde Gesprächskultur und unzureichende Sichtbarkeit von Hilfsangeboten eine bedeutsame Rolle. Gerade in ländlichen Regionen wird über Suizidalität häufig wenig gesprochen. Scham, Angst vor negativer sozialer Bewertung und die Vorstellung „darüber spricht man nicht“, tragen dazu bei, dass Betroffene und Angehörige Unterstützung erst spät oder gar nicht in Anspruch nehmen.

Die Forschung zur Medienwirkung hat wiederholt gezeigt, dass die Art und Weise, wie über Suizid gesprochen und berichtet wird, suizidales Verhalten beeinflussen kann. Der sogenannte Werther-Effekt beschreibt einen Anstieg von Suiziden nach unreflektierter, dramatisierter Berichterstattung über Suizidfälle (Phillips 1974), während der Papageno-Effekt auf die protektiven Potenziale hoffnungsvoller Geschichten und gelungener Krisenbewältigung verweist (Niederkrotenthaler et al. 2010). Diese Erkenntnisse legen nahe, dass nicht nur Inhalte, sondern auch Tonfall, Atmosphäre und Rahmung von Präventionsmaßnahmen entscheidend sind.

Parallel dazu gewinnen psychohygienische und gesundheitsförderliche Ansätze an Bedeutung, die nicht erst in der akuten Krise ansetzen, sondern schon frühzeitig psychische Resilienz stärken. Regelmäßige Bewegung, soziale Einbindung und Naturaufenthalte gelten als wichtige Schutzfaktoren für das psychische Wohlbefinden (Morita et al. 2007; Warburton et al. 2006; Sturm et al. 2012).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Suizidprävention und Aufklärung so gestaltet werden können, dass sie an alltägliche Lebenswelten anknüpft, positive Erfahrungen ermöglicht und gleichzeitig Information und Sensibilisierung integriert. Der Mental Health Marathon wurde als erlebnisorientiertes Format konzipiert, das Aufklärung zur Suizidprävention und Psychohygiene über ein öffentlichkeitswirksames Laufevent verbindet.

## 2. Konzept und Zielsetzung

Der Mental Health Marathon wurde als Laufveranstaltung entwickelt, bei der mentale Gesundheit und Suizidprävention explizit im Zentrum stehen. Anders als bei vielen Charityläufen, bei denen das Thema psychische Gesundheit nur am Rande präsent ist, wurde hier bewusst ein Format gewählt, das das Thema sichtbar, vor Ort erlebbar und für eine breite Bevölkerungsschicht ansprechend macht.

Zentrale Zielsetzungen waren:

- Stärkung des Bewusstseins für die Bedeutung psychischer Gesundheit
- Enttabuisierung von Suizidalität und psychischen Krisen
- Sichtbarmachung bestehender Hilfs- und Unterstützungsangebote
- Förderung von psychohygienischem Gemeinschaftserleben und sozialer Zugehörigkeit

- Entwicklung und Erprobung eines positiv gераhmten Präventionsformats
- Sammlung von Spenden zur Unterstützung regionaler Suizidprävention und Krisenintervention

Die Entscheidung für ein Lauf- bzw. Marathonformat knüpft an die hohe Verbreitung und niederschwellige Zugänglichkeit des Laufsports an. Langstreckenläufe gehören zu den populärsten Formen des Freizeitsports und sprechen sowohl ambitionierte Leistungs- und Extremsportler als auch Amateur- und Gelegenheitsläufer an. Dadurch entsteht ein gemeinsamer sozialer Raum, in dem Personen mit sehr unterschiedlichen sportlichen Vorerfahrungen, Altersgruppen und sozialen Hintergründen an derselben Veranstaltung teilnehmen und ein geteiltes Ziel verfolgen. Dieses Setting eignet sich in besonderer Weise, um Inhalte der psychischen Gesundheitsförderung und Suizidprävention niedrigschwellig zu platzieren, Stigmatisierung zu reduzieren und soziale Integration zu fördern.

## 3. Planung und organisatorische Umsetzung

### 3.1 Entstehungsprozess und Struktur

Die Planung des ersten Mental Health Marathon begann etwa ein Jahr vor der Veranstaltung. Ein zentrales Anliegen war, das Event auf eine tragfähige organisatorische Grundlage zu stellen. Zu diesem Zweck wurde ein Verein gegründet, der als Trägerstruktur fungierte (zunächst „LC5Pacer“, später in „Mind-Pacer“ umbenannt).

Das Organisationsteam setzte sich aus Personen mit unterschiedlichen Kompetenzen zusammen, darunter sportliche Expertise, Eventorganisation und -marketing sowie psychologische Fachkenntnis. Mitbeteiligt waren der österreichische Marathon-Rekordhalter Mag. Josef Unterberger, Stephanie Unterberger, Lorena und Selina Köberl sowie die Klinische- und Gesundheitspsychologin Mag.a Andrea Mühlbacher.

Die Streckenplanung und Genehmigung erfolgten in Abstimmung mit der Gemeinde Zell am See. Im März 2025 wurde die Strecke offiziell genehmigt. Die Wahl des Datums – 15. November – erfolgte aus mehreren Überlegungen: Der November ist eine Zeit in der sich viele Menschen psychisch herausgefordert fühlen, geprägt von kurzen Tagen und ungünstiger Witterung (hier die symbolische Botschaft „Farbe in den November bringen“). Gleichzeitig finden in dieser Jahreszeit vergleichsweise wenige Laufsportevents statt, was die Sichtbarkeit eines neuen Events erhöht und – in einer Region wie Zell am See, die touristisch vor allem im Sommer und Winter belebt ist – die Suche nach behördlicher Unterstützung und geeigneten Ressourcen erleichtert.

### 3.2 Kooperation und Partnerschaften

Ein wesentlicher Bestandteil des Konzepts war die Einbindung einer professionellen Hilfsorganisation, um eine Brücke zwischen Event und Hilfesystem zu schlagen. Als Hauptpartner wurde die Krisenintervention der Pro Mente Salzburg ausge-

wählt – eine Organisation, die psychosoziale Beratung und Unterstützung im Bundesland Salzburg und insbesondere in der Region Zell am See leistet und damit inhaltlich ideal zum Anliegen des Events passt. Die Organisation war als Spendenpartner beteiligt, stellte Informationen über Unterstützungsangebote zur Verfügung und war mit einem Stand sowie Fachpersonen vor Ort präsent.

Darüber hinaus wurden Kooperationen mit lokalen und regionalen Netzwerken aufgebaut. So unterstützten Rotary und Rotaract die Durchführung durch freiwillige Helfer, Ressourcen im Gastronomiebereich, Öffentlichkeitsarbeit sowie finanzielle Beteiligung als einer der Hauptsponsoren. Die Landesberufsschule Zell am See beteiligte sich mit einem Schüler-Projekt-Workshop bei den Vorbereitungsarbeiten am 13. und 14. November – unter anderem bei der Goodie-Bag-Vorbereitung, dem Zeltaufbau und der Streckenbeschriftung.

Die Sponsorsuche gestaltete sich als eine der zentralen Herausforderungen des Projekts, da es sich um eine Event-Erstauflage ohne etablierte Referenzwerte handelte. Ein Großteil der Förderer wurde über das persönliche Netzwerk des Organisationsteams gewonnen – ergänzt durch einige Sponsoren und Spender, die sich aufgrund regionaler oder inhaltlicher Nähe engagierten. Zu den Hauptsponsoren zählte neben den regionalen Rotary Clubs (RC Zell am See, Gastein, Saalfelden, Bischofshofen-Pongau und Golling-Tennengau) das österreichische Industrieunternehmen Lumpi-Berndorf.

### 3.3 Eventgestaltung und Formatelemente

Das Event war als klassisches Laufevent mit mehreren Distanzen konzipiert, um eine möglichst breite Zielgruppe anzusprechen – von ambitionierten Läufern bis zu Personen mit geringer Lauferfahrung. Neben dem Marathon (42,2 km) wurden ein Halbmarathon (21,1 km), ein 6-km-Lauf sowie eine Viererstaffel angeboten, um unterschiedliche Leistungsniveaus und Teilnahmemöglichkeiten zu berücksichtigen. Die Strecke war als Pendelstrecke konzipiert, bei der Start und Ziel identisch sind und die Strecke in beiden Richtungen durchlaufen wird – ein Format, das die gleichzeitige Teilnahme verschiedener Distanzgruppen ermöglicht und die soziale Begegnung zwischen den Teilnehmenden begünstigt.

Ein zentrales Gestaltungselement war die bewusst positive, einladende und motivierende Markenkommunikation. Die visuelle Identität zielte darauf ab, Assoziationen von Empathie, Hoffnung und mentaler Klarheit zu evozieren. Der Leitspruch „Running Quiets Mind“ fungierte als konzeptueller Anker und zog sich durch sämtliche Kommunikationskanäle. Ein eigens produziertes Werbevideo, das die Region Zell am See zunächst in dichtem Nebel zeigt, bevor sie sich sukzessive aufhellt, vermittelte diese Botschaft auch visuell – als Metapher für psychische Belastung und die Möglichkeit, durch Bewegung, Gemeinschaft und Austausch wieder Klarheit zu gewinnen.

Vor Ort ergänzten Informationsstände und die Möglichkeit zur informellen Kontaktaufnahme mit Fachpersonen das sportliche

Programm. Den Abschluss bildete ein gemeinschaftlicher Ausklang, in dessen Rahmen Vertreter der Krisenintervention von Pro Mente Salzburg Einblicke in die praktische Arbeit der Suizidprävention vermittelten – eingebettet in ein festliches Rahmenprogramm mit musikalischer Begleitung durch Band und DJ.

## 4. Durchführung und Erfahrungen

Der erste Mental Health Marathon fand am 15. November 2025 in Zell am See statt. Insgesamt nahmen rund 373 Personen an den verschiedenen Laufbewerben teil, davon 79 im Marathon, 154 im Halbmarathon, 40 in der 4-er Staffel und 100 im 6 km-Lauf. Unterstützt wurde die Veranstaltung von etwa 40 freiwilligen Helferinnen und Helfern, die beim Aufbau, der Streckensicherung und der Verpflegung mitwirkten. Darüber hinaus engagierten sich zwei professionelle Fotografen, zwei DJs, zwei Cheerleaderinnen, zwei Social-Media-Reporterinnen und ein Moderator auf freiwilliger Basis. Die Veranstaltung fand regionale Medienresonanz und wurde in lokalen und regionalen Medien aufgegriffen.

Die Teilnehmenden kamen aus unterschiedlichen Kontexten: von erfahrenen Marathonläufern über Freizeitsportlern bis hin zu Personen, für die der Lauf eine persönliche Bedeutung hatte – etwa aufgrund eigener Erfahrungen mit psychischen Krisen oder dem Verlust nahestehender Menschen. Auch Fachpersonen aus der Suizidprävention sowie medizinisches Personal waren vertreten und trugen zur interdisziplinären Einbettung der Veranstaltung bei.

Das gewählte Pendelstreckenformat erwies sich dabei als konzeptuell stimmig: Da Läufer verschiedener Distanzen einander auf der Strecke begegneten, entstanden spontane Interaktionen – gegenseitiges Grüßen und Anfeuern –, die das angestrebte Gemeinschaftserleben unmittelbar erlebbar machten.

Die Rückmeldungen der Teilnehmenden fielen durchweg positiv aus – sowohl in direktem Feedback an das Organisationsteam als auch in zahlreichen Beiträgen auf sozialen Medien. Das Event wurde unter anderem als „herzlich“, „toll organisiert“ und als „etwas ganz Besonderes“ beschrieben. Hervorgehoben wurden vor allem das Gemeinschaftsgefühl, die Naturverbundenheit der Strecke sowie das „positive Grundgefühl“, das den Tag geprägt habe. Neben der sportlichen Herausforderung wurde das Bewusstsein, „für etwas Sinnvolles zu laufen“, als zentraler Motivationsfaktor genannt. Mehrere Rückmeldungen verwiesen explizit auf die präventive Wirkung des Formats, indem es das Thema psychische Gesundheit in einem positiven, entstigmatisierenden Rahmen ins öffentliche Bewusstsein rücke.

Über das Event selbst hinaus entfaltete der Mental Health Marathon Wirkung im digitalen Raum. Über die Social-Media-Kanäle des Events (@mentalhealth.marathon auf Instagram und Facebook) wurden nicht nur Informationen verbreitet, sondern eine aktive Online-Community aufgebaut. Teilnehmende teilten ihre persönlichen Erfahrungen, Laufergebnisse und

Reflexionen und machten damit das Anliegen des Events in ihren eigenen Netzwerken sichtbar. Exemplarisch dafür stehen Beiträge wie: „Meinen ersten offiziellen Marathon gefinisht [...]! Ein Lauf im Zeichen der mentalen Gesundheit, der mir gezeigt hat, wie viel Stärke in uns allen steckt – körperlich wie mental“ oder: „Initiativen wie der Mental Health Marathon in Zell am See zeigen, wie wichtig es ist, offen darüber zu sprechen und gemeinsam ein Zeichen zu setzen.“ Darüber hinaus erhielt das Event organische Reposts von Initiativen und Einzelpersonen, die das Thema in ihren jeweiligen Communities weitertrugen.

Zusätzlich konnte ein Spendenerlös von rund 20.000 Euro zugunsten der Krisenintervention von Pro Mente Salzburg erzielt werden. Die Mittel werden vorrangig lokal in Zell am See und im Bundesland Salzburg eingesetzt, um Menschen in psychischen Krisen zu unterstützen. Damit verband das Event Bewusstseinsbildung mit einer konkreten, regional verankerten Ressourcenschaffung für die Suizidprävention.

## 5. Fazit, Limitationen und Ausblick

Die im Rahmen des Mental Health Marathon gewonnenen Erfahrungen deuten darauf hin, dass Suizidprävention auch jenseits klassischer Settings wie Klinik, Beratung oder Schule stattfinden kann. Durch die Verknüpfung von Bewegung, Natur, Gemeinschaft, positiver Rahmung und fachlich fundierter, verantwortungsvoll gestalteter Aufklärung kann ein Format entstehen, das Menschen emotional erreicht, Gesprächsanlässe schafft und bestehende Hilfsangebote sichtbar macht. Solche Eventformate können traditionelle Präventionsangebote nicht ersetzen, sie aber sinnvoll ergänzen und dazu beitragen, das Thema Suizid und Prävention im öffentlichen Raum anders – und im Sinne des Papageno-Effekts hoffnungsvoller – aufzugreifen.

### Limitationen

Als Erstauflage unterlag das Event einer Reihe struktureller Einschränkungen, die bei künftigen Auflagen gezielt adressiert werden könnten. Da das Event zum Zeitpunkt der Sponsorensuche noch keine öffentliche Bekanntheit aufgebaut hatte und Markenbildung Zeit braucht, waren die akquirierten Sponsormittel begrenzt. Zukünftige Auflagen könnten von einer frühzeitigeren Einbindung größerer regionaler und überregionaler Partner profitieren.

Inhaltlich wäre eine Erweiterung des Begleitprogramms möglich: Neben Laufen könnten auch andere Aktivitäten integriert

werden – wie etwa Yoga, Meditation oder Atemübungen, um unterschiedliche Zugänge zu Psychohygiene erlebbar zu machen. Auch ein erweitertes fachliches Rahmenprogramm mit Kurzvorträgen oder Workshops zu Themen der mentalen Gesundheit könnte den Aufklärungscharakter des Events vertiefen. Zudem bieten sich neben sportlichen Laufevents weitere kulturell eingebettete Formate an, um Menschen mit unterschiedlichen Interessensgebieten zu erreichen.

### Ausblick

Der Mental Health Marathon versteht sich als Ausgangspunkt einer Bewegung: Suizidprävention und psychische Gesundheit in einem positiven, stärkenden Licht zu verankern. Das Feedback der Teilnehmenden brachte dies wiederholt zum Ausdruck: „Wenn man Hilfe braucht und annimmt, ist es ein Zeichen von Stärke und nicht von Schwäche“ Wir hoffen, dass das Event viele Nachahmer findet – in anderen Regionen, in anderen Formaten, aber mit derselben Grundhaltung: Suizidprävention positiv, einladend und gemeinschaftlich zu gestalten.

### Literatur

- Morita E, Fukuda S, Nagano J, Hamajima N et al. (2007) Psychological effects of forest environments on healthy adults: Shinrin-yoku (forest-air bathing, walking) as a possible method of stress reduction. *Public Health* 121(1):54–63
- Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A et al. (2010) Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry* 197(3):234–243
- Phillips D P (1974) The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review* 39(3):340–354
- Sturm J, Plöderl M, Fartacek C et al. (2012) Physical exercise through mountain hiking in high-risk suicide patients: A randomized crossover trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 126(6):467–475
- Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD (2006) Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal* 174(6):801–809

### Korrespondenzadresse

Selina Köberl (MSc)

E-mail: mindpacer.at@gmail.com

Webseite: <https://www.mental-health-marathon.run/home>

# Früherkennung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen: Das tomoni-Modell

## Befähigung des sozialen Umfelds als systemischer Hebel

Alix Puhl<sup>1</sup>

### Zusammenfassung

Das soziale Umfeld junger Menschen - Lehrkräfte, Eltern, Sporttrainer - ist ein entscheidender, aber systematisch vernachlässigter Hebel der Früherkennung psychischer Erkrankungen und der Suizidprävention. Psychische Erkrankungen im Jugendalter bleiben oft Jahre unerkannt, obwohl Warnsignale im Umfeld sichtbar sind. tomoni mental health gGmbH wurde 2022 von den Eltern eines Jugendlichen gegründet, der sich infolge einer zu spät erkannten psychischen Erkrankung das Leben genommen hat. Die Organisation entwickelt kostenfreie Live-Online-Fortbildungen für Lehrkräfte, Eltern und Sporttrainer in drei zentralen Lebenswelten junger Menschen: Schule, Familie und Sport. Drei laufende randomisiert-kontrollierte Studien des Universitätsklinikums Würzburg prüfen die Wirksamkeit nach Good Clinical Practice-Standards. Wirksamkeitsaussagen werden ab Sommer 2027 erwartet.

*Schlüsselwörter: Früherkennung, Suizidprävention, Gatekeeper-Schulung, psychische Gesundheit, Kinder und Jugendliche*

### Early detection of mental disorders in children and adolescents: The tomoni model Empowering the social environment as a systemic lever

The social environment of young people – teachers, parents, sports coaches – is a decisive but systematically neglected lever for early detection of mental disorders and suicide prevention. Mental disorders in adolescence often go unrecognised for years, even though warning signs are visible in the social environment. tomoni mental health gGmbH was founded in 2022 by the parents of a young person who took his life as a result of a mental disorder that was recognised too late. The organisation develops free live-online training programmes for teachers, parents and sports coaches across the three central life domains of young people: school, family and sport. Three ongoing randomised controlled trials at the University Hospital of Würzburg are evaluating effectiveness according to Good Clinical Practice standards. Efficacy findings are expected from summer 2027.

*Keywords: early detection, suicide prevention, gatekeeper training, mental health, children and adolescents, early intervention, mental health literacy*

### Das Präventionsfenster wird systematisch verpasst

Psychische Erkrankungen im Jugendalter bleiben oft Jahre unerkannt, bevor eine Behandlung beginnt (Wang et al. 2004). In Deutschland erhält ein erheblicher Anteil betroffener Kinder und Jugendlicher keine professionelle Unterstützung (Ravens-Sieberer et al. 2022). In dieser Zeit sind die Betroffenen nicht unsichtbar. Sie bewegen sich täglich in Schule, Familie und Sport, umgeben von Erwachsenen, die Veränderungen wahrnehmen, sie aber häufig nicht einordnen können. Warnsignale werden oft erst im Nachhinein als solche erkannt, nicht weil niemand hingeschaut hat, sondern weil das Wissen fehlte, das Beobachtete hätte deuten lassen. Das soziale Umfeld junger Menschen ist damit der entscheidende, aber systematisch vernachlässigte Hebel der Früherkennung und der Suizidprävention.

Die Hälfte aller psychischen Erkrankungen Erwachsener beginnt vor dem 15. Lebensjahr (Solmi et al. 2022). Wenn wirkungsvolle Prävention und Frühintervention gelingen sollen, müssen sie im Kindes- und Jugendalter ansetzen, in einer Lebensphase, in der frühe Interventionen nachweislich stärker wirken als spätere (McGorry et al. 2024).

Die Folgen unbehandelter psychischer Erkrankungen im Jugendalter sind dokumentiert: verminderte Bildungs- und Berufschancen, soziale Isolation, erhöhtes Chronifizierungsrisiko und erhöhte Suizidalität (Kieling et al. 2011; McGorry et al. 2024). Bei schweren psychischen Erkrankungen ist die Lebenserwartung statistisch um 12 bis 15 Jahre verkürzt (Laursen et al. 2014).

Lehrkräfte, Eltern und Sporttrainer sind die Erwachsenen, die junge Menschen täglich sehen, beobachten und begleiten. Sie könnten als Gatekeeper fungieren: frühe Warnsignale erkennen, wertschätzend ansprechen, professionelle Abklärung einleiten und Betroffene auf dem Weg ins Versorgungssystem begleiten. Tun sie es? In der Mehrzahl nicht, weil sie nicht systematisch darauf vorbereitet werden.

### Von persönlichem Verlust zur systemischen Antwort

Im Juni 2020 nahm sich Emil Puhl das Leben. Er war 16 Jahre alt. Seine psychische Erkrankung war zu lange unerkannt geblieben, obwohl Menschen um ihn waren, die hinschauten. Was fehlte, war nicht Aufmerksamkeit, sondern Handlungswissen.

Was folgte, waren zwei Jahre Orientierung und Grundlagenarbeit: Gespräche mit Betroffenen, Wissenschaftlern und Pädagogen, eine bundesweite Befragung von rund 650 Lehrkräften – 67 Prozent fühlten sich nicht qualifiziert – sowie Veranstal-

<sup>1</sup> tomoni mental health gGmbH, Frankfurt am Main

tungen mit 800 Eltern, deren Rückmeldung einhellig war: Geeignete Angebote fehlen.

Im Juni 2022 – an Emils zweiten Todestag – gründeten seine Eltern Alix und Oliver Puhl tomoni mental health gGmbH. tomoni bedeutet zusammen auf Japanisch und steht für die Überzeugung, die den gesamten Ansatz trägt: Psychische Gesundheit ist keine klinische Aufgabe allein, sondern eine gesellschaftliche. Es braucht das ganze Dorf.

### **Drei Stufen: Vom Wissen zur Handlung zur Gesundheit**

tomoni wirkt in drei aufeinander aufbauenden Stufen.

**Kurzfristig** stärken die Fortbildungen das Umfeld entlang dreier Dimensionen: Wissen über psychische Erkrankungen, emotionales Verständnis für die Perspektive Betroffener und Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit. Diese drei Dimensionen werden in der Forschung zu Mental Health Literacy als wesentliche Voraussetzungen dafür beschrieben, dass Gatekeeper-Schulungen nachhaltige Wirkung entfalten können (Jorm et al. 1997).

**Mittelfristig** sollen Kinder und Jugendliche durch frühzeitiges Ansprechen früher gesehen werden und Unterstützung bei der Suche nach geeigneter Hilfe erhalten.

**Langfristig** zielt der Ansatz auf die Entlastung des Versorgungssystems: Frühere Inanspruchnahme verhindert Chronifizierung und macht intensivere, langwierige Behandlungen seltener notwendig.

### **Angebotsstruktur: Das ganze Dorf schulen**

Das Angebotsspektrum deckt drei zentrale Lebenswelten junger Menschen ab: Schule, Familie und Sport. Die Fortbildungen sind modular aufgebaut und inhaltlich auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten.

**tomoni.schools** richtet sich an alle an weiterführenden Schulen Tätigen und umfasst acht Module: nach einer Einführung in die Grundlagen psychischer Erkrankungen folgen störungsspezifische Module zu Depression, Angststörungen, selbstverletzendem Verhalten, Suizidalität, Essstörungen und Sucht sowie ein abschließendes Modul zur Gesprächsführung mit Eltern.

**tomoni.starts** folgt derselben Logik, angepasst an die jüngere Altersgruppe der Grundschule, mit den Themen Angststörungen, Depression, ADHS, Autismus, Störung des Sozialverhaltens und LRS/Dyskalkulie.

**tomoni.sports** richtet sich an Trainer im organisierten Sport und besteht aus drei Modulen: Grundlagen der Früherkennung, störungsspezifisches Wissen zu Depression, Angst und Essstörungen sowie der Umgang mit herausforderndem Verhalten wie ADHS oder Autismus, zugeschnitten auf den Trai-

ningsalltag. Das Angebot wurde in Kooperation mit Eintracht Frankfurt über zwölf Monate entwickelt.

**tomoni.parents** richtet sich an Eltern, Verwandte und weitere Sorgeberechtigte und umfasst vier Webinare: „Wut ist gut. Oder?“ führt in die Rolle von Emotionen bei Kindern ein und zeigt, wann Wut ein Hinweis auf psychische Belastung sein kann. „Pubertät. Oder mehr?“ beleuchtet die Unterscheidung zwischen pubertärem Verhalten und Anzeichen einer psychischen Erkrankung wie Depression. „Das kleine 1x1 der psychischen Erkrankungen“ gibt einen Überblick über die häufigsten psychischen Erkrankungen im Jugendalter einschließlich Suizidalität und vermittelt konkrete Unterstützungsmöglichkeiten. „ADHS & Autismus - Erkrankung oder einfach anders?“ widmet sich dem Thema Neurodivergenz und zeigt, wie Früherkennung und ein verständnisvoller Umgang gelingen können. Alle Webinare verbinden wissenschaftliche Einordnung mit der Perspektive betroffener Eltern.

Alle Fortbildungen sind kostenfrei, live und bundesweit über Zoom zugänglich. Die Module dauern jeweils 90 Minuten; ein wöchentlich möglicher Einstieg und flexible Buchbarkeit der Module reduzieren strukturelle Barrieren. In den Seminaren lernen Teilnehmende in deutschlandweit gemischten Gruppen von bis zu 20 Personen, ein bewusstes Designmerkmal, das offenen Austausch in einem geschützten Rahmen ermöglicht.

Neben Fachkräften aus Psychologie und Pädagogik werden sogenannte Experten des Alltags als Trainer eingesetzt, Menschen mit eigener, stabil überstandener psychischer Erkrankungserfahrung.

Seit Mai 2023 haben mehr als 4.500 Erwachsene die Angebote mehr als 16.500 Mal genutzt und erreichen rechnerisch knapp 245.000 Kinder und Jugendliche bundesweit (Stand 31.3.2026).

**tomoni.peers** ergänzt die Fortbildungsangebote mit einem zweiwöchentlichen Audio-Podcast, in dem betroffene Jugendliche in Gesprächen mit Psychologen und Psychotherapeuten über psychische Erkrankungen sprechen. Das Format richtet sich primär an Jugendliche, wird aber auch vom erwachsenen Umfeld als Brücke zwischen Fachwissen und gelebter Erfahrung genutzt.

### **Wissenschaftliche Wirksamkeitsprüfung nach GCP-Standards**

Die Wirksamkeit der tomoni-Angebote wird durch mehrere unabhängige randomisiert-kontrollierte Studien nach Good Clinical Practice-Standards unter Leitung des Universitätsklinikums Würzburg und des Deutschen Zentrums für Präventionsforschung Psychische Gesundheit geprüft.

**Studie 1 – tomoni.schools**, Lehrkräfte (DRKS00032839): Vierarmige RCT mit 412 Lehrkräften weiterführender Schulen. Primärer Zielparame-ter: Handlungsbereitschaft, psychisch auffällige Schüler aktiv anzusprechen und in professionelle

Unterstützung weiterzuleiten. Sekundäre Parameter: Wissen, Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit, emotionales Verständnis, Stigmatisierung. Messzeitpunkte: Baseline, 3 und 12 Monate nach Trainingsabschluss.

**Studie 2 – tomoni.schools**, Schüler (DRKS00032888): Cluster-randomisierte Studie mit ca. 2.000 Schülern. Geprüft wird erstmals in Deutschland, ob verbesserte Kompetenz der Lehrkräfte tatsächlich auf Schülerebene ankommt. Primärer Zielparameter: von Schülern wahrgenommene Unterstützung durch Lehrkräfte zur Förderung psychischer Gesundheit. Messzeitpunkte: Baseline, 3 und 12 Monate nach Trainingsabschluss der Lehrkräfte

**Studie 3 – tomoni.starts**, Grundschulen (DRKS00037598): Zweiarmlige RCT mit 88 an Grundschulen Tätigen. Primärer Zielparameter: subjektiv eingeschätzte Handlungsbereitschaft, Schüler mit Anzeichen psychischer Erkrankung anzusprechen und Hilfsangebote zu unterbreiten. Sekundäre Parameter: Wissen, Stigmatisierung, Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit, allgemeine psychische Gesundheit. Messzeitpunkte: Baseline, 3 und 6 Monate nach Trainingsabschluss.

Wirksamkeitsaussagen werden ab Sommer 2027 erwartet.

### Früherkennung braucht das ganze Dorf

Nach aktuellem Kenntnisstand liegt bislang kein deutsches Angebot vor, das Schule, Sport und Familie nach einem gemeinsamen Wirkungsmodell und mit GCP-konformer Evaluation systematisch adressiert. Ob dieser Ansatz hält, was er verspricht, wird die Evaluation zeigen.

Was bereits jetzt feststeht: Ein skalierbares, niedrigschwelliges und kostenfreies Fortbildungsmodell, das das Umfeld junger Menschen in die Lage versetzt, frühe Warnsignale zu erkennen, hat das Potenzial, eine strukturelle Lücke im deutschen Präventionssystem zu schließen.

Auch für die Suizidprävention ist dieser Punkt besonders relevant. Suizid bei Jugendlichen ist selten ein plötzliches Ereignis,

ihm können Warnsignale vorausgehen, die im sozialen Umfeld sichtbar werden, lange bevor das klinische System eingreift. Ein Umfeld, das diese Signale erkennt, wertschätzend anspricht und professionelle Hilfe einleitet, ist keine Ergänzung zur Versorgung. Es ist ihre Voraussetzung.

### Interessenkonflikte

Alix Puhl ist Mitgründerin von tomoni mental health gGmbH.

### Literatur

Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA et al. (1997) *Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders. Medical Journal of Australia* 166:182–186

Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M et al. (2011) *Child and adolescent mental health worldwide. The Lancet* 378:1515–1525

Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen P B (2014) *Excess early mortality in schizophrenia. Annual Review of Clinical Psychology* 10:425–448

McGorry P D, Mei C, Dalal N et al. (2024) *Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. The Lancet Psychiatry* 11:731–788

Ravens-Sieberger U, Erhart M, Devine J et al. (2022) *Child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. European Child & Adolescent Psychiatry* 31:1547–1562

Solmi M, Radua J, Olivola M et al. (2022) *Age at onset of mental disorders worldwide. Molecular Psychiatry* 27:281–295

Wang PS, Berglund P, Olfson M et al. (2004) *Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders. Psychological Medicine* 34:1211–1220

### Korrespondenzadresse

Alix Puhl  
tomoni mental health gGmbH  
Frankfurt am Main  
E-Mail: alix.puhl@tomonimentalhealth.org

## Leser:innenbrief

Sehr geehrtes Herausgeber-Board der Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis, sehr geehrter Herr Braun-Scharm und sehr geehrter Herr Bronisch,

wir schreiben Ihnen unter Bezugnahme auf die beiden von Ihnen veröffentlichten Beiträge zum Themenschwerpunkt „Perversion oder Normvariante. Anmerkungen zur Geschlechtsinkongruenz

als gesellschaftliche Herausforderung“ in der Ausgabe Nr. 204 (Jg. 53, Heft 1). Wir beziehen uns sowohl auf die einleitenden Worte als auch auf den ersten Fachartikel zu dieser Thematik.

Wir sind das [U25] Deutschland-Team. [U25] ist ein Online-Beratungsangebot für junge Menschen bis 25 Jahren, die Suizidgedanken haben. Weitere Informationen zu [U25] können auf [www.u25-deutschland.de](http://www.u25-deutschland.de) abgerufen werden. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Identität stellt eine Entwicklungsaufgabe dar, die insbesondere im Jugendalter an Bedeutung gewinnt. Und so sind die Themen rund um Geschlechtsidentität, Geschlechtsmodalität, Geschlechtspräsentation und Geschlechterrollen bei uns in der Beratung sehr präsent. Es kann sein, dass diese Auseinandersetzung von negativen Erlebnissen und Gefühlen begleitet wird und in extremer Ausformung Suizidalität hervorruft. Daher begrüßen wir es sehr, dass diesem wichtigen Thema ein prominenter Platz in der Suizidprophylaxe eingeräumt wurde. Beim Lesen der Beiträge von Hellmuth Braun-Scharm und Thomas Bronisch sind uns allerdings verschiedene Ungenauigkeiten, Auslassungen und Formulierungen ins Auge gefallen. Gerne wollen wir zu einigen ausgewählten Passagen Stellung nehmen:

Der aktuelle gesellschaftliche Diskurs über die Validität von Geschlechtsidentitäten und -modalitäten jenseits des binären Geschlechtersystems wird mit einer feindseligen Vehemenz geführt, die trans\*, inter\* und nicht-binäre (tin\*) Menschen akut gefährdet. Wie Braun-Scharm und Bronisch selbst anmerken, steigt die Zahl queerfeindlicher Straftaten seit Jahren dramatisch an in Deutschland. Daher ist es umso wichtiger, dass Menschen mit Wirkmacht sich schützend vor tin\* Personen stellen. Das genaue Gegenteil davon wird erreicht, wenn stigmatisierende Narrative reproduziert werden. Hierbei ist die Wahl des Titels des Themenschwerpunkts zu nennen: „Perversion oder Normvariante. Geschlechtsinkongruenz als gesellschaftliche Herausforderung.“ (S. 6). Anscheinend hat es um diesen Titel auch intern noch Diskussionen gegeben, da auf dem Titelblatt und im Inhaltsverzeichnis nur „Geschlechtsinkongruenz als individuelle und gesellschaftliche Herausforderung“ zu lesen ist (S. 1 + 3). Wir empfinden das gewählte Framing als höchstproblematisch. Dieser Titel ist nicht neutral, sondern transportiert eine abwertende und pathologisierende Haltung. Er ist herabwürdigend, da er es mindestens offenlässt, dass trans\* Identitäten als „Perversion“ zu bezeichnen, eine legitime Verhandlungsposition sei. „Perversion“ ist historisch stark mit psychiatrischer Stigmatisierung und moralischer Verurteilung verbunden und wurde und wird oft verwendet, um queeres Leben als „krankhaft“ oder „abartig“ darzustellen.

Des Weiteren sprechen die Autoren von einer gesellschaftlichen Herausforderung. Hierbei bleibt unklar, ob die gesellschaftliche Herausforderung darin besteht, normatives cis-endo-geschlechtliches Denken endlich strukturell aufzubrechen und ein kollektiver Appell ist, eigene internalisierte Anschauungen zu hinterfragen. Oder ob die bloße Existenz von tin\* Menschen als ein spaltendes Element identifiziert wird, welches zu einem gewissen Grad eine legitime gesellschaftliche Abwehrreaktion provoziert, die es anzuerkennen gilt. Diese zweite Lesart transferiert somit indirekt die Verantwortung für queerfeindliche Diskriminierung und Gewalt auf tin\* Personen selbst.

In den einleitenden Worten werden trans\* Menschen als eine sexuelle Minorität vorgestellt (S. 6) und trans\* als eine sexuelle Identität definiert (S. 9). Dies ist jedoch fachlich nicht korrekt. Es handelt sich hierbei nicht um eine sexuelle, sondern um eine geschlechtliche Identität. Die europäische Rechtsprechung hat beispielsweise mit Blick auf die Stellung von tin\* Personen vor dem deutschen Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) eindeutig klargestellt, dass diese Personengruppe durch das Merkmal „Geschlecht“ geschützt wird und nicht durch das der „sexuellen Identität“. Dieser Einordnungsfehler zieht sich strukturell im Folgenden durch. So wird das Akronym LGBTI als eine Zusammenfassung für „alles Nichtheterosexuelle“ (S. 6) definiert von den Autoren. Klar ist jedoch, dass auch beispielsweise ein trans\* Mann heterosexuell sein kann, wenn er sich romantisch und sexuell von Frauen\* angezogen fühlt. Damit ist auch der Vergleich von gesellschaftlicher Akzeptanz von Homosexualität im Gegensatz zu trans\* Geschlechtsidentitäten (S. 8) ungenau, da er zwei Dimensionen von Diskriminierung miteinander vermischt.

Die Autoren sprechen von der „Existenz grundlegender biologischer Gegebenheiten“ (S. 8) und „traditionellen Geschlechter[n]“ (S. 7), wobei sie das binäre Geschlechtersystem referenzieren. Es wird nicht betont, dass dieses dualistische Bild von Geschlecht vor allem durch die von Europa ausgehende, gewaltsame Kolonialisierung in große Teile dieser Welt transportiert, dort etabliert und rechtlich kodifiziert wurde. In vielen Kulturen gibt es Menschen mit Geschlechtsidentitäten, die sich weder als männlich oder weiblich verstehen. Zu nennen wären beispielsweise die Muxes der Bën Za im heutigen Mexiko, die Hijras in Südasien, die Two-Spirits in einigen indigenen nordamerikanischen Kulturen oder die Baklās auf den Philippinen. Mit Blick auf „grundlegende biologische Gegebenheiten“ scheint es, als würde ein unterkomplexes Bild von sowohl genotypischer als auch phänotypischer Präsentation von Menschen gezeichnet werden. Im Gegensatz zu endogeschlechtlichen Menschen, deren Körper in die medizinischen Normen von männlichen bzw. weiblichen Körpern eindeutig passen, weisen die Körper von intergeschlechtlichen Menschen chromosomale, gonadale, hormonelle und/oder anatomische Varianten auf, die sich einer vermeintlichen Eindeutigkeit entziehen. Besonders klar wird dies bei einem genetischen Mosaik der Geschlechtschromosomen. Hierbei können innerhalb eines Körpers Zellen mit unterschiedlichen Geschlechtschromosomen nachgewiesen werden, also beispielsweise das gleichzeitige Vorkommen von Zellen mit nur einem X-Chromosom und Zellen mit XY-Chromosomen. Bis heute ist es leider gängige Praxis, dass kurz nach der Geburt die Genitalien von intergeschlechtlichen Kindern operativ an eines der beiden, der medizinischen Norm entsprechenden, binären Geschlechter angeglichen werden.

Die medizinische Diagnose der Geschlechtsinkongruenz beschreibt das Phänomen, dass ein Mensch eine andere Geschlechtsidentität hat, als ihm bei der Geburt zugewiesen wurde. Trans\* ist somit ein selbstgewähltes Makro-Label, das sowohl inter\* und endo trans\* Frauen / Männer für sich nutzen können sowie inter\* und endo nicht-binäre Menschen. An

dieser Aufzählung wird deutlich, dass trans\* Menschen eine große Vielfalt hinsichtlich ihrer Erfahrungen und Lebenswege mitbringen. Wir sind uns bewusst, dass dies in einem Fachartikel, der einen ersten Überblick über die Thematik vermitteln will, nicht erschöpfend behandelt werden kann. Wir hätten uns jedoch eine kurze Würdigung dieser unterschiedlichen Perspektiven auf trans\* Identitäten gewünscht.

So perpetuiert der Fokus auf eine ausschließliche (medizinische) Transition innerhalb des binären Geschlechtersystems die Thesen des Transmedikalismus. Eine Denkschule, die trans\* Sein untrennbar mit dem Erleben von Genderdysphorie und der Inanspruchnahme von hormoneller und operativer gender-affirmativer Versorgung verknüpft. Die Vertreter\*innen stammen zum Teil selbst aus der trans\* Community und lehnen eine inklusive Definition von trans\* Sein ab. Sie sprechen gender-nonkonformen trans\* Männern / Frauen und nicht-binären Menschen die Gültigkeit ihrer Geschlechtsidentität ab und nennen diese abfällig „Transtrender“. Sprich sie insinuiert, dass diese Menschen ihre Geschlechtsidentität nur erfänden als Teil einer Modeerscheinung. Sie bedienen sich also einer Rhetorik und Diskriminierungsstrategie, von der sie selbst Angst haben, ihr zum Opfer zu fallen. Getrieben werden diese Menschen häufig von der Sorge, dass ein, aus ihrer Sicht, zu radikaler und verwässernder Einschluss von Personengruppen als Argumentationsstütze für Politiker\*innen dienen kann, die den Zugang zu überlebenswichtiger gender-affirmativer Versorgung blockieren wollen. Möglicherweise unbeabsichtigt schließen sich Braun-Scharm und Bronisch dieser Denkweise an, wenn sie schreiben, dass nicht-binäre Menschen keinem der binären Geschlechter angehören möchten (S. 7) und statt von einer validen Identität von nicht-binärem Verhalten (S. 8) sprechen.

Problematisch ist diese Haltung zum anderen, da sie das in Teilen bestehende Gatekeeping der medizinischen Community stützt, die sich die Definitionshoheit über das Erleben von und den Umgang mit Geschlechtsidentitäten angeeignet hat. Wir begrüßen es ausdrücklich, dass die Autoren gender-affirmative Versorgung als ein suizidpräventives Instrument nennen und die Wichtigkeit dieser betonen. Jedoch nehmen nicht alle trans\* Menschen beispielsweise eine Hormonbehandlung in Anspruch. Es ist sehr schwierig, robuste Zahlen darüber zu finden. Eine im Jahr 2025 veröffentlichte Meta-Analyse kommt zu dem Schluss, dass 4-93 % aller nicht-binären / genderqueeren Menschen eine solche Hormonbehandlung durchlaufen haben und 52-95 % aller binären trans\* Personen. Es wird also deutlich, dass die Spannweite sehr groß ist und es vor allem nochmal innerhalb des trans\* Spektrums einen signifikanten Unterschied gibt hinsichtlich der Häufigkeit von gender-affirmativen Hormonbehandlungen. Es ist somit sehr wichtig, dass individuelle Entscheidungen und Lebenswege von trans\* Menschen gewürdigt werden und dass kein Masterplan aufgestellt wird, den Menschen zu durchlaufen haben, um „wirklich“ als trans\* zu gelten. Dieser Eindruck entsteht jedoch mehrfach in dem Text von Braun-Scharm und Bronisch, wenn diese eine vermeintlich klare Linearität von Transitionsschritten präsentieren (S. 10 + 12).

Zuletzt wollen wir noch einmal auf die Kontextualisierung der Gesetzgebung zur Änderung des offiziellen Geschlechtseintrags eingehen. Die Autoren erwähnen hier als historischen Rückblick die Einführung des Transsexuellengesetzes (TSG) im Jahre 1981 (S. 7 + 9). Sie framen dieses Gesetz als eine Errungenschaft im Kampf um trans\* Rechte, da es eine „geregelter Transition“ (S. 9) nun ermöglichte, allerdings mit Blick aus den 2000er Jahren heraus „einige anachronistische Elemente“ (S. 9) enthielt. Dies wirkt sehr verharmlosend. Tatsächlich wurde das TSG aufgrund von stattfindenden Menschenrechtsverletzungen zu Recht kritisiert und abgeschafft. Bis 2011 verlangte das TSG von trans\* Personen, die ihren Geschlechtseintrag ändern lassen wollten, eine unumkehrbare Sterilisation und im Falle einer vorhandenen Ehe eine Scheidung.

Außerdem bilden die Autoren damit nur die juristische Entwicklung in der BRD ab. In der DDR wurde bereits im Jahre 1976 die „Verfügung zur Geschlechtsumwandlung von Transsexualisten“ vom Ministerium für Gesundheitswesen erlassen. Wie auch im TSG war der juristischen Änderung des Geschlechtseintrages eine medizinische Zwangsbegutachtung sowie eine operative Veränderung der primären Geschlechtsmerkmale vorgeschaltet. Jedoch wurden sonst keine weiteren Bedingungen gestellt. Mit der Wiedervereinigung gingen also im Vergleich zum TSG juristisch deutlich progressivere Regelungen für trans\* Menschen verloren. Es sei an dieser Stelle aber angemerkt, dass die Verfügung in der DDR nie öffentlich bekannt gemacht wurde und es somit keine flächendeckende Versorgung für trans\* Menschen gegeben hat, die auch in der DDR unter einem Klima von gesellschaftlicher Stigmatisierung und Diskriminierung leiden mussten.

Wir bedanken uns ausdrücklich für die Möglichkeit, mit diesem Leser\*innen-Brief in einen fachlichen und konstruktiven Diskurs zu treten. Wir wollen zum Schluss noch einmal eine tin\* Person selbst zu Wort kommen lassen. Jules Vaughn, eine junge trans Frau aus der US-amerikanischen Fernsehserie Euphoria, verkörpert von der trans Schauspielerin Hunter Schafer, reflektiert über ihre Geschlechtsidentität folgendermaßen: „At least for me, being trans is spiritual. You know, it's not religious. It's not, like, for some congregation. It's for me. It's mine. It belongs to me. And I don't ever want to stand still. Like, I want to be alive. I mean that's what this has always been about, is, like... staying alive.“

Mit freundlichen Grüßen  
Das [U25] Deutschland-Team

### Kontaktadresse

Paula Koudmani (sie/ihr)  
[U25] Online Suizidprävention  
Gotenstraße 10  
20097 Hamburg  
E-Mail: koudmani@invia-hamburg.de  
Website: <https://www.invia-hamburg.de/>

## Antwort der Autoren Thomas Bronisch und Hellmuth Braun-Scharm

Vielen Dank für die Zusendung eines ausführlichen Leserbriefes zum Schwerpunktheft der Suizidprophylaxe „Geschlechtsinkongruenz“, SP 2026 Heft 1.

Legt man den Text in der Suizidprophylaxe und den des Leserbriefes nebeneinander, wird erkennbar, welche Unterschiede in der Schwerpunktsetzung sowie in der Perspektivenwahl beim Thema Geschlechtsinkongruenz möglich sind. Wir möchten im Folgenden nicht Satz für Satz des Leserbriefes durchgehen und unseren Kommentar dazu abgeben, sondern beide Texte als einander ergänzende Versionen zum selben Thema verstehen.

Wer die Texte von Magnus Hirschfeld, seinen Mitstreitern und Kontrahenten kennt, weiß, dass derartige Diskussionen nicht neu sind, sondern einen immanenten Bestandteil in der wissenschaftlichen Bearbeitung kontroverser Themen darstellen. Außerdem sollte man bedenken, dass die vorliegenden AWMF-Leitlinien zur Geschlechtsinkongruenz jeweils mehrere hundert Seiten umfassen und dabei immer noch als unvollständig gelten. Es ist deshalb nicht anzunehmen, dass ein vergleichsweise kurzer Text wie der in der Suizidprophylaxe allen Erwartungen gerecht wird und alle Aspekte bearbeiten kann. Wir begrüßen deshalb die alternativen und ergänzenden Anmerkungen des Leserbriefes und würden uns freuen, wenn auch in der Zukunft weitere Beiträge zu den verschiedenen Aspekten der Geschlechtsinkongruenz (inklusive der Suizidprävention) vorgelegt werden könnten.

Was den Titel unseres Editorials zum Themenschwerpunkt in der Suizidprophylaxe angeht, müssen wir einen Fehler ein-

gestehen: In der letzten Konferenz vor dem Erscheinen des Schwerpunktheftes hatte die Herausgebergruppe einstimmig beschlossen, dass der ursprüngliche Entwurf „Von der Perversion zur Normvariante“ gestrichen und durch die weniger provokative Formulierung: „Geschlechtsinkongruenz als gesellschaftliche und individuelle Herausforderung“ ersetzt wird. Es bestand die Befürchtung, dass allein der Begriff der Perversion zu Fehlinterpretationen einlädt. Der Titel des Themenschwerpunkts wurde vor dem Druck zwar auf dem Cover und im Inhaltsverzeichnis, aus einem Versehen aber nicht über dem Text des Editorials zum Themenschwerpunkt geändert. Leider ist so der ursprüngliche, aber falsche Titel dann doch im Heft erschienen und ist auch im Leserbrief aufgegriffen worden. Um jede Form des Missverständnisses auszuschließen, möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass wir Geschlechtsinkongruenz nicht als Perversion verstehen, sondern dass Perversion ein Begriff der Vergangenheit ist und dass wir uns in Übereinstimmung mit den aktuellen Klassifikationssystemen DSM-5 und ICD-11 sehen, die eine Entpsychiatisierung und Entpathologisierung im Bereich der Sexualität vorgenommen haben.

Bei allen Unterschieden glauben wir aber, davon ausgehen zu können, dass diejenigen, die sich im Bereich der Geschlechtsinkongruenz engagieren, in folgenden Punkten übereinstimmen:

1. ein möglichst selbstbestimmtes Leben von Transpersonen und anderen Minoritäten,
2. Bekämpfung von Diskriminierung und Ausgrenzung,
3. kontinuierliche Unterstützung der Betroffenen durch Fachleute unterschiedlicher Professionen.

ANZEIGE

Walter Kopp

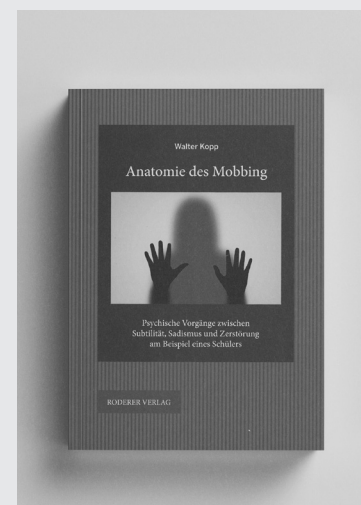
### Anatomie des Mobblings

Psychische Vorgänge zwischen Subtilität, Sadismus und Zerstörung am Beispiel eines Schülers

ISBN 978-3-86910-003-2, 26,80 Euro; Roderer Verlag

Mobbing, ein Phänomen, das erst in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts seinen Namen erhielt, dringt immer tiefer in unsere Gesellschaft ein und führt auch in Fachkreisen zur resignativen Haltung, dass wir damit leben müssen.

Dem tritt der Autor entgegen und betrachtet dieses Phänomen am Beispiel eines konkreten Einzelbeispiels, unter einem kulturkritischen und psychoanalytischen Aspekt. Wer das Phänomen verstehen will, muss sich mit den Entstehungsbedingungen auseinandersetzen. Mobbing wird als wichtiges Projekt eines ethischen Diskurses betrachtet, der in einer Gesellschaft des Narzissmus von zentraler Bedeutung ist.



# DGS-Nachrichten

## DGS fordert Suizidpräventionsgesetz für Deutschland

Jena, den 22.06.2026

Über 10.000 Menschen sterben in Deutschland jedes Jahr durch Suizid. Trotz fraktionsübergreifender Beschlüsse im Bundestag und jahrelanger politischer Debatten fehlt bis heute ein fundierter Entwurf für ein Suizidpräventionsgesetz.

„Wir haben keine Zeit mehr für wage Absichtserklärungen oder zeitlich befristete Modellprojekte, die nach ein paar Jahren wieder eingestellt werden müssen, da es keine verlässliche und dauerhafte Finanzierung gibt“, erklärt Uwe Sperling, stellv. Vorsitzender der DGS, anlässlich eines aktuellen Appells der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e. V. (DGS) und anderer Organisationen sowie Fachgesellschaften an die Bundestagsabgeordneten.

Ute Lewitzka, Vorsitzende der DGS macht deutlich: „Suizide sind in den meisten Fällen vermeidbar – aber nur, wenn die Politik jetzt den Mut aufbringt, ein Gesetz mit Substanz, klarer Finanzierung und starker Infrastruktur zu verabschieden. Es ist überfällig.“

Das Bündnis, dem neben der DGS weitere in der Suizidprävention engagierte Akteure angehören, hat den Abgeordneten des Deutschen Bundestages konkrete fachliche Empfehlungen für die Ausgestaltung eines solchen Gesetzes mit nachfolgenden Schwerpunkten vorgelegt:

- Eine bundesweit einheitliche, kostenlose Rufnummer: Menschen in suizidalen Krisen brauchen eine sofort erreichbare, anonyme und bundesweit koordinierte Erstanlaufstelle. Diese muss unkompliziert, gebührenfrei und rund um die Uhr besetzt sein.
- Ausbau von Beratung, Psychiatrie sowie Hospiz- und Palliativversorgung: Prävention funktioniert nur im Netzwerk. Bestehende Online-, Telefon- und Vor-Ort-Beratungsstellen müssen langfristig und auskömmlich finanziert werden. Gleichzeitig müssen die psychiatrische Versorgung sowie die Hospiz- und Palliativmedizin gestärkt und verzahnt werden,

um Menschen in schwersten Lebenskrisen und an ihrem Lebensende eine würdevolle Alternative zur Selbsttötung zu bieten.

- Konsequente Methodenrestriktion: Die Sicherung bekannter Hotspots (wie Schienenabschnitte oder Brücken) sowie rechtliche Hürden für den Zugang zu potenziell tödlichen Substanzen müssen gesetzlich verankert werden. Zudem fordert das Bündnis wirksame Maßnahmen gegen eine gesellschaftliche Normalisierung der Suizidassistenten.
- Hilfe für An- und Zugehörige sowie Hinterbliebene: Ein Suizid hinterlässt tiefe Wunden im gesamten Umfeld. Ein gutes Gesetz muss auch die Unterstützung für An- und Zugehörige in Krisen sowie für Hinterbliebene nach einem Suizid dauerhaft und verlässlich absichern.

Die fachlichen Empfehlungen können unter diesem Link vollständig eingesehen werden.

[https://www.suizidprophylaxe.de/wp-content/uploads/20260617\\_buendnispapier\\_verbesserung\\_suizidpraevention.pdf](https://www.suizidprophylaxe.de/wp-content/uploads/20260617_buendnispapier_verbesserung_suizidpraevention.pdf)



„Ein gutes Suizidpräventionsgesetz kostet Geld – aber kein Gesetz zu haben, kostet jeden Tag Menschenleben“, so Christian Petzold, Vorstandsmitglied der DGS. „Die Abgeordneten im Bundestag haben es jetzt in der Hand, diesen gesetzlichen Meilenstein endlich auf den Weg zu bringen und dauerhaft im System zu verankern.“

### Kontakt und weitere Informationen:

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V.  
Universitätsklinikum Jena  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Philosophenweg 3  
D-07743 Jena  
E-Mail: [dgs.gf@suizidprophylaxe.de](mailto:dgs.gf@suizidprophylaxe.de)  
[www.suizidprophylaxe.de](http://www.suizidprophylaxe.de)

# Suizidprävention und Suizidassistentz in Deutschland

## 54. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention

**Termin:** 25. - 26. September 2026 **Tagungsort:** Universitätsklinikum Frankfurt a. M. Mehrzweckhalle

### Vorläufiges Programm:

#### Freitag, 25. September

- ab 9 Uhr** **Ankommen**
- 9:30 - 9:45 Uhr** **Eröffnung**  
Vertreter aus der Politik, Ute Lewitzka
- 9:45 - 10:45 Uhr** **Eröffnungsvortrag**  
Giovanni Maio
- 10:45 - 11:15 Uhr** **Pause**
- 11:15 - 12:45 Uhr** **Symposium I: Von Pilotprojekten zu Versorgung: BMG-Initiativen und ihre Perspektiven**  
Vertreter\*innen der Projekte
- 12:45 - 13:30 Uhr** **Lunch and Learn**  
(Posterpräsentation)
- 13:30 - 14:45 Uhr** **Symposium II im Open Fish Bowl Format: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Wie entwickeln wir Suizidprävention weiter?**  
Vertreter\*innen aus Politik und Gesundheitswissenschaften der D-A-CH Länder
- 14:45 - 15:15 Uhr** **Pause**
- 15:15 - 16:45 Uhr** **Workshops: Suizidalität in Praxis und Begegnung – Wissen vertiefen, Handlungssicherheit stärken**
- 16:45 - 17:15 Uhr** **Statement aus den Workshops: Was nun?**
- 17:30 - 18:45 Uhr** **Mitgliederversammlung mit Wahlen**
- ab 19 Uhr** **Gesellschaftsabend**

#### Samstag, 26. September

- ab 8:30 Uhr** **Ankommen**
- 9:00 - 11:00 Uhr** **Podiumsdiskussion - Kommentar und Impulse: Was macht die Möglichkeit der Suizidassistentz mit uns? Perspektiven aus Politik und Praxis**  
Vertreter\*innen aus Politik und Praxis
- 11:00 - 11:30 Uhr** **Pause**

- 11:30 - 12:30 Uhr** **Symposium III im Pecha-Cucha Format: Näher dran – welche Rolle spielt niedrigschwellige Unterstützung/ Prävention in der Suizidprävention?**  
Vertreter\*innen der Suizidprävention und Versorgung
- 12:30 - 13:15 Uhr** **Lunch and Learn**  
(Posterpräsentation)
- 13:15 - 14:45 Uhr** **Symposium IV: Klinische Versorgung & Suizidalität: Perspektiven aus Praxis und Forschung**  
Gemeinsames Symposium mit der DGBS  
- Vertreter\*innen aus der klinischen Versorgung und Forschung
- 14:45 - 15:00 Uhr** **Zusammenfassung und Ausblick: Zwischen Erkenntnissen und Auftrag – was wir weitertragen**  
Uwe Sperling
- 15:00 Uhr** **Ende der Veranstaltung**

Fortbildungspunkte bei der Landesärztekammer werden beantragt.

#### Anmeldung und Kosten:

Anmeldung über den QR Code:



|                            |       |                    |       |
|----------------------------|-------|--------------------|-------|
| Standard beide Tage:       | 180 € | 1 Tag:             | 100 € |
| Mitglieder DGS beide Tage: | 130 € | 1 Tag:             | 70 €  |
| Ermäßigt beide Tage:       | 30 €  |                    |       |
| Gesellschaftsabend         | 60 €  | (begrenzte Plätze) |       |

#### Veranstalter:

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Frankfurt

#### Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Ute Lewitzka  
und Dr. phil. Katharina König

Hier geht es zum aktuellen Programm:  
[www.suizidprophylaxe.de](http://www.suizidprophylaxe.de)



# Buchbesprechungen

Walter Hewer, Vjera Holfhoff-Detto,  
Simone Schmidt, Kathrin Seifert (Herausgeber)

## Gerontopsychiatrie multi-professionell. Ein Praxishandbuch

Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2024, 387 Seiten,  
ISBN: 978-3-17-041170-8; EUR 69,00

Höhere Lebenserwartung und demografischer Wandel haben dazu geführt, dass gesundheitliche Probleme älterer Menschen vermehrt fachkundige Betreuung und Behandlung benötigen. Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl somatischer und psychiatrischer Erkrankungen insgesamt und beim einzelnen Individuum (Multimorbidität). Multimorbidität führt zwangsläufig dazu, dass sich verschiedene Berufsgruppen um einen Patienten kümmern, die dann in unterschiedlicher Weise zusammenarbeiten und unter bestimmten institutionellen Umständen ein multiprofessionelles Team bilden können.

Das vorliegende Buch über Gerontopsychiatrie strebt an, die Zusammenarbeit der Berufsgruppen zu beschreiben und zu verbessern, indem es elementare Kenntnisse zur Verfügung

stellt. Zu diesem Zweck werden die einzelnen Berufsgruppen, die wichtigsten Krankheitsbilder sowie verschiedene diagnostische und therapeutische Verfahren vorgestellt. Entsprechend dem Titel des Buches stehen die psychiatrischen Störungen im Mittelpunkt, darunter auch das Thema Depression und Suizidalität im Alter. Dieser Aspekt hat in letzter Zeit große Aktualität erhalten, seit Sterbehilfeorganisationen auf den Markt drängen und den Eindruck zu vermitteln versuchen, dass ein humanes und würdevolles Sterben nur auf dem Wege der Sterbehilfe möglich ist.

Das Buch und die zahlreichen Autoren bieten auf 387 Seiten einen differenzierten Überblick über theoretische Modelle, vielschichtige Aufgaben und Arbeitsfelder der Gerontopsychiatrie, sein besonderer Wert liegt darin, die Bedeutung der Multiprofessionalität besonders zu betonen. Multiprofessionalität ist kein Selbstläufer, sondern erfordert einen institutionellen Rahmen und eine kooperative Struktur, um die Aktivitäten der verschiedenen Berufsgruppen sinnvoll zu kanalisieren.

Das Buch ist sicher für alle geeignet, die im Bereich der Gerontopsychiatrie arbeiten oder sich für dieses Thema interessieren.

**Hellmuth Braun-Scharm**

Joachim Küchenhoff und Claudius Stein  
(Herausgeber)

## Psychotherapie und Verantwortung für die Welt

Psychosozial Verlag, Gießen 2026, 138 Seiten  
ISBN: 978-3-8379-3426-7, EUR 26,90

Das Buch ist aus einer Vorlesungsreihe entstanden, die die Herausgeber während der Lindauer Psychotherapiewochen 2022 und 2024 angeboten haben und die ein starkes Interesse fand. Hierbei wurden die Autoren zu verschiedenen Aspekten von sozialem Bezug und sozialer Verantwortung im Rahmen psychotherapeutischen Handelns zu einer Stellungnahme eingeladen.

Claudius Stein sieht Psychotherapie als eine Hoffnung in einer Welt im Krisenmodus: Dabei ist Gemeinsinn als die Bereit-

schaft zu verstehen, sich für das Gemeinwohl einzusetzen und damit im Gegensatz zu einer zunehmenden Entsolidarisierung westlicher Gesellschaften Stellung zu nehmen.

Joachim Küchenhoff will zeigen, dass das Soziale in der therapeutischen Praxis zwar nicht verschwindet, aber doch distanziert wird. Zugleich aber muss berücksichtigt werden, dass Psychotherapie selbst eine Form von sozialer Praxis ist und auf einer Theorie des Sozialen aufbaut.

Katharina van Bronswijk versteht auf Basis ihres langjährigen Engagements für Psychologists/Psychotherapists for Future die Klimakrise auch als eine psychologische Krise. Ausgehend vom Begriff One Health oder Planetary Health beschäftigt sie sich in ihrem Beitrag mit den direkten und indirekten Auswirkungen extremen Wetters auf die psychosoziale Gesundheit und mit den spezifischen Vulnerabilitäten verschiedener gesellschaftlicher Gruppen. In der Folge beschreibt sie unterschiedliche Handlungsansätze, wie Psychotherapeuten und

Psychotherapeutinnen zur Lösung der sozialökologischen Krisen beitragen können.

Mathis Schick berichtet differenziert vom Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer Zürich, das im Jahr 2003 am Universitätsspital Zürich gegründet wurde. Er zeigt, was mit vereinten Kräften von Zivilgesellschaft, Politik, Behörden und Expertinnen und Experten erreicht werden konnte. Dank dieser Arbeit können Asylsuchende eine niedrigschwellige Gesundheitsversorgung erwarten, die auch eine kostenlose Rechtsvertretung ab dem ersten Verfahrenstag enthält. Er will mit seinem Beitrag dazu ermutigen, sich nicht auf Therapeutisches zu beschränken, sondern die zukünftige Entwicklung der Rahmenbedingungen unserer Patient:innen und unserer Arbeit wie auch unserer Gesellschaft als Ganzes aktiv mitzugestalten.

Margaretha Maleh stellt auf Basis ihrer Einsätze als Psychotherapeutin u. a. im Irak, in Jordanien und Bangladesch humanitäre Hilfe und Psychotherapie am Beispiel von Ärzte ohne Grenzen (Medicines sans Frontiers, MSF) dar. Sie beschreibt die allgemeinen Aufgaben und Ziele von MSF, aber insbesondere auch jene der Mental Health und Psychosocial Support (MH-PSS) Teams. Ihre theoretischen Erfahrungen werden durch Erfahrungsberichte ihrer eigenen Einsätze veranschaulicht.

Stefani Rinaldi geht von ihrem langjährigen Engagement bei Amnesty International aus. Sie setzt grundlegend an, nämlich beim Menschenrecht auf Gesundheit. Sie zeigt auf, welche Folgen für das Gesundheitswesen sowie die in diesem Bereich tätigen Personen es hat, die nach wie vor wenig bewusst und wenig handlungsanleitend sind. Sie zeigt auf, welche Folgen für das Gesundheitswesen sowie für die in diesem Bereich tätigen Personen es hat. Das Prinzip der gesundheitsbezogenen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und Kindern wird vertieft diskutiert, da im Bereich der Einwilligung und Autonomie der Menschenrechtsdiskurs in den letzten Jahrzehnten zu grundlegenden Veränderungen geführt hat. Rinaldi betont, welche Rolle Menschenrechtsbildung in der Stärkung des Rechtes auf Gesundheit im Gesundheitswesen spielen kann.

Martin Schenk, Mitbegründer der österreichischen Armutskonferenz setzt sich in seinem Beitrag mit den vielfältigen Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit auf die psy-

chosoziale Gesundheit auseinander. Er nähert sich dem Begriff der Armut zunächst aus unterschiedlichen Perspektiven. In der Folge beschreibt er die Auswirkungen sozialer Scham auf das Leben Betroffener und wie sehr ökonomische Benachteiligung deren emotionalen Stress erhöht. Schließlich stellt er Überlegungen an, in welcher Form Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen von Armut betroffenen Menschen adäquate Hilfe anbieten können.

Claudius Stein geht anschließend der Frage nach, wie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in ihrer professionellen Rolle der gesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden und zum Gemeinwohl beitragen können. Eine Möglichkeit besteht darin, sich an politischen Meinungsbildungsprozessen zu beteiligen und damit die spezifischen psychotherapeutischen Perspektiven in bestimmte Politikfelder einzubringen. Kontrovers ist allerdings, wie weit sie die Welt auch durch ihre praktische psychotherapeutische Arbeit verändern dürfen, können, sollen oder gar wollen. Mit diesem komplexen Spannungsfeld, das immer wieder zur kritischen Selbstreflexion zwingt, setzt er sich im letzten Teil auseinander.

Das kleine Bändchen gibt einen eindrucksvollen Einblick in die Bereiche, die wir in unserem psychotherapeutischen Alltag kaum wahrnehmen, und erinnert uns daran, dass die individuelle Hilfe allein oftmals nur einen Teil einer Hilfe darstellen kann. Wir sind gezwungen, den sozialen und politischen Kontext, in dem unsere Patientinnen und Patienten und wir selbst handeln, mit in unsere therapeutische Arbeit einzubeziehen. Vor allem müssen wir uns fragen, ob wir genügend Engagement aufbringen, den Menschen mit Armut, Vertreibung, Folter und Kriegserlebnissen genügend Aufmerksamkeit zu schenken und Hilfe anzubieten.

Ein wesentlicher Aspekt bleibt unser Einfluss auf das gesellschaftliche und politische Geschehen als Psychotherapeuten mit politischem Engagement.

Es ist den Herausgebern und den Autorinnen und Autoren gelungen, diese wesentlichen Aspekte im Rahmen ihrer Arbeit näher zu bringen. Das Buch sollte eine Pflichtlektüre für alle therapeutisch Tätigen sein.

**Thomas Bronisch**

Hanna Heim

## Hofsommer

Heyne Verlag München 2026, Seiten,  
ISBN: 978-3-453-27531-7; EUR 24,00

Marie und Helmut sind ein altes Ehepaar, das einen großen Teil des Lebens zusammengelebt hat. Ausgelöst durch die tödliche Krebserkrankung Marias beschließt das Paar, gemeinsam aus dem Leben zu scheiden. Außer den Eheleuten selbst sind von dieser Entscheidung vor allem die Angehörigen, das sind im Wesentlichen die Tochter Sandra und die Enkelin Doreen, betroffen, die sich auf unterschiedliche Weise mit der Ankündigung der Eltern/Großeltern beschäftigen. Unabhängig von der Funktion im Roman verkörpern die Frauen drei verschiedene Generationen und drei unterschiedliche Lebensentwürfe und bilden damit ein Stück Zeitgeschichte ab.

Der Roman von knapp 300 Seiten beruht auf tatsächlichen Ereignissen, ist aber keine Dokumentation und kein Lehrbuch. Er besteht vorwiegend aus den Überlegungen von Marie und Helmut und den ethisch/moralisch geprägten Reaktionen von Tochter und Enkelin. Nebenbei bekommt man etwas deutsche Geschichte mit, denn die Handlung spielt in der ehemaligen DDR nach der Wiedervereinigung. Gerade bei Themen wie assistierter Suizid oder Sterbehilfe zeigt sich, dass gesellschaftliche Entwicklungen, psychische und persönliche Probleme sowie Politik eng miteinander verknüpft sind. Liest man das Buch etwas gegen den Strich, ist es auch ein Buch über die Liebe und stellt die Frage, ob es Liebe ist, wenn zwei Menschen nicht nur zusammen leben, sondern auch zusammen sterben wollen.

Das Buch gibt darauf eine interessante Antwort. Dafür muss man es allerdings zu Ende lesen. Insgesamt ist der Roman ein lesenswerter belletristischer Beitrag zu einem aktuellen Thema.

**Hellmuth Braun-Scharm**

# Tagungskalender

## SGKJPP Kongress

19. - 21. August 2026  
Bern, Schweiz

Info: <https://organizers-congress.org/frontend/index.php?sub=306>

## 21st European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour (ESSSB21)

August 26-29, 2026  
Vilnius, Lithuania

Info: <https://www.esssb21.org/>

## PSY-KONGRESS 2026

Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)

16.-18. September 2026  
Lugano, Schweiz

Info: <https://sgpp-congress.ch/de>

## 54. DGS-Herbsttagung

25.-26. September 2026  
Frankfurt am Main, Deutschland

Info: <https://www.suizidprophylaxe.de>

## 25. DGBS Jahrestagung 2026

24.-26. September 2026  
Frankfurt am Main, Deutschland

Info: <https://dgbs.de/service/news-uebersicht>

## 34th IASP World Congress

June 7-11, 2027  
Colombo, Sri Lanka

Info: <https://www.iasp.info/colombo2027/>

Abstracts open 27 May 2026

# Der Suizid in der bildenden Kunst

## Flores - Opfersuizid eines jugendlichen mexikanischen Helden 1847

Gabriel Flores (1930–1993): *La intervención norteamericana / Los Niños Héroes*, 1970. Acryl auf trockenem Stuck, 8.35x 10.16m, Kuppel Haupteingang Nationales Geschichtsmuseum, Mexiko-Stadt

Jedes Jahr am 13. September werden in Mexiko die Niños Heroes verehrt, sechs jugendliche Helden, die in der Schlacht von Chapultepec am 13. September 1847 im verzweifelten Kampf für die Freiheit ihr Leben verloren. Im Mexikanisch-Amerikanischen Krieg (1846-1848), in dem die USA für eine Ausdehnung ihres Staatsgebietes gegen Mexiko kämpften, ging der Einnahme von Mexiko-Stadt die Schlacht um den Präsidentenpalast auf dem Heuschrecken Hügel (Chapultepec) voraus, der sich damals noch außerhalb von Mexiko-Stadt befand. Dem Rückzugsbefehl auf dem Höhepunkt der Schlacht trotzend, kämpften sechs Kadettenschüler weiter bis zum tödlichen Ende. Der Letzte von ihnen sprang schließlich von der Burgmauer in die Tiefe, eingehüllt in die mexikanische Flagge, um sie nicht den Amerikanern zu überlassen. Diesen Moment stellt Flores in seinem Deckengemälde dar. Die „Kinderhelden“, 13 bis 20 Jahre alt, alle namentlich bekannt, werden in Mexiko mit mehreren Denkmälern verehrt, Schulen sind nach ihnen benannt, sie sind heroische Vorbilder.

Gabriel Flores (Garcia) (1930–1993) aus Guadalajara gehört zur jüngeren Generation der berühmten mexikanischen Wandmaler (muralistas) und lernte viel von den Los Tres Grandes: Orozco (1883–1949), Rivera 1886–1957) und Siqueiros (1896–1974). Der Muralismo als Kunstform erhielt 1920 seinen Impuls durch eine Kulturoffensive der Regierung, dem größtenteils analphabetischen Volk mit monumentalen Wandbildern die Geschichte Mexikos zu erklären. Flores lehrte nach dem Kunststudium bereits als 20-Jähriger Kunst und Malerei, gründete eine Künstlergruppe, organisierte Ausstellungen und entfaltete seine künstlerische Tätigkeit v. a. in Guadalajara, Bundesstaat Jalisco. Mit ca. 30 Wandbildern kritisch-sozialen Inhalts an und in öffentlichen Gebäuden kam er zu hohen Ehren. Als sein Hauptwerk gilt „Los Niños Héroes“, welches er 1970 fertig stellte. 2005 wurden seine sterblichen Überreste in die Rotunde der berühmten Persönlichkeiten von Jalisco überführt [1].

Bildbeschreibung: Das reichlich acht mal zehn Meter große Deckengemälde zeigt mittig den 20-jährigen Kadettenschüler Juan Escutia, der - in die mexikanische Flagge gehüllt - von der Mauer des Schlosses Chapultepec springt. Seine Mimik drückt mehr Traurigkeit und Angst als Selbstsicherheit und Heldenstolz aus; die Heroentat ertrinkt im Albtraum des freien Falls. Hinter ihm im tiefen Gelb symbolisiert ein Adler die mexikanische Nation. Marginal gruppieren sich Sinnbilder der Örtlichkeit - Kloster Churubusco, Schloss Chapultepec, Kathedrale von Mexiko-Stadt - und des Krieges - eine Leiche, ein spitzer Schiffsbug als pars pro toto der US-Flotte bei Veracruz, Wagenräder, Pferde der Apokalypse, Trümmer - für menschliche Katastrophen und schandbare Verwüstungen. Flores hat das Deckengemälde rechts unten signiert.

Historische Reminiszenz: Akribische historische Forschung verortet heute Teile der Geschichte in das Reich der Legende, sie überlebt jedoch unumstößlich als patriotischer Mythos [2]. 1849 wurde die Szenerie so beschrieben: „Es waren hübsche kleine Burschen im Alter von zehn bis sechzehn Jahren. Einige von ihnen fielen im Kampf wie die Teufel und zeigten dabei einen Mut, der selbst manchen ihrer Vorgesetzten als Vorbild dienen konnte.“ [3, S. 298f; Übersetzung W. F.]

**Werner Felber**

### Literatur

[1] Reportage zu: Gabriel Flores, *imparable muralista*. *Gaceta Universitaria, Universidad de Guadalajara* 5 (2005) No399, S. 17-19

[2] Villalpando, José M (2004) *Niños Héroes*. Editorial Planeta

[3] Mansfield, Edward (1849) *Mexican War - History of its Origin*. New York: A.S. Barnes & Co.



**Gabriel Flores (1930–1993):**

**La intervención norteamericana oder Los Niños Héroes, 1970.  
Deckengemälde 8,35 x 10,16m, Kuppel des Haupteingangs  
des Nationalen Geschichtsmuseums, Mexiko-Stadt**

[This image was originally posted to Flickr by Lars Plougmann at <https://flickr.com/photos/75062596@N00/16500047148>.  
It was reviewed on 11 January 2016 by FlickrreviewR and was confirmed to be licensed under the of the cc-by-sa-2.0.  
The image has been rotated 180 degrees.]

# Suizidprävention und Suizidassistenz in Deutschland

54. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention



**25. - 26. September 2026**  
**am Universitätsklinikum Frankfurt a. M.**



**DGS** Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



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