

BASISWISSEN : Umgang mit suizid-
gefährdeten Menschen

Psychiatrie
Verlag 



Michael Eink, Jahrgang 1957, Diplom-Pädagoge, Dr. der Humanbiologie, Professor am Studiengang Sozialwesen der Hochschule Hannover, Schwerpunkt Sozialpsychiatrie. Zuvor langjährige psychiatrische Praxiserfahrungen in Wohnheim und Betreutem Wohnen sowie als Leiter einer Rehabilitationsstation in der Medizinischen Hochschule Hannover.



Horst Haltenhof, Jahrgang 1954, Prof. Dr. med., seit Juli 2015 im Ruhestand; zuvor Chefarzt an zwei psychiatrischen Kliniken in Sachsen; bis Anfang 2006 Oberarzt und stellvertretender Leiter der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Michael Eink, Horst Haltenhof

BASISWISSEN : Umgang mit
suizidgefährdeten
Menschen

Psychiatrie
Verlag 

Die Reihe Basiswissen wird herausgegeben von:
Michaela Amering, Ilse Eichenbrenner, Caroline Gurtner,
Michael Eink, Klaus Obert und Wulf Rössler

Michael Eink, Horst Haltenhof
Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen
Basiswissen 8
5., erweiterte Auflage 2017
ISBN-Print: 978-3-88414-663-7
ISBN-PDF: 978-3-88414-892-1

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in
der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Weitere Informationen zu psychischen Störungen und ihrer Behandlung
im Internet unter: www.psychiatrie-verlag.de

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2006, 2017
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf
ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt,
digitalisiert oder verbreitet werden.
Lektorat: Uwe Britten, textprojekte, Eisenach
Umschlaggestaltung: Iga Bielejec, Nierstein,
unter Verwendung einer Fotografie von Kasper Bielejec, Lodz
Typografiekonzept und Layout: Iga Bielejec, Nierstein
Druck und Bindung: Westermann Druck Zwickau



| | |
|-----------|--|
| 8 | Vorwort |
| 10 | Suizidverhütung zwischen Anmaßung und Verpflichtung |
| 11 | Das große Tabu |
| 14 | Dürfen wir Suizide verhindern? |
| 16 | Die rechtliche Situation |
| 18 | Der »begleitete« Suizid |
| 20 | Können wir Suizide verhindern? |
| 22 | Begriffe, Zahlen und Zusammenhänge |
| 22 | Begriffliche Klärungen |
| 28 | Epidemiologische Zahlen und Zusammenhänge |
| 35 | Hintergründe suizidaler Krisen |
| 35 | Gute Gründe zu sterben? |
| 38 | Orientierung am Krisenmodell |
| 40 | Psychologische Erklärungskonzepte |
| 47 | Suizidale Krisen im Jugendalter |
| 48 | Schrei nach Aufmerksamkeit? |
| 50 | Große Gründe, kleiner Anlass? |
| 52 | Ansteckung im Internet? |
| 53 | Suizidale Krisen im höheren Lebensalter |
| 53 | Zahlen |
| 55 | Hintergründe |
| 59 | Erkennen, Behandeln, Vorbeugen |
| 62 | Erkennen und Beurteilen von Suizidalität |
| 62 | Umstände der Begegnung mit suizidalen Klienten |
| 64 | Risikoindikatoren |
| 70 | Verlauf suizidaler Krisen |
| 73 | Beurteilung des Gefährdungsgrades |
| 76 | Das Gespräch zur Beurteilung der Suizidalität |

| | |
|------------|---|
| 86 | Krisenintervention und Prävention |
| 86 | Die Verpflichtung zur Hilfe – und ihre Grenzen |
| 89 | Hilfen bei suizidalen Krisen |
| 90 | Merkmale der Krisenintervention |
| 90 | Schneller Beginn |
| 91 | Realistische Ziele |
| 93 | Umschriebene Inhalte |
| 94 | Pragmatisches Vorgehen |
| 95 | Zeitliche Begrenzung |
| 96 | Strategien der Krisenintervention |
| 96 | Schützen |
| 101 | Entlasten |
| 103 | Stützen |
| 105 | Psychopharmaka |
| 107 | Ablauf der Krisenintervention |
| 107 | Suizidgefährdung ohne bisherigen Suizidversuch |
| 111 | Nach unternommenem Suizidversuch |
| 113 | Prävention suizidaler Krisen in Institutionen |
| 118 | Primärprävention von Suizidalität |
| 121 | Fallstricke und ihre Vermeidung |
| 121 | Erkennen und Beurteilen |
| 123 | Begleiten und Betreuen |
| 128 | Folgen einer Suizidhandlung |
| 128 | Der Werther-Effekt |
| 130 | Umgang mit den anderen Klienten |
| 131 | Schwierige Gesprächsrunde |
| 133 | Fremdbestimmung vermeiden |
| 135 | Umgang mit den Familienangehörigen |

| | |
|------------|--|
| 138 | Hilfen für Helfer |
| 140 | Helfer unter Druck |
| 142 | Unterstützung durch das Team |
| 145 | Eigene Grenzen akzeptieren |
| 148 | Abschied von Allmachtsfantasien |
| 153 | Der Suizidale und der Psychiater – Schlussbemerkung |
| 155 | Anhang |
| 155 | Adressen |
| 156 | Internetseiten mit Beratungsangeboten für Jugendliche |
| 156 | Literatur |

Vorwort

Insgeheim ist das Thema »Suizidalität« für viele Psychiater und Psychologinnen, für Sozialarbeiter und Pflegende mit großen Ängsten verbunden. Wenn der Klient einer psychiatrischen Einrichtung verzweifelt die Auswirkungen der Erkrankung auf seine Lebensentwicklung bilanziert und für die Zukunft jede Hoffnung auf Veränderung verloren hat, dann sind Gedanken naheliegend, das unglückliche Leben selbst zu beenden. Die Konfrontation damit können viele professionelle Helferinnen und Helfer nur schwer ertragen und leiden massiv unter dem Druck der Verantwortung.

Was passiert, so die bange Frage, wenn der Klient seine Gedanken in die Tat umsetzt? Werde ich nach dem Suizid von meinem Chef kritisiert, von der Staatsanwaltschaft belangt? Schlimmer noch: Würde ich mit dem Gefühl leben können, dass ich den Suizid möglicherweise hätte verhindern können, wenn ich nur anders gehandelt hätte?

Bei Fortbildungen und Supervisionen haben wir solche Zweifel von Kolleginnen und Kollegen unzählige Male gehört. In Fachbüchern wie auch in der Alltagspraxis scheint es für eine Auseinandersetzung mit der Perspektive der Mitarbeiter jedoch wenig Raum zu geben, die Äußerung von Unsicherheit droht als »unprofessionell« abqualifiziert zu werden. Manch »allergische« Reaktion auf das Thema der Selbsttötung mag auch in unverarbeiteten eigenen Sinnkrisen oder Suizidgedanken im Leben von professionell Helfenden gründen, was heftige Abwehrreaktionen nachvollziehbar macht.

Durch diesen Druck belastet, drohen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wahlweise in die Allmachts- oder in die Ohnmachtsfalle zu geraten. Im ersten Fall herrscht ein Selbstverständnis vor, nach

dem ein professionell kompetenter Umgang mit suizidalen Klienten jede Selbsttötung ausschließen müsse (wenn sie sich doch ereignet, dann muss es die »Schuld« des Mitarbeiters sein). Im zweiten Fall lebt der Helfer mit einem Ohnmachtsgefühl, nach dem letztlich kein Mensch am Suizid gehindert werden kann, was das eigene Engagement überflüssig erscheinen lässt. Zwischen diesen weitverbreiteten Extremhaltungen bewegt sich ein professionell kompetenter Umgang mit suizidgefährdeten Menschen.

Unser Buch richtet sich an Mitarbeiter aller Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen, besonders an Kolleginnen und Kollegen in psychiatrischen Einrichtungen. Wir wollen sowohl durch Informationen über Hintergründe als auch über Handlungsmöglichkeiten bei suizidalen Krisen eine Orientierung für den Umgang mit diesen Klienten geben. Dabei versuchen wir, mit vielfältigen Praxisbezügen und einer verständlichen Sprache auch neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzusprechen, die unter dem Verantwortungsdruck vielfach in besonderer Weise leiden.

Wir freuen uns über das große Interesse an unserem Buch und haben es für die Neuauflage überarbeitet, aktualisiert sowie durch Abschnitte über suizidale Krisen im Jugendalter und im höheren Lebensalter ergänzt.

Michael Eink und Horst Haltenhof

Suizidverhütung zwischen Anmaßung und Verpflichtung

Über »Selbstmord« zu sprechen ist nicht leicht. In unserer Kultur gibt es heute nur noch wenige Themen, die in ähnlicher Weise Beklemmung und Sprachlosigkeit auslösen. Schon allein das Thema »Tod« wird gemeinschaftlich beharrlich verdrängt. So hat auch heute noch der berühmte Satz des Lukrez für viele Menschen Gültigkeit: »Der Tod geht uns nichts an. Solange wir existieren, ist der Tod nicht da, und wenn der Tod da ist, existieren wir nicht mehr.« Die Verdrängung des Todes im Lebensalltag gilt in besonderer Weise gegenüber dem Thema »Selbsttötung«.

Tabuisierung als gesellschaftliche Reaktion auf Selbsttötungen hat eine ebenso lange Tradition wie Ächtung und Bestrafung derer, die Suizidversuche unternommen haben. Im England des 19. Jahrhunderts etwa konnten Bürger wegen eines Suizidversuchs mit dem Tode (!) bestraft werden. Dort ist der Suizidversuch erst seit 1961 nicht mehr strafbar. Im deutschen Recht wurde die Straflosigkeit des Suizids zwar schon in der Mitte des 19. Jahrhunderts beschlossen, dennoch wurde noch vor wenigen Jahrzehnten in manch ländlicher Region Deutschlands einem »Selbstmörder« ein christliches Begräbnis und eine Ruhestätte auf dem Friedhof verweigert.

Diese moralisierend-feindselige Haltung findet im Begriff »Selbstmord« seinen sprachlichen Ausdruck, da unter »Mord« ja ein besonders niederträchtiges Handeln verstanden wird. Wir meinen deshalb, dass Begriffe wie »Selbstmord«, »Selbstmordgedanken« etc. im Rahmen professioneller Hilfebeziehungen nicht verwendet werden sollten.

Ebenso problematisch ist aus unserer Sicht der Begriff »Freitod«, der schönfärberisch nach »Freiheit« klingt und damit die Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung verleugnet, unter denen Menschen in suizidalen Krisen leiden. Selbst wenn es nüchtern reflektierte »Bilanz«-Suizide geben mag, so sind wir innerhalb wie außerhalb der Psychiatrie in der Regel mit Menschen konfrontiert, die sich in als dramatisch erlebten Krisen befinden und die zumeist eher »blind« vor Schmerz und Verzweiflung sind als »frei«. Etwa neun von zehn Überlebenden eines Suizidversuchs äußern Freude und Erleichterung über das Scheitern ihrer Verzweiflungstat.

Als neutrale, das heißt nicht wertende Begriffe empfehlen wir Suizid (lateinisch: sui caedere – sich töten), Suizidversuch, Suizidgedanken etc. oder entsprechend Selbsttötung.

Der Vergleich mit anderen Todesursachen macht deutlich, wie verbreitet Suizide in unserer Gesellschaft sind. Die rund 300 Opfer von Mord und Totschlag jährlich in Deutschland sind deutlich häufiger Thema privater und öffentlicher Diskurse als die ca. 10.000 Menschen, die sich in jedem Jahr selbst das Leben nehmen. Vielleicht brauchen wir neben den intensiven Diskussionen, wie wir die Zahl von ca. 3.300 Verkehrstoten senken können, eine ähnliche gesellschaftliche Diskussion in Bezug auf Suizidprävention.

Das große Tabu

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychosozialer Einrichtungen werden unweigerlich mit dem Thema Suizidalität konfrontiert, weil die Suizidrate unter psychisch Kranken besonders hoch ist.

In der Praxis haben wir dennoch oft den Eindruck, dass sich die gesellschaftliche Tabuisierung auch im therapeutischen Alltag abbildet. So sind im Kreis psychiatrisch Tätiger immer wieder die folgenden »Hunde-Weisheiten« zu hören: »Bellende Hunde beißen nicht.« Die-

sem Mythos zufolge setzen diejenigen, die über ihre Suizidgedanken *sprechen*, dies nie in Handeln um. Umgekehrt müsse man davon ausgehen, dass diejenigen, die sich töten, dies ohne Ankündigung (ohne zu »bellen«) tun. In Wahrheit kündigen die meisten Menschen ihren Suizid oder Suizidversuch im Vorfeld an, sodass wir gut daran tun, dies immer ernst zu nehmen.

Die zweite weitverbreitete »Hunde-Weisheit« lautet: »Man soll keine schlafenden Hunde wecken.« Das soll heißen, man solle niemanden auf dumme Gedanken bringen. Im Zweifelsfall sollen wir demnach einen Klienten besser nicht nach Suizidgedanken fragen, um nicht erst dadurch suizidale Handlungen zu provozieren. Auch diese Vorstellung ist absurd. Wer will ernsthaft behaupten, ein Mensch könne sich deshalb töten, *weil* er von jemandem nach Suizidgedanken gefragt worden ist? In Wahrheit reagieren Menschen, die man nach Suizidgedanken fragt, entweder abwehrend (übrigens selten wütend) oder bestätigend. Im zweiten Fall spüren wir in der Regel eine Erleichterung beim Betreffenden darüber, endlich über diese quälenden Gedanken sprechen zu können.

Warum greifen manche Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen dennoch immer wieder auf diese Mythen zurück und lassen Klienten spüren, dass es eher unerwünscht ist, über Suizidgedanken zu sprechen? Vielleicht vor allem aus Unsicherheit und Furcht.

Aus der Perspektive professionell Tätiger gibt es »gute« Gründe dafür, das Thema Suizidalität eher zu übersehen:

- Ich spreche nicht gern über Tod und Sterben, weil ich das Thema selbst beklemmend finde.
- Ich habe Angst, dass ich mich ohnmächtig fühle gegenüber den Suizidgedanken der Klienten.
- Nach einem Suizid müsste ich vielleicht rechtliche Konsequenzen fürchten.
- An der Stelle dieses Klienten würde ich möglicherweise auch nicht mehr leben wollen.

- ❑ Für mein eigenes Leben könnte ich auch nicht klar einen Sinn benennen.

Selten thematisiert wird in Fachkreisen die Erkenntnis, dass unter Angehörigen helfender Berufe die Suizidrate gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt drastisch erhöht ist. So zeigen etwa englische Untersuchungen, dass 2 Prozent aller Krankenschwestern schon einmal einen Suizidversuch unternommen haben, aber 14 Prozent der Psychiatrie-Krankenschwestern von solchen Erfahrungen berichten. Als Auslöser werden auch berufliche Belastungen diskutiert, etwa die Diskrepanz zwischen hohen psychischen Anforderungen und Verantwortungsdruck bei faktisch geringer Entscheidungsfreiheit im Rahmen der beruflichen Hierarchie. Dem scheint allerdings zu widersprechen, dass auch Psychiater ein besonders hohes Suizidrisiko haben. ➤ *Supervision, Seiten 142 ff.*

Es mag sein, dass sich in psychiatrischen Einrichtungen (auch auf der Seite der Mitarbeiter!) mehr und besonders sensible, dünnhäutige Menschen finden lassen als in anderen gesellschaftlichen Bereichen. Die Erfahrung eigener Lebenskrisen disqualifiziert aus unserer Sicht dennoch in keiner Weise für die Rolle als professioneller Helfer. Allerdings ist eine ehrliche Bearbeitung der eigenen Erfahrungen und Einstellungen zum Suizid notwendiger Bestandteil professioneller Handlungskompetenz. Wir empfehlen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Auseinandersetzung mit Fragen, wie sie Wolfram DORRMANN (2009) an Psychotherapeuten richtet:

- ❑ Habe ich Angst vor dem Thema »Tod und Selbsttötung«?
- ❑ Hatte ich schon mal den Gedanken, mich umzubringen?
- ❑ Wie würde ich es tun bzw. wie hatte ich es geplant?
- ❑ Mit wem habe ich darüber gesprochen?
- ❑ Wen hätte es am meisten bzw. am wenigsten getroffen?
- ❑ Was könnte mich hindern, mein Leben zu beenden?
- ❑ Hat mich schon mal ein Patient überzeugt, dass Suizid für ihn besser ist?

- Fühle ich mich fachlich in der Lage, mit Klienten, die akut suizidgefährdet sind, zu arbeiten?
- Werde ich mir in einem Fall akuter Suizidalität Hilfe (Supervision) holen oder den Patienten weitervermitteln, wenn ich mich in meinen Kompetenzen und Fähigkeiten überfordert fühle?
- Sollten Therapeuten eine bewusste Entscheidung für Selbsttötung respektieren?
- Welche Gründe könnte es für mich selbst geben, mein Leben zu beenden?

Die Reflexion der Haltung zu einem eigenen Suizid schützt professionelle Helfer vor einem allzu aufgeregten Umgang mit der Thematisierung durch Klienten.

Dürfen wir Suizide verhindern?

Neben der Furcht vieler Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen vor dem Thema »Suizidalität« besteht vielfach Unsicherheit in Bezug auf die (moralische) Legitimation des eigenen Handelns, wenn es um Leben und Tod geht. Habe ich durch meine berufliche Qualifikation überhaupt das Recht, einen Menschen von der Selbsttötung abzuhalten, zu der er sich vielleicht nach reiflicher Überlegung entschieden hat? Ist es nicht anmaßend, anderen das Recht zu einer Entscheidung über ihr eigenes Leben abzusprechen?

Ausräumen ließen sich solche Selbstzweifel etwa mit einer Haltung, nach der jede Form von Suizidalität dem »gesunden Selbsterhaltungstrieb« des Menschen widerspricht und kein zurechnungsfähiger Mensch sich selbst töten will. Eine solche Haltung hat etwa Erwin RINGEL (2002). Der Wiener Psychiater und Psychoanalytiker war in den Fünfzigerjahren mit der viel zitierten Aussage vertreten: »Der Selbstmord ist der Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung.« Dass Ringel selbst diese Verbannung des Suizids in den

Bereich von Krankheitsentwicklungen später relativiert hat, wurde übrigens kaum zur Kenntnis genommen.

Wenn also alle Suizidhandlungen (Versuche wie gelingende Selbsttötungen) oder gar schon Gedanken und Fantasien an einen eigenen Suizid »krankhaft« wären, könnten die professionellen Helferinnen und Helfer ihr Handeln leicht begründen: Der kranke Mensch muss von mir vor sich selbst geschützt werden. So verlockend eindeutig dies für uns Helfer auch klingen mag, die unterschiedlichen Formen existenzieller Verzweiflung und ihre individuellen Hintergründe lassen sich damit nicht erfassen. Wir sind davon überzeugt, dass der Suizid eine menschliche Handlungsmöglichkeit darstellt, die nicht notwendigerweise mit Depression oder anderen Krankheiten verbunden ist. Aus Untersuchungen zu Suizidhandlungen psychisch Kranker wissen wir, dass die größte Gefahr nicht auf dem Höhepunkt der psychischen (depressiven, psychotischen etc.) Krise droht, sondern eher zu Beginn und dann, wenn es dem Betroffenen wieder besser geht.

Ist die Selbsttötung demnach doch als »Freitod« anzusehen, als Ausdruck menschlicher Reflexions- und Entscheidungsfreiheit, die nach Jean AMÉRY (2008) von anderen grundsätzlich akzeptiert werden muss?

Richtig erscheint uns an dieser Haltung immerhin, dass Suizidalität nicht als Krankheit verstanden wird, die behandelt werden muss. Stattdessen sehen wir uns als psychiatrisch Tätige mit einem dramatisch zugespitzten Maß an Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit konfrontiert, für dessen Verständnis der Krisenbegriff hilfreicher erscheint als der Krankheitsbegriff.

Die Konfliktthemen, die uns dabei begegnen, sind so vielfältig wie menschliche Lebensverläufe. Albert Camus hat dies mit seinem viel zitierten Satz so ausgedrückt: »Was als Sinn des Lebens bezeichnet wird, gibt auch einen vortrefflichen Grund zum Sterben ab.«

Als professioneller Helfer darf und will ich mich allerdings von subjektiv noch so »vortrefflichen« Gründen nicht lähmen lassen.

Wer sich von der liberal klingenden »Freitod«-Logik verunsichert fühlt (»Über sein Leben muss doch jeder selbst entscheiden«), sollte darüber nachdenken, ob er sich in seinem Handeln davon auch bei einem Menschen, der ihm viel bedeutet, leiten lassen könnte. Bei Supervisionen und Fortbildungen haben wir zu dieser Fragestellung häufig Folgendes gehört:

Bei der suizidalen Krise eines nahestehenden Menschen, etwa eines Freundes, ...

- ... wäre ich nicht desinteressiert oder neutral, sondern engagiert beteiligt;
- ... würde ich die Möglichkeit einer Selbsttötung nicht als Sünde oder Krankheit abtun, sondern als Ausdruck einer schweren Krise ernst nehmen;
- ... würde ich statt Tabuisierung Gesprächsbereitschaft zeigen und versuchen, den Kontakt zu halten;
- ... würde ich die Tatsache, dass ich von der Suizidalität erfahren konnte, als Chance sehen, mit dem Betroffenen nach Alternativen zu suchen.

Die rechtliche Situation

Ein Suizid(-versuch), der aus freiem Willen durchgeführt wird, ist nach deutschem Recht ebenso wenig strafbar wie die Anstiftung oder die Beihilfe dazu. Begründet wird dies damit, dass die Tatherrschaft beim Suizidenten liegt, es sich also nicht um die Tötung eines anderen Menschen handelt. Diesem Grundsatz steht allerdings eine strafbewehrte Verhinderungs- und Rettungspflicht gegenüber, die sich im Wesentlichen auf Situationen bezieht, in denen die freie Verantwortlichkeit des Suizidenten eingeschränkt oder aufgehoben ist bzw. in denen jeweils aktuell nicht beurteilt werden kann, ob eine frei verantwortliche Selbsttötung vorliegt. Juristisch wird

jeder Suizid(-versuch) als »Unglücksfall« eingestuft, der auch dann abgewehrt werden muss, wenn der Betroffene frei verantwortlich handelt. Jeder, der (zufällig) Zeuge einer solchen Situation wird, ist deshalb zur Leistung aller ihm möglichen und zumutbaren Hilfen verpflichtet, um einen Suizid zu verhindern. Dabei muss er sich selbst allerdings nicht in Gefahr begeben. Eine bewusste Missachtung dieser Verhinderungs- und Rettungspflicht kann als unterlassene Hilfeleistung (§ 323 c StGB) bestraft werden.

Personen mit »Garantenpflicht« gegenüber einem lebensmüden Menschen, etwa nahe Angehörige oder professionelle Helfer, die dem Suizidenten aufgrund der vertraglichen Übernahme von Schutz- und Beistandspflichten besonders verpflichtet sind, können bei Nichtverhinderung eines Suizids sogar wegen Totschlags durch Unterlassung (§§ 212, 213 StGB), fahrlässiger Tötung (§ 222 StGB) oder Körperverletzung (§ 223 StGB) strafrechtlich verantwortlich gemacht werden, sofern die suizidale Handlung in einem Zustand erfolgt ist, in dem die freie Willensbestimmung beeinträchtigt oder völlig aufgehoben war. Die Garantenstellung der professionellen Helfer wird außerdem mit der vertraglichen Übernahme von Schutz- und Beistandspflichten der Einrichtungen, in denen sie tätig sind, begründet. Zivilrechtlich können Klienten oder Angehörige, aber auch Versicherungsunternehmen Schadensersatz und Schmerzensgeld beanspruchen, wenn Behandlungsfehler begangen worden sind, das heißt ohne die erforderliche Sorgfalt gehandelt worden war, etwa bei der Wahrnehmung und Beurteilung entsprechender Äußerungen und Verhaltensweisen des Suizidenten.

Im Alltag kann diese Rechtslage schwierige Abwägungen und Entscheidungen freilich nicht verhindern. Dies liegt vor allem daran, dass in solchen Situationen die Achtung der Menschenwürde, die auch die Respektierung von frei verantwortlichen Entscheidungen und Handlungen umfasst, in einem Spannungsverhältnis zum Schutz des Lebens steht. Darüber hinaus ist die Beurteilung der Willensfrei-

heit ein schwieriges Unterfangen, da Menschen immer – allerdings in unterschiedlichem Umfang – fremdbestimmten Einflüssen unterliegen. Hinzu kommt, dass mögliche negative Auswirkungen von Sicherungsmaßnahmen auf den Erfolg der Therapie der Rechtsforderung nach Suizidprävention gegenüberstehen können.

An der Einordnung einer suizidalen Handlung als Unglücksfall auch dann, wenn die Entscheidung hierzu frei verantwortlich zustande gekommen ist, wird aus maßgeblicher juristischer Sicht seit Langem Kritik geübt und vor allem auf die in diesem Zusammenhang ungenügende Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts in höchstrichterlichen Urteilen hingewiesen.

Im Hinblick auf eine eventuell bestehende Lebensversicherung ist die Frage von Bedeutung, in welcher psychischen Verfassung ein Suizid durchgeführt wurde. Das Versicherungsunternehmen ist nur dann zur Leistung, das heißt zur Auszahlung der vollen Versicherungssumme an die berechtigten Hinterbliebenen verpflichtet, wenn die Selbsttötung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden krankhaften Zustand erfolgt ist. Den Beweis hierfür muss zwar der Antragsteller antreten, allerdings genügt zum Nachweis bereits eine hohe Wahrscheinlichkeit. Ursache und Dauer der zugrunde liegenden psychischen Störung sind dabei unerheblich.

Der »begleitete« Suizid

Unter einem begleiteten oder assistierten Suizid wird die Beihilfe zur Selbsttötung verstanden. Beihilfe meint, dass eine Person einem kranken Menschen dabei hilft, ein todbringendes Mittel zu beschaffen, es ihm ggf. auch darreicht, dass der Kranke sich dieses Mittel jedoch selbst zuführt. Seit Mitte der Siebzigerjahre wird diese Form der Sterbehilfe, die nicht mehr Hilfe *beim* Sterben, sondern Hilfe *zum* Sterben bedeutet, auch in Deutschland verstärkt diskutiert,

insbesondere im Hinblick auf Beihilfe durch Ärzte oder Mitglieder von Laienvereinigungen. Anlass waren unter anderem entsprechende und zum Teil auf Video dokumentierte Aktivitäten des Chirurgen Julius Hackethal. Seit Jahren machen Sterbehilfeorganisationen wie »Exit« in der Schweiz oder die »Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben« sowie die diesbezüglich sehr weitgehenden, 2002 erlassenen gesetzlichen Regelungen in den Niederlanden und Belgien immer wieder Schlagzeilen.

Während es beim begleiteten Suizid zunächst um Sterbehilfe bei körperlich unheilbar erkrankten Menschen mit deutlich begrenzter Lebenserwartung ging, deren Entscheidung aus freiem Willen erfolgen und wohlüberlegt und dauerhaft sein musste, werden nunmehr zunehmend auch psychisch kranke Menschen bei Selbsttötungen unterstützt. Dieser Art der Sterbehilfe stehen sehr ernste ethische und sachliche Einwände entgegen. Schon bei körperlich Kranken ist nicht immer klar, was »unheilbar« bedeutet und wie »dauerhaft« der Wunsch zu sterben sein soll. Bei psychisch Kranken stellen sich diese Fragen, insbesondere die nach der (Un-)Heilbarkeit, in noch größerer Dringlichkeit. Hinzu kommt die Frage, ob der Todeswunsch wirklich frei verantwortlich zustande gekommen ist. Das trifft in besonderer Weise zu für Menschen mit schweren depressiven Erkrankungen, die häufig gerade durch Hoffnungslosigkeit, auch hinsichtlich der sehr wahrscheinlichen Genesung, und starke Beeinträchtigung der freien Willensbildung charakterisiert sind. In diesen Fällen ist der begleitete Suizid nach unserer Einschätzung unverantwortlich und eine extreme Form der Überschreitung einer ethischen Grenze.

Nach langen Diskussionen, an der sich große Teile der Gesellschaft beteiligt und die zu vier sehr unterschiedlichen im Deutschen Bundestag eingebrachten Gesetzesentwürfen geführt haben, wurde Ende 2015 die geschäftsmäßige, das heißt eine auf Wiederholung angelegte Suizidbeihilfe in Deutschland gesetzlich verboten. Während Angehörige und andere nahestehende Personen, die nicht geschäftsmäßig

handeln, von der Strafbarkeit ausgenommen sind, wurde eine unter bestimmten Voraussetzungen mögliche Straffreiheit für Ärzte vom Gesetzgeber ausdrücklich verneint. Unseres Erachtens wird diese jetzt verbindliche Entscheidung allerdings einer vermutlich sehr seltenen Konstellation nicht gerecht, die von der Medizinethikerin Bettina Schöne-Seifert so formuliert wurde: »Palliativmedizin kann den ärztlich assistierten Suizid nicht vollständig ersetzen. Wir brauchen verlässliche Fürsorgeangebote für alle Kranken und Pflegebedürftigen; aber auch Toleranz gegenüber der frei verantworteten Selbsttötung schwer kranker Patienten und gegenüber den Ärzten, die ihnen dabei helfen können und wollen« (Schöne-Seifert, zitiert nach KLINKHAMMER & RICHTER-KUHLAMM 2015, S. 1164).

Können wir Suizide verhindern?

Zu der Frage, ob Suizide wirklich verhindert werden können, sind unter psychiatrisch Tätigen zwei Positionen weitverbreitet, die uns gleichermaßen problematisch erscheinen, vor allem für die Kolleginnen und Kollegen selbst.

Die erste Haltung lässt sich als »Ohnmachtsfalle« charakterisieren. Diese Kollegen fühlen sich der suizidalen Dynamik ihrer Klienten hilflos ausgeliefert. Als professionelle Helfer kommen sie sich machtlos und unwichtig vor, weil sie glauben, dass Suizidhandlungen das Ergebnis einsamer Entscheidungen sind, auf die andere niemals wirklich Einfluss nehmen können.

Diese Einschätzung ist falsch, denn in Wahrheit sind professionelle Helfer nicht ohne Einfluss auf den Krisenverlauf ihrer Klienten. Ob die bis vor wenigen Jahren gesunkene Suizidrate in Deutschland als Erfolg verstärkter Präventionskonzepte zu werten ist, lässt sich schwer nachweisen. Auf der individuellen Ebene allerdings ist die große Bedeutung der Person des professionellen Helfers und der

Qualität der therapeutischen Beziehung in der Praxis doch deutlich spürbar und wird nicht selten auch von Klienten verbalisiert, etwa nach einer Krise mit dem Hinweis: »Wenn Sie in der Zeit nicht da gewesen wären ...« ↗ Zahlen zum Suizid, Seiten 53 ff.

Während Mitarbeiter in der »Ohnmachtsfalle« die eigenen Handlungsmöglichkeiten verleugnen und dabei Gefahr laufen, apathisch oder zynisch zu werden, belasten sich andere mit einem unbegrenzten Verantwortungsdruck. Diese zweite, mindestens ebenso problematische Haltung lässt sich als »Allmachtsfalle« oder »therapeutischer Größenwahn« kennzeichnen. Diese Kollegen glauben, dass Suizidhandlungen mit guter professioneller Kompetenz immer verhindert werden können. Besonders bedenklich ist der Umkehrschluss, dass ich etwas falsch gemacht haben *muss*, wenn sich »mein« Klient tötet. Mit dieser Haltung fühle ich mich für den anderen völlig verantwortlich und trage im schlimmsten Fall an seinem Tod die »Schuld«. Der Umgang mit Menschen in suizidalen Krisen gehört für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen zu den schwierigsten und besonders belastenden Herausforderungen ihrer Alltagspraxis. Wir müssen wissen, dass wir letztlich nicht jede Selbsttötung verhindern können. Dies gilt auch dann, wenn wir professionell hochkompetent handeln und nichts »falsch« gemacht haben. Wenn ein Mensch so verzweifelt ist, dass er sich tötet, ist das ein Drama. Verantwortung oder gar Schuld trägt daran allerdings letztlich niemand anderes als er selbst, weder ein Angehöriger noch ein professioneller Helfer.

MERKE → Um der Ohnmachts- wie der Allmachtsfalle zu entgehen, ist es für psychiatrisch Tätige notwendig, eine eigene innere Balance im Umgang mit Suizidalität zu finden. Dazu gehört die Klärung der eigenen Haltung Suizidalität gegenüber genauso wie die Entwicklung professioneller Hilfeformen. Eine grenzenlose Verantwortung tragen Helfer nicht.