

# Reden rettet Leben

*Jedes Jahr nehmen sich in Deutschland mehr als 9.000 Menschen das Leben. Dabei kann wirksame Prävention Suizide verhindern. Denn der Wunsch, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, ist in der Regel nicht beständig. Wie man Betroffene ansprechen kann und welche Interventionsmöglichkeiten es gibt, stellten Psychiaterinnen und Psychiater im September bei einer Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Nordrhein vor. Thematisiert wurden dort aber auch die Belastungen, die der Umgang mit suizidalen Patienten bei den Angehörigen medizinischer Berufe verursachen kann.*

von Heike Korzilius



Foto: Photographee.eu/Shutterstock

Die junge Frau ist in der psychiatrischen Klinik seit Jahren bekannt. Die heute 20-Jährige blickt auf eine leidvolle Geschichte zurück: Missbrauchserfahrungen in der Familie, Drogenkonsum, Selbstverletzungen. Irgendwann landet sie auf der Straße, will sich das Leben nehmen. Stationäre Aufenthalte wechseln sich mit ambulanten Kriseninterventionen ab. Das alles klingt nicht nach einem Happy End, und doch gilt die junge Frau heute als stabil. „Irgendwann war das therapeutische Bündnis so fest, dass sich die Patientin rechtzeitig bei uns gemeldet hat, wenn sie – vor allem unter Alkoholeinfluss – wieder Suizidgedanken hatte“, sagt Professor Dr. Barbara Schneider. Für die Chefärztin der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie der LVR-Klinik und Leiterin des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) ist der Fall ein Beispiel dafür, was wirksame Intervention leisten kann. Die Patientin erkenne inzwischen im Vorfeld kritische Tage, wie den Todestag der Freundin, die sich das Leben nahm, oder die „Gedenktage“, an denen etwas ganz besonders Schlimmes vorgefallen ist. Für diese Tage mache die junge Frau Pläne und Sorge dafür, dass sie nicht alleine sei. „Wenn das nicht klappt, meldet sie sich bei uns“, erklärt Schneider im Gespräch mit dem *Rheinischen Ärzteblatt (RÄ)*. Die Patientin empfinde es als etwas Positives in ihrem Leben, dass sie gelernt habe, mit ihrer Situation besser umzugehen und sich aktiv Hilfe zu suchen.

## „Suizid ist meist kein Akt des freien Willens“

„Suizidprävention hilft betroffenen Menschen, sich mit ihren suizidalen Gedanken auseinanderzusetzen und nach Möglichkeiten zu suchen, ihr Leben nicht zu beenden.“ So beschrieb Schneider den Hilfsansatz bei der Fortbildungsveranstaltung „Suizidprävention – eine Herausforderung für die Ärzteschaft“ der Ärztekammer Nordrhein. Die Veranstaltung fand am 15. September 2021 online statt und war mit mehr als 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmern gut besucht. Initiiert hatte sie der Ausschuss Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik unter der Leitung von Christa Bartels und Dr. Christiane Groß. Die moderne Suizidprävention sei geprägt von einer annehmenden, die Selbstbestimmung des Individuums achtenden, wissenschaftlich fundierten und menschlichen Grundhaltung, betonte Psychiaterin Schneider dort: „Die Akzeptanz von Suizidgedanken, sie ohne Wertung ernst zu nehmen, ist Voraussetzung für stützende Kontakte.“

Schneider hob in ihrem Vortrag hervor, dass der Wunsch, seinem Leben ein Ende zu setzen, in der Regel nicht beständig ist. „Die Ambivalenz hinsichtlich des Wunsches zu leben oder zu sterben ist ein grundlegendes Merkmal von Suizidalität“, sagte die Psychiaterin. Akute lebensgefährdende Phasen bestünden meist nur für kurze Zeit. Dazu komme, dass ein Suizid meist kein Akt des freien Willens sei, der Kontrolle über die eigene Lebenssituation signalisiere. Suizidalität sei vielmehr

das Ergebnis vielfältiger Einflüsse. Diese reichten vom fehlenden Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem über die Verfügbarkeit von Suizidmitteln wie beispielsweise Tabletten oder Waffen oder den einfachen Zugang zu Brücken oder Bahnschienen bis hin zu unbewältigten psychischen Belastungen.

## Zugang zu Suizidmitteln erschweren

Um suizidgefährdeten Menschen zu helfen, müsse ganz allgemein die psychische Gesundheit gefördert sowie ein niederschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu Kriseninterventionsprogrammen geschaffen werden, forderte Schneider. Wichtig sei zudem eine verantwortungsvolle Medienberichterstattung über Suizide. So hätten beispielsweise im Jahr 2009 die ausführlichen Berichte über die Selbsttötung des Fußballtorwarts Robert Enke zahlreiche Menschen zur Nachahmung veranlasst. Enke, der an schweren Depressionen litt, hatte sich vor einen Zug geworfen. In der Folge, so Schneider, habe sich die Zahl der Eisenbahnsuizide eine Zeit lang deutlich erhöht. Als effektivste Präventionsmaßnahme nannte die NaS-Pro-Leiterin, den Zugang zu Suizidmitteln zu erschweren. Denkbar sei beispielsweise, kleinere Medikamentenpackungen abzugeben oder den Zugang zu Brücken, Eisenbahnschienen oder Waffen zu erschweren. „Das Wissen um die Möglichkeiten der Suizidprävention in der Gesellschaft insgesamt hilft, bei Suizidalität zielgerichtet zu unterstützen“, sagte Schneider.

Darüber, wie belastend die Arbeit mit suizidalen Patientinnen und Patienten auch für Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe sein kann und wie wichtig die Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie ist, berichteten der Psychiater Dr. Berthold Müller und die Psychiaterin Martha Wahl vom Zentrum für Psychiatrie (zfp) Südwürttemberg. „Ein Kollege ist aus der Patientenversorgung ausgestiegen und ins Gutachterwesen gewechselt, weil er es nicht verkraftet hat, dass sich einer seiner Patienten suizidiert hat“, sagte Müller. Auch Ärztinnen und Ärzte, Praxisteams und Therapeuten empfinden im Umgang mit suizidalen Patienten Gefühle der Angst, der Unsicherheit und Sorge, von Stress und Überforderung. Gerade Hausärztinnen und Hausärzte seien oft erste Anlaufstelle für die Betroffenen. Studien belegten, dass ein großer Teil der Suizidverstorbenen in den letzten vier Wochen vor ihrem Tod beim Hausarzt war. Thematisiert hätten die Patientinnen und Patienten ihre seelische Krise dort hingegen nicht.

Müller riet den Kolleginnen und Kollegen, die Patienten anzusprechen, wenn sie den Verdacht haben, diese könnten sich mit Suizidgedanken tragen. „Man muss über Suizidalität mit den Patienten reden. Das kann Leben retten“, betonte der Psychiater. Dabei sei es wichtig, sich von landläufigen Mythen zu lösen, wie zum Beispiel: Wer davon spricht, tut sich nicht wirklich etwas an. Wer sich umbringen will, den kann man nicht abhalten. Wenn ich den Suizid anspreche,



*„Die Akzeptanz von Suizidgedanken, sie ohne Wertung ernst zu nehmen, ist Voraussetzung für stützende Kontakte.“*

**Professor Dr. Barbara Schneider**, Chefarztin der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie der LVR-Klinik und Leiterin des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro)  
Foto: LVR, A. Kaschirina

bringe ich den Patienten erst auf die Idee. „Diese Aussagen sind so nicht zutreffend“, erklärte Müller. Es gelte, durch Nachfragen Risikofaktoren zu erkennen (siehe Textkasten „Formulierungshilfen zur Abklärung von Suizidalität“). Dabei gehe es auch darum, Zeit zu gewinnen. Denn Suizidalität sei kein Dauerzustand. „Kann eine suizidale Handlung verzögert werden, so erhöhen sich deutlich die Chancen, dass der Mensch überlebt“, so Müller.

## Verhaltensänderung ist ein Warnsignal

Auslöser suizidalen Verhaltens sind wissenschaftlich nachgewiesen neben psychischen und Abhängigkeitserkrankungen häufig Trennungserfahrungen, Verluste oder schwere somatische Erkrankungen. Verzweiflung, Gefühle der Ausweglosigkeit und Hoffnungslosigkeit gelten als deutliche Warnsignale.

## Formulierungshilfen zur Abklärung von Suizidalität

Ärztinnen und Ärzte sollten ihre Patienten direkt ansprechen, wenn sie den Verdacht haben, diese könnten sich mit Suizidgedanken tragen, rät der Psychiater Dr. Berthold Müller vom Zentrum für Psychiatrie Baden-Württemberg. Bei der Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Nordrhein zur Suizidprävention am 15. September stellte er Formulierungshilfen des Münchener Bündnisses gegen Depression vor:

- Gibt es in ihrer derzeitigen schwierigen Situation auch Gedanken an den Tod?
- Was genau meinen Sie damit, dass Totsein besser wäre?

- Denken Sie dabei auch an Suizid?
- An was denken Sie genau, wenn Sie sagen, Sie könnten sich umbringen?
- Haben Sie sich die ... (zum Beispiel Medikamente) schon besorgt?
- Wie oft und wie lange kommen die Gedanken an Suizid?
- Haben Sie darüber schon mit jemandem gesprochen?
- Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?
- Gibt es denn auch Dinge, die Sie noch am Leben halten?



*„Nach dem Suizid eines Patienten ist es wichtig, das Ereignis im Behandlungsteam aufzuarbeiten.“*

**Dr. Berthold Müller,**  
Zentrum für Psychiatrie (zfp)  
Südwestfalen  
Foto: privat

Hellhörig werden sollten Ärzte, Therapeuten und Angehörige aber auch, wenn Patienten in Grenzsituationen plötzlich ihr Verhalten von Grund auf ändern, sich völlig zurückziehen oder auch völlig ruhig werden. NaSPro-Leiterin Schneider berichtet im Gespräch mit dem RA über den Fall eines jungen Mannes, der wochenlang auf der geschlossenen Station eines psychiatrischen Krankenhauses behandelt wurde. Seine Freundin hatte ihn verlassen und er sah für sich keinen anderen Ausweg, als sich das Leben zu nehmen. Unter medikamentöser Behandlung besserte sich jedoch sein Zustand. Das betonte der junge Mann auch gegenüber Ärzten, Therapeuten und seiner Familie. „Er wirkte völlig ruhig und locker und wurde auf eine offene Station verlegt“, erinnert sich Schneider. Am selben Abend kam dann ein Anruf von der Polizei. Der Patient hatte sich vor die U-Bahn geworfen und war tot. „Dieses Gefühl der Entlastung, das er im Vorfeld ausstrahlte, ging offenbar darauf zurück, dass er einen Schlusstrich gezogen und sich fest zum Suizid entschlossen hatte“, sagt Schneider.

### **Angehörige sind oft schwer belastet**

Nach dem Suizid eines Patienten ist es nach Ansicht von Psychiater Berthold Müller wichtig, das Ereignis im Behandlungsteam aufzuarbeiten. Auch für professionelle Helferinnen und Helfer sei eine solche Erfahrung traumatisch und mit Gefühlen von Schuld, Hilflosigkeit und Selbstzweifeln belastet. „Das darf man nicht auf sich beruhen lassen“, meinte Müller und empfahl, Angebote wie Supervision, Balintgruppen oder auch Qualitätszirkel zu nutzen, um das Geschehene zu verarbeiten.

Müllers Kollegin Martha Wahl ist selbst Suizidhinterbliebene. Ihr Mann nahm sich nach langer psychischer Krankheit vor 14 Jahren das Leben. Müller warnte jetzt davor, die Angehörigen im Rahmen der Therapie aus dem Blick zu verlieren. Diese seien erheblich mitbetroffen, wenn der Partner, die Partnerin, ein Kind oder ein anderer naher Angehöriger chronisch rezidivierend suizidal sei. Manchmal trügen die Angehörigen jahrelang eine große Last, lebten unter andauernder Angst und Anspannung und seien oft völlig

erschöpft. Man solle also als Therapeut vorsichtig sein mit Wertungen wie: „Bei der Frau, bei der Mutter ist das ja kein Wunder...“

Wahl riet Ärzten und Therapeuten, die Angehörigen ernst zu nehmen und Gespräche mit diesen – in aller Regel im Beisein der Patientinnen und Patienten – zu einem Teil der Behandlung zu machen. Man dürfe die therapeutische Beziehung nicht überschätzen, erklärte sie. Denn Klientinnen und Klienten verfielen häufig je nach Gegenüber in andere Rollen und zeigten sich von einer anderen Seite. Die Angehörigen könnten vor diesem Hintergrund wichtige Hinweise und Einschätzungen auch zu einer möglichen akuten Suizidalität geben. Die richtige Balance zwischen einem guten Therapeut-Patienten-Verhältnis und der Einbeziehung der Angehörigen sowie zwischen Offenheit und ärztlicher Schweigepflicht zu finden, sei allerdings oft eine Herausforderung, räumte Wahl ein.

### **Zwischen Offenheit und Schweigepflicht**

Als Beispiel für eine gelungene Einbindung der Familie in die Therapie schildert die Psychiaterin gegenüber dem RA den Fall einer 66-jährigen, die überaus scheu, zurückhaltend und ängstlich wirkt. Die Frau leidet an einer Angststörung und einer Depression. Auf die Frage nach Suizidgedanken, bleibt sie zunächst stumm und unterbricht den Blickkontakt. Erst nachdem ihr zugesichert wird, dass auch bei Bejahen der Frage keine geschlossene Unterbringung und keine Zwangsmaßnahmen erfolgen würden, gesteht sie solche Gedanken ein. Vor dem Suizid schütze sie nur der Gedanke an ihre Tochter und ihre Enkel sowie ihre religiöse Bindung, erklärt die Patientin. Während der Behandlung kristallisiert sich immer wieder heraus, dass ihre erheblichen Selbstvorwürfe krankheitserhaltend wirken. Sie glaubt, dass sie aufgrund ihrer psychischen Erkrankung der Tochter keine Stütze bei der Betreuung der kleinen Kinder sein könne und sich die Enkel womöglich von ihr entfremden. Dadurch verstärkt sich gerade in Begegnungen mit der Tochter die Symptomatik. Dem Vorschlag zu einem gemeinsamen Gespräch mit der Tochter stimmt sie nur zögernd zu. Doch nach zwei klärenden Gesprächen, bei denen die gegenseitigen Erwartungen und die sich als unbegründet erweisenden Ängste angesprochen werden können, bessert sich die psychische Situation der Patientin deutlich. Die Entlassung in eine ambulante Psychotherapie ist kurz darauf möglich.

Doch Wahl kennt aus der Selbsthilfegruppe „Angehörige um Suizid“ auch einen Fall, der anders verlief. Dort schilderten die trauernden Eltern eines jungen Mannes, dass ein Arzt aus der regionalen somatischen Klinik sie eines Tages völlig unerwartet angerufen habe mit der Bitte, im Zimmer des Sohnes nachzusehen, ob sich dort leere Medikamentenschachteln fänden. Auf die Frage, was denn mit dem Sohn sei, habe man ihnen – im Tonfall abweisend und wenig empathisch – mit Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht eine Auskunft

verweigert. Dass der Sohn zu diesem Zeitpunkt komatös auf der Intensivstation lag und es bereits damals einen starken Verdacht auf einen Suizidversuch gab, erfahren die Eltern erst Monate später, nachdem der Sohn nach einem erneuten Suizidversuch verstorben ist. „Dass die Eltern sich einen offeneren Umgang oder ein Gespräch gewünscht hätten, aus dem Anliegen heraus, ihrem Sohn zu helfen oder Unterstützung zu suchen, finde ich nachvollziehbar“, sagt Wahl.

## Suizid im Fokus der Ärzteschaft

Die Veranstaltung der Ärztekammer Nordrhein im September war bereits die zweite, die sich dem Thema Suizid widmete. Während die Fortbildung ganz im Zeichen der Suizidprävention stand, beschäftigte sich der Rheinische Ärztetag Ende April überwiegend mit dem assistierten Suizid. Hintergrund für die ausführliche Erörterung beider Themenkreise ist ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts, das im Februar 2020 das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB), zum Beispiel durch Sterbehilfevereine, für verfassungswidrig erklärt hatte. Das Gericht vertrat die Auffassung, dass jeder Mensch – egal ob alt oder jung, gesund oder krank – das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben hat. Das schließe die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Eine Verpflichtung, Suizidhilfe zu leisten, gebe es aber nicht, erklärten die Karlsruher Richter. Das Gericht räumte dem Gesetzgeber zudem Handlungsspielraum ein, um zu verhindern, dass sich der assistierte Suizid „in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt“ oder sozialer Druck auf Menschen in besonders schwierigen Lebenslagen entstehe, sich das Leben zu nehmen, um anderen nicht zur Last zu fallen.

## Ärzte sind dem Leben verpflichtet

Über mögliche Regeln für den assistierten Suizid führte der Deutsche Bundestag im April eine erste Orientierungsdebatte. Es liegen mehrere fraktionsübergreifende Gesetzentwürfe vor, die aber vor dem Ende der Legislaturperiode Ende September nicht mehr beraten werden konnten. Im Mai befasste sich auch der 124. Deutsche Ärztetag mit dem Thema. Er entschied angesichts des Karlsruher Urteils, das Verbot des ärztlich assistierten Suizids aus der (Muster-) Berufsordnung zu streichen. Mit der Änderung der Berufsordnung hat der Deutsche Ärztetag aber noch keine Entscheidung darüber getroffen, wie die Ärztinnen und Ärzte ihre künftige Rolle im Umgang mit der Suizidhilfe definieren wollen. Weder in der Diskussion über die Frage beim Deutschen Ärztetag im Mai noch zuvor beim Rheinischen Ärztetag zeichnete sich eine klare Position ab. Die Auffassungen der Ärztinnen und Ärzte lagen – wie im Rest der Gesellschaft – zum Teil weit auseinander. Die Delegierten des Deutschen Ärzte-



*„Die Angehörigen können häufig wichtige Hinweise auch zu einer möglichen akuten Suizidalität geben.“*

**Martha Wahl,**  
Zentrum für Psychiatrie (zfp)  
Südwestfalen  
Foto: privat

tages sprachen sich allerdings mit großer Mehrheit dafür aus, die Suizidprävention auszubauen und die Suizidforschung voranzutreiben.

Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, warnte jetzt bei der Fortbildungsveranstaltung in Düsseldorf: „Wir müssen aufpassen, dass wir nicht Gefahr laufen, instrumentalisiert zu werden.“ Ärztinnen und Ärzte seien dem Leben verpflichtet. Sie dürften sich nicht zu Erfüllungsgehilfen einer politischen und juristischen Idee von Liberalität machen. Denn dort, wo der assistierte Suizid erlaubt sei, nehme nicht nur die Zahl der Menschen zu, die davon Gebrauch machten, sondern es steige auch ganz generell die Zahl der Selbsttötungen. „Da sinkt der Wert des Lebens“, sagte Zimmer. **RA**

## Großer Qualifizierungsbedarf

Das Wissen um die Möglichkeiten der Suizidprävention zu verbreiten, ist Ziel des Suprima-Projekts ([www.suprima-projekt.de](http://www.suprima-projekt.de)), das Professor Dr. Eva Meisenzahl bei der Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Nordrhein zur Suizidprävention am 15. September vorstellte. Die Leiterin des Projekts und zugleich Leiterin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Kliniken der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf erklärte, das E-Learning-Programm, das von Workshops in Präsenz flankiert wird, zielt darauf ab, unter anderem Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeuten und Pflegekräfte in der Region Düsseldorf/Neuss zu schulen, damit sie Suizidalität besser erkennen und behandeln können. Das Wissen über das Thema sei auch in den

Fachkreisen nur spärlich vorhanden, sagte Meisenzahl: „Hier besteht großer Qualifizierungsbedarf.“ In drei Modulen kombiniert mit Quizfragen und Lehrfilmen vermittele die Online-Fortbildung Hintergrundwissen über Suizidalität, die Diagnostik und Risikoabschätzung sowie interdisziplinäre psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen. Das Programm gehe in wenigen Wochen an den Start und sei dann kostenfrei verfügbar, sagte die Psychiaterin. „Wir wollen damit einen Werkzeugkasten für das Tagesgeschäft schaffen.“ Am E-Learning Programm Interessierte können sich an Dr. Viktoria Toeller, LVR-Klinikum Düsseldorf, Tel.: 0211 922-2773, E-Mail: [toeller.viktoria@hhu.de](mailto:toeller.viktoria@hhu.de) wenden.