

Assistierter Suizid und psychiatrisches Handeln

Homo liber de nulla re minus quam de morte cogitat,
et eius sapientia non mortis, sed vitae meditatio est.

Ein freier Mensch denkt über nichts weniger nach als
über den Tod.
Und seine Weisheit besteht im Nachdenken nicht über
den Tod, sondern über das Leben.

Spinoza, Ethik IV p 67

I

Ein junger Mann kam in meine Sprechstunde in der LWL-Klinik für Psychiatrie. Er hatte ein Bild mitgebracht. Zu sehen war ein Weg durch eine hügelige Landschaft. Der Weg war gesäumt von Kreuzen. „Das waren alles Freunde von mir“, sagte der Mann, „sie waren alle in der Psychiatrie. Alle haben sich das Leben genommen.“ Wir gingen gemeinsam den Weg nach. Er erinnerte sich an jeden einzelnen. Fast alle waren auch mir bekannt. Ein Weg der Trauer, der Wut, des Schmerzes und auch eine Auseinandersetzung mit eigenen Suizidgedanken. Ich musste fortan oft an diesen Mann und sein Bild denken – hätte ich doch leicht die Kreuze an seinem Weg durch weitere Kreuze für andere mir vertraute Menschen ergänzen können. Mich beschäftigt seither der Gedanke, ob hinter der Vielzahl von Suiziden im Kontext psychischer Erkrankungen nicht eine Wirklichkeit der Psychiatrie verborgen ist, die durch Statistik und Aussagen über deutlich erhöhte Prävalenzen nur unzureichend abgebildet wird.

II

Was wäre – so ein Gedankenspiel zu dem das Bild des Patienten mich anregt – was wäre, wenn es bei allem psychiatrischen Handeln zentral – nicht nur am Rande, nicht nur als oft verdrängte katastrophale Ausnahme – um den Umgang mit und die Verhinderung von suizidalem Handeln ginge? Was wäre, wenn es bei jeder psychiatrischen Krise mal mehr im Vorder- mal mehr im Hintergrund auch um die letzte Möglichkeit eines selbstgewählten Todes ginge? Ein heute kaum noch zitierter Klassiker der Suizidforschung – Erwin Ringel – beschreibt die, einem Suizid oder Suizidversuch vorausgehende Entwicklung als zunehmende Verengung der Erlebniswelt: als Einengung der persönlichen Möglichkeiten, die eine zunehmende Fixierung auf nur eine Lösungsmöglichkeit, die des Suizids zur Folge haben.¹

In ähnlicher Weise beschreiben Klaus Dörner und Ursula Plog die Erlebniswelt in einer präsuizidalen Krise mit der Metapher einer Landschaft, die so „eng und hart“ geworden ist, dass Betroffene meinen, ihr nur durch einen „Sprung“ entfliehen zu können. Der Suizid ist oftmals dieser Sprung, der aus einer Landschaft herausführen soll, die durch emotionale Einengung, Verlust sozialer Kontakte, Verlust von Lösungsmöglichkeiten und Fixierung auf nur einen möglichen Weg gekennzeichnet ist. „Irgendwann“, so Dörner und Plog, „ist der nächste Schritt buchstäblich der letzte: so geht es nicht mehr weiter,

¹ Ringel 1981, 52ff.

dieser Weg ist am Ende. Die Krise ist zugespitzt – so spitz, dass [...] die zugehörige Landschaft weg ist, zu einer Wand verhärtet, zu einem Abgrund abgeschlossen und – geöffnet.“² Diese Beschreibung der zu einer „engen und harten“ Landschaft gewordenen Lebenswelt trifft aber, so Dörner und Plog, nicht allein auf den psychischen Hintergrund einer suizidalen Krise zu, sie beschreibt den Hintergrund jeder psychiatrischen Akutsituation: „Jede Krise ist also auch eine Frage von Leben und Tod.“ Und umgekehrt ist der Suizid als Gefahr und Hintergrund jeder Krise zu sehen: der Suizid „ist *immer eine Lösungsmöglichkeit jeder Krise*.“³

III

Für die Kommunikation in akuten psychiatrischen Krisen bedeutet das: die Möglichkeit eines suizidalen Auswegs ist immer mit zu bedenken und – darin sind sich alle Fachleute einig – explizit zu thematisieren. Das offene Gespräch über Suizidgedanken und suizidales Handeln wirkt als solches schon entlastend.⁴ Dabei ist von einer durchaus paradoxen Gesprächssituation auszugehen: einerseits sollen die Suizidwünsche offen thematisiert werden. Die Verzweiflung des Gegenübers muss eher noch vertieft werden.⁵ Im Bild von der Landschaft: ich muss den anderen im Gespräch bis an den Abgrund begleiten und meine eigene Angst und die des anderen aushalten, ohne sie durch Vertröstungen zu beschwichtigen. Gleichzeitig aber muss deutlich sein, dass für mich jeder Suizid furchtbar ist und ich alles dafür tue, ihn zu vermeiden. Ich glaube, dass diese Erwartung in der Beziehung zwischen Ärztin, Krankenpfleger, Sozialarbeiterin, Seelsorgerin und Patient fundamental ist.

IV

Diesen Gedanken möchte ich vertiefen. Die Offenheit im Umgang mit suizidalen Gedanken muss vielleicht – so ein Gedanke Carl Rogers – bis zur Akzeptanz des ins Auge gefassten Lebensausgangs gesteigert werden:

„Mir scheint, daß der Therapeut nur dann die große Stärke der Fähigkeit und Kapazität des Individuums zur konstruktiven Handlung erkennt, wenn er voll und ganz einverstanden ist, daß *jede* Möglichkeit, *jede* Richtung gewählt wird. Wenn er damit einverstanden ist, daß unter Umständen auch der Tod gewählt wird, dann wird das Leben gewählt werden [...]“⁶

Diese Akzeptanz muss aber jederzeit in Spannung stehen zum Wunsch und Willen der psychiatrisch Tätigen, diesen Ausgang aus der Krise zu verhindern. Man kann sich dazu durch sein Gegenüber geradezu berechtigt fühlen: „Solange jemand andere an seiner Tat Anteil nehmen läßt oder z.B. mich in sein Vorhaben einweiht, will er noch irgend etwas. Genau das berechtigt mich zur Hilfe oder zum Handeln.“⁷ Man könnte auch, wie es Katharina Ratzke und Jürgen Armbruster tun⁸, die Gesamtheit psychiatrischen Handelns

² Dörner, Plog, 1996, 325.

³ Dörner, Plog, 1996 a.a.O.

⁴ Vgl. z.B. Ratzke, Armbruster 2022, 210: „Das proaktive Ansprechen von Suizidwünschen ist der erste Schritt zur Suizidprävention.“

⁵ S. Dörner, Plog 1996, 331.

⁶ Rogers zit. n. Dorrman 2009, 24.

⁷ Dorrman 2009, 27.

⁸ Ratzke, Armbruster 2022, 209f.

von Psycho- und Pharmakotherapie bis zum sozialpsychiatrischen Handeln in der Gemeinde als Anstrengung zur Suizidprävention lesen. Ich bin fest davon überzeugt, dass ein adäquater Umgang mit suizidalen Gedanken, Handlungen, Wünschen nur in dieser Spannung zwischen Akzeptanz und Verhinderung möglich ist. Wenn diese Spannung aufgehoben wird, endet das gemeinsame Bemühen, Auswege zu finden, die anders aussehen als der selbst herbeigeführte Tod. Wenn die Seite der Verhinderung zum – leider oft notwendigen – Zwang wird, endet das Gespräch. Wenn die Akzeptanz zur Einwilligung wird, sind Suche und Bemühen um Auswege beendet.

V

Die Versuchung zur Auflösung der Spannung in die eine oder andere Richtung ist jederzeit sehr groß. Ist es doch, wenn Dörner und Plogs Darstellung stimmt, der Wunsch des Gegenübers durch einen Sprung der ausweglosen Situation zu entkommen. Und es ist umgekehrt sehr mühselig und manchmal bis zum äußersten anstrengend, der Situation nicht durch einen Sprung entkommen zu wollen. Eine nicht enden wollende schwere Depression, eine durch manische Phasen zerstörte Lebenswelt, über viele Jahre quälendes Stimmenhören und immer wieder gescheiterte Versuche, therapeutische Hilfe und einen bekömmlicheren Ort zum Leben zu finden, sind anstrengend und konfrontieren Angehörige sowie psychiatrisch Tätige mit ihrer eigenen Hilflosigkeit, eigenen Ängsten, eigener Todessehnsucht. Die Gefahr ist groß, dass sich das oft verworrene Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen in einfachen Lösungen Bahn bricht und latente Aggression in Zwang oder Einwilligung zum Suizid ihren Weg findet.

VI

Was wäre, wenn in diese Problematik die Möglichkeit zum assistierten Suizid einbricht? Was wäre, wenn in der Überzeugung das ethisch Richtige und moralisch Gebotene zu tun, das Bemühen um einen Weg im Leben durch die Planung eines Wegs aus dem Leben ersetzt wird? Ich bin fest davon überzeugt, dass eine solche Situation für alles psychiatrische Handeln desaströs wäre. Ich bin fest davon überzeugt, dass es diese Möglichkeit in der Psychiatrie nicht geben sollte. Aber was heißt das konkret in einer Situation, in der vom Bundesverfassungsgericht die Möglichkeit zum assistierten Suizid auch für Situationen psychischen Leids zugestanden wird?

VII

Die wesentlichen Argumente für die Zulassung des assistierten Suizids auch für Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind im Wesentlichen folgende: Die gesellschaftliche Einstellung zum Umgang mit Leiden hat sich grundlegend verändert. Galten in früheren Jahrzehnten Phasen des Leids als unabdingbarer Teil des Lebens, die notgedrungen ausgehalten werden mussten, ist diese Akzeptanz einer umfassenden Erwartung nach leidensfreiem Leben gewichen.⁹ Galt noch bis in die jüngste Vergangenheit, der Wunsch, sich selbst das Leben zu nehmen, an sich als pathologisch, wird heute von der Möglichkeit einer rationalen, nicht durch psychische Beeinträchtigungen beeinflussten Entscheidung ausgegangen – auch psychisch erkrankte Menschen können sich durchaus rational für einen Suizid entscheiden.¹⁰ Ein weiteres Argument beruft sich auf

⁹ Vgl. Richter 2021, 42 ff.

¹⁰ Vgl. Richter 2021, 46 ff.

die UN Behindertenrechtskonvention: wenn es ein Recht auf assistierten Suizid gibt, darf dieses Recht auch Menschen mit Behinderungen nicht vorenthalten werden.¹¹

VIII

Vor diesem Hintergrund scheint mir folgender Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid in der Psychiatrie sinnvoll: Die Offenheit und Akzeptanz gegenüber Suizidwünschen ist auch auf den Wunsch nach assistiertem Suizid auszudehnen. Möglicherweise kann mit einem Patienten auch im Sinne einer „unterstützten Entscheidungsfindung“¹² über die Entscheidung über einen solchen Suizidwunsch gesprochen werden. Es muss aber deutlich bleiben, dass es sich bei der Umsetzung eines solchen Wunsches um einen Abbruch des bisherigen Gesprächs, um eine Veränderung des Rahmens handelt, die auch dadurch kenntlich zu machen ist, dass der Ort, an dem die Umsetzung geplant und vollzogen wird, keine psychiatrische Einrichtung sein kann.¹³ Normalisierung im Sinne der Behindertenrechtskonvention müsste bedeuten, dass auch von Menschen mit psychischen Erkrankungen die Wege beschrritten werden, die andere Menschen auf dem Weg zum assistierten Suizid gehen.

¹¹ Vgl. Richter 2021, 50 ff.

¹² Richter 54

¹³ Vgl. Stellungnahme der DGSP zur Suizidbeihilfe (29. Juni 2022): „Insbesondere ist Sorge zu tragen, dass die Beratung zur Suizidbeihilfe ausreichend unabhängig von anderen Beratungsgesprächen zu weiteren psychosozialen Zusammenhängen ist und dass die Person in diesem Prozess ausreichend Unterstützung erfährt, um sich gegen beschränkende Einflüsse ihrer Freiverantwortlichkeit zur Wehr zu setzen.“

Literatur:

Armbruster, J., Ratzke, K., Selbstbestimmt?, Der Suizidwunsch von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, in: Ataie, J., Berger-Zell, C., Giebel, A., (Hrsg.), Leben, Selbstbestimmung und Lebensschutz: Ambivalenzen im Umgang mit der Beihilfe zur Selbsttötung, Esslingen 2022, S. 200-211.

Dörner, K., Plog, U., Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, 1. Aufl. der Neuausgabe, Bonn 1996.

Dorrmann, W., Suizid, Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten, sechste, aktualisierte Auflage 2009.

Richter, D., Unerträgliches Leiden und autonome Entscheidung. Warum Menschen mit psychischen Erkrankungen das Recht auf Sterbehilfe nicht verwehrt werden darf, in: Böhning, a. (Hrsg.), Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte, Herausforderungen für die Psychiatrie und Psychotherapie, Bern 2021, S. 37-61.

Ringel, E., Neue Gesichtspunkte zum präsuizidalen Syndrom, in: Ringel, E. (Hrsg.), Selbstmordverhütung, Frankfurt a.M. 2. Aufl. 1981, S. 51-116.

Stellungnahme der DGSP zur Suizidbeihilfe (29. Juni 2022) <https://www.dgsp-ev.de/veroeffentlichungen/standpunkte-stellungnahmen/position-stellungnahme-der-dgsp-zur-suizidbeihilfe-29-juni-2022>

Pfr. Thomas Feld
Dipl. Theol., Soz. Päd. M.A.
Edewecht