1 Suizid – eine humane Option?

1.1 Gesellschaftliche Wahrnehmungen des Suizids

In die Notaufnahme der Klinik wurde von hektisch rennenden Sanitätern ein junger Mann gebracht. Allerdings: Er war bereits tot. Blausäure habe er geschluckt, nach einem heftigen Streit mit dem Vater. Zu spät hätten sie, die Eltern, es bemerkt, nachdem der Sohn sich zu Hause in seinem Heiligtum, einem kleinen Labor, eingeschlossen hatte, ein Fanatiker der Chemie seit frühesten Gymnasialjahren. Ob denn gar nichts mehr zu retten sei.

Es dauerte, das zu begreifen. Doch dann gab es in aller Erschütterung zwischen den Tränen noch eine Frage: Ob man denn nicht einen »natürlichen Tod« bescheinigen könne, möglicherweise ein Herz- oder Atemversagen. Denn schließlich sei der Sohn – durch die Wirkung der Blausäure – ja quasi innerlich erstickt. Nur um Aufruhr und Gerede zu vermeiden. Dem Arzt hier im Krankenhaus, der den Verstorbenen bislang gar nicht gekannt habe, könne es letztlich egal sein. Die Verwandtschaft, die Nachbarn, sie alle sollten doch ein gutes Andenken bewahren.

Der Schock nach dem plötzlichen Verlust eines innig geliebten Menschen ist so groß, dass der Schmerz dahinter noch gar nicht richtig spürbar wird. Die bittere Einsicht, dass der Mensch sein eigenes Leben nahezu jederzeit beenden kann, ist da noch nicht wirklich greifbar. Man möchte den Tod nicht wahrhaben und schon gar nicht den Suizid. Ein Tod lässt sich nicht ungeschehen machen. Aber ein Suizid? Zumindest auf dem Papier?

Wohl schon immer haben Menschen sich schwer getan mit dieser tragischen Kehrseite eines Potenzials, auf dem zugleich ihre dominante Stellung in der Welt beruht: die Fähigkeit zur freien Willensentscheidung. Wie soll man mit der damit verbundenen Möglichkeit der Selbsterstörung umgehen? Was kann die Gemeinschaft tun, um ihre Mitglieder nicht auf diese Weise zu verlieren, sie vor dem Zugriff des »Grausamen Gottes« (Alvarez 1974) zu schützen, sich selber zu schützen vor den fast immer damit verbundenen destruktiven Folgen?

So ist es keineswegs überraschend, dass es stets Bestrebungen gab, den Suizid zu leugnen, zu verdammen, ihn mit aller Strenge zu bestrafen – in der Hoffnung, ihn als humane Option ein für alle Male zu tilgen. Eine Option, die umgekehrt bisweilen als die einzig würdige Form der Lebensbeendigung gepriesen, geradezu glorifiziert wurde – seit dem Altertum bis heute.

Die Schwierigkeiten der Wahrnehmung des Suizids als Realität im Dasein der Menschen spiegeln sich in praktisch allen Bereichen des gesellschaftlichen

Lebens: in der Philosophie, den Religionen, der Medizin, den Rechtswissenschaften, selbst in der nüchternen Statistik. Albert Camus (2000) bezeichnete in seiner berühmten Schrift *Der Mythos des Sisyphos* den Suizid sogar als das einzige wirklich ernst zu nehmende philosophische Problem. Eine global umfassende Information über dessen ethische Wertung zu allen Zeiten, in allen Kulturen, in allen Teilen der Welt wurde erst kürzlich von der amerikanischen Philosophin und Medizinethikerin Margaret Pabst Battin (2015) als Buch und zugleich als ein auch online zugängliches Archiv (<http://ethicsof suicide.lib.utah.edu>) herausgegeben – als Korrektur der heutzutage in der westlichen Welt verbreiteten oft sehr einseitigen Betrachtungsweise ausschließlich als psychopathologisches Phänomen.

Religionen

Alle großen Weltreligionen lehnen den Suizid mehr oder minder ab. Religionen sind auf die Lebenden gerichtet und suchen zugleich eine Aussöhnung mit dem Tod, dem unvermeidlichen Schicksal, dem alle Menschen entgegensehen. Seine Realität ertragbar zu machen ist eines der Anliegen transzendentaler Erwartung in jeglicher Form, sei es ein Jenseitsversprechen wie im Christentum und im Islam, sei es das der ewigen Wiedergeburt wie im Buddhismus und Hinduismus. Alles Bemühen, den Tod in Frieden und Demut anzunehmen, wenn es eines Tages soweit ist, erscheint unvereinbar mit dem Verlangen, ihn aktiv herbeizuholen. Die Todessehnsucht aus Verzweiflung, aus untragbarem Leid steht aus religiöser Perspektive in fundamentalem Kontrast zu seiner Annahme in Ergebenheit.

Sowohl in der jüdischen Religion wie im Islam ist der Suizid verboten, weil der Mensch Gottes Eigentum sei (Dorff 2005, Zahedi et al. 2007). Dennoch gibt es in beiden Religionsrichtungen vorsichtige Liberalisierungstendenzen (► Kap. 4.7). Die Selbstopferung zugunsten der Religion und der Allgemeinheit wird im Islam teilweise toleriert, die aus politischen Gründen zum Suizid-Attentat Entschlossenen vielerorts sogar als Helden und Märtyrer verehrt.¹

Im Hinduismus und Buddhismus wird die Tötung von Lebewesen grundsätzlich abgelehnt, somit auch der Suizid. Allerdings gibt es auch hier durchaus Ausnahmen von der Regel, je nach regionaler und historischer Ausprägung. Berühmt ist in Indien der – offiziell verbotene – Ritus, dass die Ehefrau ihrem verstorbenen Mann in den Tod nachzufolgen habe, indem sie sich mit dessen Leichnam verbrennen lässt (Sati). Im Buddhismus wird der Tod als ein integraler Teil des Zyklus von Sterben und Wiedergeburt nicht aus dem Bewusstsein Lebender ausgeklammert, sondern in einem Zustand größtmöglicher Ruhe und

1 Während in der vor allem in Nordafrika verbreiteten malekitischen Rechtsschule des Sunnismus, der größten Glaubensgemeinschaft im Islam, Suizid-Attentate gutgeheißen werden, wird deren Rechtmäßigkeit von der hanafitischen Richtung – mit ihrer Dominanz in den westasiatischen Staaten – angefochten (Mohaghegh Damad 2012).

Würde erwartet (Keawn 2005). Wer allerdings den höchsten Grad der Erleuchtung im Leben erreicht und sich von allem erdgebundenen Verlangen freigemacht hat, wer somit an der Stufe zum Nirwana steht, darf sein Leben in diesem Zustand auch beenden. Im Jainismus, einer aus dem Hinduismus hervorgegangenen Religionsrichtung mit den Idealen asketischer Lebensweise und absoluten Gewaltverzichts, stellt der Suizid durch extremes Fasten die höchste Stufe der Läuterung von aller irdischen Gebundenheit und der spirituellen Erleuchtung dar (Baechler 1981). Er erhält auf diese Weise den Charakter eines ultimativen Lebensziels, das allerdings nur den wenigsten Menschen erreichbar sein dürfte.

Auch im Christentum galt der Suizid über lange Zeit ausschließlich als schwere Sünde gegen Gott, der das Leben geschenkt habe und dem allein es zustehe, dieses wieder zu nehmen. Das war nicht immer so. In den ersten Jahrhunderten unserer Zeitrechnung galt der Suizid noch als moralisch neutral, zumal die Bibelstellen, die einen Suizid nennen, ihn an keiner Stelle moralisch verurteilen. Die Selbstopferung früher Christen, um ihrem Glauben Bekräftigung und Anerkennung zu verschaffen, galt als die heroische Tat eines Märtyrers.

Diese Haltung änderte sich erst mit Augustin im fünften Jahrhundert. Sein klug formuliertes Verdikt gegen den Suizid richtete sich ursprünglich gegen die Selbsttötung junger Nonnen, die, in ihren geplünderten Klöstern von römischen Kriegern vergewaltigt, solcherart entehrt nicht weiterleben wollten: »Wer also hört, es sei nicht erlaubt, sich zu töten, der tue es nur dann, wenn es der befiehlt, dessen Befehle nicht missachtet werden dürfen; nur sehe er zu, ob der göttliche Befehl nicht irgendwie ungewiss ist.« Und dann fügte Augustin einen ebenso sybillinischen wie psychologisch tiefsinnigen Satz hinzu: »Wir können unser Gewissen nur dem anpassen, was wir hören, über den verborgenen Sinn maßen wir uns kein Urteil an. Niemand weiß, was im Menschen vorgeht, außer dem Geist des Menschen, der in ihm ist« (Augustinus 1979)². Der Suizid wird damit ausdrücklich zu einer Gewissensentscheidung, die – wenngleich grundsätzlich verboten – jeder selbst zu verantworten hat. Zugleich wird er ins verborgene Private abgedrängt und damit tabuisiert.

Der noch bei Augustin spürbare Respekt vor der innersten Gewissensentscheidung eines verzweiferten Menschen wurde in den folgenden Jahrhunderten bis auf wenige Ausnahmen aufgegeben zugunsten einer umfassenden sozialen Kontrolle, eines autoritären Zugriffs auf das Individuum. Bis heute ist die Wertung des Suizids in fast allen gesellschaftlichen Bereichen einschließlich der Medizin von diesem Anspruch geprägt. Auch wenn Aufklärung und Säkularisierung in Europa eine gewisse Wende in der moralischen Betrachtung des Suizids bewirkten, haftet diesem dennoch bis heute der Ruch des Unerlaubten an, des allenfalls unter bestimmten Bedingungen Entschuldbaren. Erst im Laufe des 20. Jahrhunderts wurden kirchliche Begräbnisse von durch Suizid Verstorbenen generell möglich, in der katholischen Kirche offiziell erst seit 1983.

² Den Hinweis auf diesen Text Augustins und seine Entstehung verdanke ich der Heilbronner Pfarrerin Anna Christ-Friedrich.

Recht und Politik

Bis in unsere Zeit hinein werden Religionen als politisches Machtmittel missbraucht, beispielsweise in einigen arabischen Staaten. Religiös begründete Vorschriften sollen die Menschen zumindest abschrecken, Handlungen zu vollziehen, die zu einer Schwächung des Staats führen könnten. Eine Begräbnisverweigerung als Ausdruck der öffentlich vollzogenen Entehrung ist eine solche Maßnahme.

Regierungen in aller Welt haben den Suizid und jeden diesbezüglichen Versuch oftmals unter strenge Strafen gestellt, soweit sie zu dessen Tolerierung nicht bereit waren.³ Da man Tote nicht mehr wirksam bestrafen kann, wurde der Leichnam nach einem Suizid zumindest geschändet, verstümmelt, entehrt. Die Besitztümer des Verstorbenen fielen dem Staat zu – eine gleichfalls der Abschreckung dienende Bestrafung der Hinterbliebenen.

Die Strafverfolgung war jedoch nicht generell, sondern sie orientierte sich an aktuellen staatlichen und wirtschaftlichen Interessen. Im alten Rom wurde der Suizid toleriert – Gefangenen und Sklaven aber war er verboten, Gefangenen, weil sie seiner nicht würdig waren, Sklaven, da sie einen gewinnbringenden Wirtschaftsfaktor darstellten. Auch Soldaten im Militäreinsatz, die sich töten wollten, wurden hart bestraft (von Engelhardt 2005). Gleiches galt in Deutschland während der Nazi-Herrschaft. Personen im Widerstand gegen die Macht-haber hingegen wurde der Suizid mitunter nahegelegt: dem Feldmarschall Erwin Rommel ebenso wie einst Seneca und Sokrates.

Auch heute noch ist in vielen Staaten der Suizid strafrechtlich verboten. Vor allem natürlich in den Staaten mit traditionell islamisch geprägtem Rechtssystem, aber beispielsweise auch in Nordkorea, Singapur, Indien, einigen Staaten der USA, seit Kurzem auch in afrikanischen Staaten mit überwiegend christlicher Bevölkerung wie Uganda und Ghana.

Die fehlende Wirksamkeit des Strafrechts auf die Suizidhäufigkeit zeigt sich besonders anschaulich in Nordkorea, einem Land mit den derzeit wohl strengsten strafrechtlichen Bestimmungen wider den Suizid (selbst Familienmitglieder als Hinterbliebene können bestraft werden). Laut WHO-Statistik 2014 hat das Land die zweithäufigste Suizidprävalenz weltweit (hinter dem südamerikanischen Staat Guyana⁴). Bei weiblichen Suiziden und beim Alterssuizid ist Nordkorea sogar führend.

In Deutschland ist seit mehr als 250 Jahren, seit der Zeit Friedrichs des Großen, das Suizidverbot aufgehoben. Er war außerdem bereits 1794 im *Preußi-*

3 Überlebenden einer Suizidhandlung drohte zeitweise die Todesstrafe, in England noch im 19. Jahrhundert praktiziert (Alvarez 1974). Als Absurdität erscheint heute die im 17. Jahrhundert bisweilen genutzte Möglichkeit, statt der Todsünde Suizid einen »mittelbaren Suizid« zu begehen, den Mord an einem anderen Menschen, um vor der offensiv angestrebten Strafe, der zwangsläufig folgenden Hinrichtung, die Tat beichtend und bereuend doch noch Vergebung zu erlangen.

4 In Guyana besteht seit Jahrzehnten insbesondere im hinduistisch geprägten indischstämmigen Bevölkerungsanteil eine extrem hohe Suizidenz, die mit kulturellen Faktoren in Zusammenhang gebracht wurde (McCandless 1968).

schen Allgemeinen Landrecht kein Straftatbestand mehr, ebenso im allgemeinen preußischen Strafrecht von 1851, das in wesentlichen Aspekten bis heute Gültigkeit hat.

Dennoch wird der Suizid immer wieder einmal zu politischen Zwecken instrumentalisiert. Eine ideologische Zuschreibung der Verantwortung für erfolgte Suizide an ein gegnerisches Herrschaftssystem zeigte sich besonders eklatant in der politischen Konfrontation des *kalten Krieges* zwischen 1947 und 1989 in Deutschland. Exemplarisch war in dieser Hinsicht der Verbrennungssuizid des evangelischen Pfarrers Oskar Brüsewitz vor seiner Kirche in Zeitz im Jahr 1976, mit dem er auf die ihm unhaltbar erscheinende Situation der Religionsausübung in der DDR aufmerksam machen wollte. Von offizieller Seite der DDR wurde kurz darauf erklärt – nachdem man zunächst noch versucht hatte, das Ereignis der Öffentlichkeit gegenüber zu verschweigen – es handle sich um die Tat eines Psychopathen, eines Unzurechnungsfähigen. Daraufhin folgten hämische Proteste seitens der Vertreter der BRD – in der sich allerdings wenige Wochen zuvor gleichfalls ein politisch motivierter Suizid ereignet hatte: der von Ulrike Meinhof. Im gleichen Maße, wie Meinhof – aus westlicher Perspektive – ein »eigentlich zutiefst kranker Mensch« zu sein hatte (was deren Angehörige energisch bestritten), hatte Pfarrer Brüsewitz – aus westlicher Sicht – *nicht* krank zu sein (was dessen Angehörige gleichfalls bestritten) (Wedler 1976).

Statistik

Auch die Statistiken über Suizidereignisse bieten nicht immer ein zutreffendes Bild. Die in vielen Teilen der Welt noch vorhandene Tabuisierung trägt dazu bei, Todesfälle durch Suizid anders zu deklarieren – als Unfall oder als »natürlichen« Tod. Die Unterschiede der Suizidhäufigkeit zwischen überwiegend katholischen und überwiegend evangelischen Bevölkerungsteilen wurden bisweilen als Beleg für die suizidpräventive Wirkung einer stärker autoritär geprägten Religion angesehen, könnten aber auch Folge einer häufigeren Vertuschung von Suizidhandlungen in Familien und Gemeinden sein, solange diffamierende Konsequenzen in der Religionsgemeinschaft zu fürchten sind. Die äußerst niedrige Zahl von Suiziden in vom Islam geprägten Ländern wirft ähnliche Fragen auf.

Selbst von offiziellen Institutionen wie der WHO herausgegebene Statistiken müssen nicht immer verlässlich sein; sie sind oftmals Hochrechnungen, die mit der Wirklichkeit nur begrenzt übereinstimmen. So wird beispielsweise die Zahl der Suizide für das Jahr 2012 in der WHO-Statistik mit 10.745 für Deutschland angegeben, die nicht standardisierte Rate mit 13,0 Suiziden auf 100.000 Einwohner pro Jahr. Das Deutsche Statistische Bundesamt Destatis hingegen nennt für dasselbe Jahr 9.890 Suizidopfer und eine Rate von 12,1. Ähnliche Differenzen finden sich auch in vielen anderen Ländern.

Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass in den offiziellen Todesursachenstatistiken in den USA mehr Todesfälle durch Vergiftungen aufgeführt sind als Suizide insgesamt. Hintergrund ist die Wertung aller primär nicht zweifelsfrei als Suizid erkennbaren Vergiftungen als solche *aus un-*

bekannter Ursache. Während in Deutschland fast 70 % aller tödlichen Vergiftungen als Suizide deklariert werden, gehen in den USA nur 18 % in die Suizidstatistiken ein.

Schätzungen über die Ungenauigkeit offiziell mitgeteilter Suizidstatistiken reichen bis zu 25 % nicht erfasster Suizide weltweit. In Entwicklungs- und Schwellenländern, die teilweise noch nicht einmal über eine für alle Regionen verbindliche Todesursachenstatistik verfügen (wie z. B. Indien), könnte der Anteil der Unterschätzung noch erheblich höher liegen.

Idealisierung

Als Gegenstück zur Tabuisierung und Bestrafung in vielen Ländern wird der Suizid bisweilen als die einzige dem Menschen adäquate Form der Lebensbeendigung idealisiert. Jean Améry gilt seit Erscheinen seines Werks *Hand an sich legen* (1976) als entschiedener Protagonist der Freiheit des Menschen zum Suizid, die er als *Privileg des Humanum* pries. Das literarisch glänzend geschriebene Buch stellt das Recht des Menschen auf ein Scheitern (*échec*) mit geradezu niederschmetternder Überzeugungskraft in den Mittelpunkt. Die bei der Lektüre fast ständig spürbare Gereiztheit des Autors wie auch seine sehr selektive Sichtweise deuten allerdings auf einen zugrundeliegenden tiefen Selbstzweifel. »Dass ich dir gehörte und endlich mir selbst gehören muss«, das fanfarenartig stetig wiederholte »Ich gehöre nur mir allein«, klingt wie der verzweifelte Versuch einer Selbstbehauptung gegenüber den sozialen Ansprüchen der anderen, wie der illusionäre narzisstische Wunsch nach einer Urgeborgenheit, die er in der menschlichen Gemeinschaft nicht finden kann. Es klingt kaum wie das behauptete stolze Aufbegehren um der Dignität willen. Unter rüder Zurückweisung jeglichen Eingriffs von außen reklamiert Améry einen Zustand absoluter Autonomie des Ich, das unabhängig von allen äußeren Umständen existiert und deshalb auch niemandem Rechenschaft schuldig sei.

Der Erlanger Philosoph Wilhelm Kamlah, der zwei Jahre vor Jean Améry 1976 durch Suizid starb, deutete die menschliche Freiheit zur Selbstbestimmung – sehr viel zurückhaltender, dabei umso überzeugender – dahingehend, dass »der übermäßig Leidende der Blindheit einer Natur« entgegentrete, »die sich nicht darum kümmert und nicht darum kümmern kann, ob ein Mensch noch ein lebenswertes Leben führt oder nur noch am Leben ist« (Kamlah 1976).

1.2 Suizid – eine Krankheit?

Der Suizid ist der zwar seltene, aber überall gefürchtete Tod psychiatrischer Patienten. Zwar sterben psychisch Kranke manchmal auch aus anderer Ursache, da beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit psychischen Störungen as-

soziiert sein können. Neben den körperlichen Folgen einer Sucht oder einer Essstörung birgt die seelische Erkrankung selbst als potenziell letalen Ausgang aber fast ausschließlich den Suizid.

Wurde vor noch gar nicht so langer Zeit die Häufigkeit einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung bei durch Suizid Verstorbenen in der Größenordnung von 30-80 % angenommen, je nach zitierter Studie, gehen heute viele Psychiater in ihren Verlautbarungen davon aus, dass mindestens 90 % aller suizidalen Menschen an einer Depression leiden. Andere psychiatrische Erkrankungen spielten nur eine geringe Rolle. Dabei weisen ältere Suizidstudien durchaus einen nicht unbeträchtlichen Anteil an Suchtkranken, Psychosekranken und an einer Demenz Erkrankten aus.

Beim Jahreskongress der deutschen Psychiater im November 2015 in Berlin stellte der namhafte Psychiatrieprofessor Peter Brieger die Ergebnisse einer Studie vor, in der detailliert die Hintergründe bei allen in seinem Landkreis durch Suizid Verstorbenen ermittelt wurden. Zum eigenen Erstaunen ergab die durchgeführte *psychologische Autopsie* nur in der Hälfte bis maximal 60 % eine psychische Störung, in vielen Fällen jedoch körperliche Krankheiten und Partnerprobleme. Der Referent stellte die Frage in den Raum, ob die allgemein zitierten mehr als 90 % depressiv Erkrankten unter den Suizidopfern denn nun *Tautologie* seien oder *Realität*.

Gottfried Benn benannte 1937 als Militärarzt unter 19.614 Suiziden im »Altreich« 3–20 %, »bei denen eine wirkliche Geisteskrankheit anzunehmen ist: schwankend je nach Auffassung der Beurteiler und der berücksichtigten Statistiken« (zit. nach Willemsen 1986).

In einer sehr großen schwedischen Studie wurden alle Patienten erfasst, die innerhalb von zehn Jahren (1973–82) wegen eines Suizidversuchs in einem schwedischen Krankenhaus behandelt worden waren, und mithilfe der in Skandinavien verfügbaren Register nachverfolgt (Tidemalm et al. 2008). Nur bei weniger als einem Drittel dieser insgesamt knapp 40.000 untersuchten Patienten, davon 53 % weiblich, wurde im Laufe der auf den Suizidversuch folgenden zwölf Monate eine psychiatrische Diagnose dokumentiert, wobei leichte Formen psychischer Störung nach Meinung der Autoren möglicherweise nicht erfasst worden waren. In einer Nachbeobachtungszeit von 21 bis 31 Jahren starben 4.421 (11,1 %) der ehemaligen Patienten durch Suizid, deutlich mehr Patienten mit psychiatrischer Diagnose (15,6 %) als ohne (9,0 %), mehr Männer (13,4 %) als Frauen (9,1 %). Die höchste Suizidsterblichkeit betraf an Schizophrenie oder an bipolärer affektiver Störung Erkrankte.

Diese sehr umfassende und sorgfältige wissenschaftliche Analyse zeigt, dass psychiatrisch Erkrankte gegenüber psychisch Gesunden ein deutlich höheres Suizidrisiko haben, dass aber die Mehrzahl (55 %) der in Schweden in dem genannten Zeitraum nach einem ersten überlebten Suizidversuch durch Suizid Verstorbenen nicht psychisch krank war.

Auch Karl Jaspers (1956) ging davon aus, dass etwa ein Drittel derer, die durch Suizid versterben, »geisteskrank« sind. Aber: »Weder Geisteskrankheit noch Psychopathie bedeuten Ausschluss von Sinn.«

Die höchst unterschiedliche Bewertung der Verantwortlichkeit psychischer Krankheit, insbesondere der Depression, für den Suizid setzt sich bis heute fort. Späte und Otto weisen zu Recht darauf hin, dass nicht allein die Diagnose maßgebend sei, sondern das Erleben des Patienten, dessen Krankheitsverarbeitung und die Reaktionsweise des Umfelds. »Der Mensch ist nicht ein passiver Erdulder einer wie auch immer gearteten Krankheit. Er setzt sich mit ihr auseinander, bezieht sie in seine Lebensgestaltung ein, nimmt sie also an, oder er leugnet sie, schiebt sie beiseite, lebt an ihr vorbei. Die sehr unterschiedlichen Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung beeinflussen Verlauf und Ausgang einer Erkrankung auf unterschiedliche Weise« (Späte und Otto 2015).

Der Streit um die Krankhaftigkeit suizidalen Verhaltens hat eine lange Geschichte und viele Ursachen. Über Jahrhunderte hinweg wurde der Suizid ausschließlich als das Fehlverhalten eines sündigen Menschen gesehen, auch wenn die oftmals dahinter verborgene psychische Störung gelegentlich bemerkt und nebenher erwähnt wurde (von Engelhardt 2005). Die Medizin begann erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts, sich nach und nach für den Suizid zu interessieren. Mit Beginn des 19. Jahrhunderts wurde die Möglichkeit einer Suizidprävention erstmals thematisiert (Osiander 1813).

Am Ende des 19. Jahrhunderts gab es dann schon einmal eine Periode, in der die allermeisten Suizide als krankhaft gewertet wurden (Späte und Otto 2015). Allerdings war man in jener Zeit auf der – letztlich vergeblichen – Suche nach einem pathologisch-anatomischen Substrat als Ursache des Suizids. Am Ende des 20. Jahrhunderts kam erneut im Rahmen der vollständigen Entschlüsselung menschlicher Gene die Hoffnung auf, eine für suizidales Verhalten verantwortliche Gensequenz zu ermitteln. Die Vorstellung eines genetischen Determinismus, dass alle Verhaltensweisen im Erbgut festgelegt seien, ließ sich allerdings keineswegs halten. »Von Genen lässt sich nicht auf komplexe Merkmale oder gar Verhaltensweisen schließen«, konstatiert der Neurobiologe Gerald Hübner⁵.

Weil es unübersehbar war und ist, dass es immer wieder die unter einer psychischen Krankheit Leidenden sind, die sich schließlich umbringen, war die Empörung der ärztlichen Experten über die Gleichgültigkeit und Ignoranz mehr als verständlich, mit der die Gesellschaft auf ein Suizidgeschehen reagierte. Nach den unheilvollen Turbulenzen des Zweiten Weltkriegs war es vor allem der Wiener Psychiater Erwin Ringel, der vehement forderte, den Suizid als Endpunkt einer krankhaften psychischen Entwicklung wahrzunehmen. Gemeinsam mit Gleichgesinnten aus Europa und den USA gründete er 1960 die *International Association for Suicide Prevention*.

In der Folge entwickelten sich viele unterschiedliche Ansätze, suizidalem Verhalten vorzubeugen. In den USA entstanden seit dem Beginn 1958 in Los Angeles vielerorts Dutzende von sogenannten *Suicide Prevention Centers*. Eine direkte Auswirkung ihrer Tätigkeit auf die amerikanischen Suizidstatistiken ließ sich allerdings bis heute nicht nachweisen, sodass diese Einrichtungen aufgrund

5 Interview mit Inge Kloepfer in der FAS vom 13.12.2015

ausbleibender Finanzierung teilweise wieder verschwanden oder umstrukturiert werden mussten.

Auch die verschiedenen von der Psychiatrie beförderten Bemühungen um Suizidprävention in Europa zeigten nur begrenzte Erfolge. Da die Suizidraten in fast allen europäischen Ländern, ob mit oder ohne Suizidpräventionsprogramm, über viele Jahre rückläufig waren, ließ sich nur schwer ermitteln, was Ursache, was Folge war. Eine Aktion Mitte der 1980er Jahre auf der schwedischen Insel Gotland mit eingehender Schulung aller Ärzte über Diagnose und Behandlung von Depressionen führte zu einem eindrucksvollen Rückgang der Suizidhäufigkeit um die Hälfte. Drei Jahre nach Beendigung des Programms hatte sich die Suizidrate allerdings wieder auf dem alten Level eingependelt (Rutz et al. 1992). Immerhin hatte die Aktion nachgewiesen, dass eine konsequente Behandlung dieser Störung auf die Suizidhäufigkeit eine deutliche Auswirkung hat. Unter Bezug auf die in Schweden gewonnenen Erkenntnisse wurden in Deutschland, später auch in anderen europäischen Ländern, *Aktionsbündnisse gegen Depression* gegründet, Initiativen mit dem Ziel der Aufklärung aller Ärzte und weiter Teile der Bevölkerung über das Krankheitsbild und seine Behandlungsmöglichkeiten. Eine Auswirkung auf die Suizidstatistiken dieser Länder ließ sich allerdings bislang nicht oder nur regional belegen.

Nach wie vor ist es strittig, in welchem Ausmaß eine psychische Störung für den Vollzug einer Suizidhandlung verantwortlich zu machen ist und wie nachhaltig sie sich durch Medikamente und Psychotherapie verhindern lässt. Der stete Rückgang der Suizidhäufigkeit in Deutschland seit Ende der 1970er Jahre um inzwischen mehr als die Hälfte wird oft auf die seit der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestags 1975 verbesserte psychiatrische Versorgung zurückgeführt. Parallel und rascher jedoch als die Versorgungsoptimierung fand gleichzeitig in der Öffentlichkeit eine deutliche Enttabuisierung des Suizidphänomens statt durch die seinerzeit einsetzende vielfältige Behandlung dieses Themas in den Medien. Es lässt sich somit nur schwer entscheiden, welche Faktoren für den Rückgang die maßgeblichen waren.

Zusätzliche Irritationen bewirkten zudem Änderungen der Klassifikation und Einordnung psychiatrischer Krankheiten, sowohl in dem internationalen Register ICD wie in dem amerikanischen Analog DSM. So wurde die zuvor übliche Trennung in endogene und exogene Störungen aufgegeben zugunsten der realitätsgerechteren Beurteilung, dass bei sehr vielen psychischen Erkrankungen sowohl eine individuelle Disposition verantwortlich ist als auch von außen kommende Einflüsse, Umweltfaktoren.

Diese sinnvolle Anpassung der Nomenklatur ging allerdings einher mit einer Verwässerung vieler Diagnosen. So ermöglicht die derzeit gültige ICD jede »gedrückte Stimmung und Verminderung von Antrieb und Aktivität« als Krankheit, in diesem Fall als depressive Episode, zu werten. »Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor.« Es ist offensichtlich, dass ein Trau-

ernder, ein Mensch mit akutem Liebeskummer, jemand, der gerade seine Arbeitsstelle verloren hat, diese Beschreibung als auf sich absolut zutreffend ansieht. Aber ist er deshalb psychisch krank? Muss er sich deshalb einer Behandlung mit Psychopharmaka, einer Psychotherapie unterziehen? Seit Änderung der Klassifikation ist keine andere Krankheit in ihrer statistischen Häufigkeit so sprunghaft angestiegen wie die Depression.⁶ Der Umsatz an antidepressiven Medikamenten soll sich in wenigen Jahren mehr als verdreifacht haben (<http://www.deutsche-eliteakademie.de/load.php?name=News&file=article&sid=326>, Zugriff am 22.06.2016). (Eine vertiefte und differenzierte Auseinandersetzung mit der Frage der Definition psychischer Erkrankung findet sich in dieser Buchreihe bei Heinz 2016).

Als im Dezember 1987 – ähnlich wie im November 2015 durch den Deutschen Bundestag – vom französischen Parlament ein Gesetz beschlossen worden war, das die Anstiftung zum Suizid unter Strafe stellt, kritisierte der Historiker Georges Minois die Auffassung der beteiligten Parlamentarier, wonach es medizinisch nachgewiesen sei, dass Suizidgefährdete »in den Bereich der Pathologie fallen«. Das sei eine stark übertriebene Interpretation, wenn man sich die zahllosen Geistesgrößen vor Augen halte, die »mit großer Würde aus dem Leben geschieden sind« (Minois 1996).

»Bei den meisten Menschen, die ihrem Leben selbst ein Ende setzen, handelt es sich nicht um Geisteskranke im medizinischen Sinn« (Späte und Otto 2015).

1.3 Alterssuizid

In der gesamten westlichen Welt überwiegt die relative Suizidhäufigkeit alter Menschen diejenige aller anderen Altersgruppen. Anders ist die Situation in Ländern mit unzureichender wirtschaftlicher Entwicklung und großen sozialen Problemen, die dort für einen Großteil der Suizide jüngerer Menschen mitverantwortlich sind. In Indien betrifft beispielsweise die höchste Rate weiblicher Suizide nicht (wie in Deutschland) die Alten, sondern Frauen im Alter von 15 bis 30 Jahren.

Aber auch in Europa richtet sich die öffentliche Wahrnehmung des Suizids, soweit diese überhaupt spürbar ist, auf Menschen jungen und mittleren Alters. Das mag verständlich sein, weil der Suizid eines Heranwachsenden oder eines gescheiterten Wirtschaftsmanagers mehr Aufmerksamkeit erregt als der eines Hochbetagten, dessen Lebensende ohnehin in greifbarer Nähe liegt. So wird bei allem Entsetzen über den Suizidtod eines im blühenden Leben Stehenden der

⁶ Nach einer Meldung des amerikanischen Center for Disease Control and Prevention erhielten laut einer umfassenden Studie in den Jahren 2008–2013 15,4 % aller US-amerikanischen Frauen im Alter von 15–44 Jahren jährlich mindestens eine Verschreibung eines antidepressiven Medikaments (MMWR 2016; 65(3): 41–46).