

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band: 81 (2010)
Heft: 3: Suizidbeihilfe : Gespräche über das Leben und den Tod

Artikel: Die Sicht der Psychiaters : "Wie frei ist der Freitod wirklich?"
Autor: Leuenberger, Beat / Hell, Daniel
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-805463>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 20.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die Sicht des Psychiaters

«Wie frei ist der Freitod wirklich?»

«Schönreden der Selbsttötung» – das wirft Daniel Hell den Vertretern von Exit und Dignitas vor. Der Psychiatrie-professor fordert, Menschen in verzweifelten Lebenssituationen beizustehen mit Verständnis und besserer Behandlung. Denn viele, die freiwillig aus dem Leben scheiden, leiden zum Zeitpunkt des Todes an einer psychischen Erkrankung, sagt die Suizidforschung.

Beat Leuenberger

Sie sind Psychiater und Psychotherapeut und haben nicht in erster Linie mit sterbenden Menschen zu tun, die am Lebensende an einer schweren körperlichen Erkrankung leiden. Wie berührt Sie die Debatte um die organisierte Hilfe zur Selbsttötung?

Daniel Hell: Die Suizidbeihilfeorganisationen beschäftigen sich nicht mehr nur mit Menschen am Lebensende. Sie weiten ihr Angebot auch auf psychisch Kranke aus. Es ist mir wichtig, meine Erfahrung in der Behandlung von depressiven Menschen und im Umgang mit Suizidalität bei psychisch Kranke in die Debatte einzubringen.

Welche Erfahrungen meinen Sie?

Hell: Als Psychiater begegne ich Menschen, die mitten im Leben stehen, vor allem depressiven, angstkranken, seltener auch psychotischen Menschen. Manche sind suizidal. Den meisten kann aber geholfen werden. Allerdings erlebte ich in der psychiatrischen Klinik auch Menschen, die sich suizidierten. Das machte mich sehr betroffen. Ich bin überzeugt, dass einzelne dieser Menschen starben, obwohl wir sie hätten retten können, wenn wir ihre Situation besser erkannt und noch mehr Fachpersonen und Ressourcen zur Verfügung gehabt hätten, um sie zu begleiten.

Aus dieser Erfahrung heraus setze ich mich für eine bessere Behandlung und gegen die Ausweitung der Suizidbeihilfe auf psychisch Kranke ein.

Sind also Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, psychisch krank?

Hell: Nein. Suizidalität ist keine Krankheit, sondern Ausdruck eines Lebensproblems. Der Mensch vermag sich als einziges Lebewesen bewusst zu überlegen: Will ich noch weiterleben? Aber wer genau hinschaut, erkennt, dass Suizidalität fast regelhaft zusammen mit einer psychischen Erkrankung auftritt. Es gibt heute exakte Methoden, um zu bestimmen, was einen Menschen zum Suizid führt.

Welche?

Hell: Etwa die «psychologische Autopsie». Dabei versuchen Suizidforscher nach der Selbsttötung eines Menschen herauszufinden, wie es ihm vorher gegangen ist – anhand seiner Akten, aber auch anhand von Gesprächen mit den vorbehandelnden Ärzten und mit den Angehörigen. Dies haben verschiedene Wissenschaftler getan, und es gibt sehr viele Studien dazu. Die Ergebnisse zeigen, dass 90 bis 95 Prozent der so untersuchten Menschen an einer psychischen Erkrankung litten zum Zeitpunkt des Todes.

Auch Studien, die überlebende Menschen nach einem schweren Suizidversuch untersuchten, der eigentlich zum Tod hätte führen müssen, finden eine vergleichbare Zahl von psychischen Erkrankungen. Und schliesslich kommt die epidemiologische «Lundby-Studie» ebenfalls zum Schluss, dass 91 Prozent der Menschen, die sich später das Leben nahmen, früher eine psychiatrische Diagnose hatten.

An welchen psychischen Erkrankungen leiden Menschen, die sich das Leben nehmen wollen?



Foto: Maria Schmid

Hell: Am häufigsten an Depressionen. Oft sind auch Sucht-krankheiten und Persönlichkeitsstörungen im Spiel, etwas weniger Psychosen. Psychosekranke töten sich selber meist nicht im akuten Krankheitszustand, sondern bei anhaltender Behinderung, wenn sie leidvoll erleben, dass sie ausgegrenzt und isoliert sind. Erst diese chronisch belastende Situation führt diese Patienten schliesslich zur Suizidhandlung.

Wie soll die Gesellschaft umgehen mit Menschen, für die ihr Leben unerträglich geworden ist?

Hell: In der Haltung gegenüber dem Suizid gibt es grosse kulturelle und gesellschaftliche Unterschiede – auch unter Psychiatern und Psychotherapeuten. Auch die Hilfestellungen gegenüber suizidalen Menschen sind vielfältig. Ich erwähne nur die Extreme. Am einen Polende dieser Ansätze liegt der fürsorgerische Freiheitsentzug bei urteilsunfähigen Menschen, die beispielsweise unter einer psychotischen Depression mit Wahnideen leiden und sich bei völliger Fehleinschätzung ihrer Situation selber töten möchten. Das andere Extrem ist – so sehe ich es jedenfalls – die Beihilfe zum Suizid für einen Menschen, der urteilsfähig und entschlossen in den Tod gehen möchte.

Welche medizinisch-psychotherapeutischen Hilfestellungen bringen Menschen mit Suizidabsicht davon ab, das Vorhaben in die Tat umzusetzen?

Hell: Ganz wichtig ist das Verständnis für die Lebenssituation der suizidalen Patienten, das Ernstnehmen ihrer Not und der Verzicht auf Moralismus. Die mitmenschliche Begegnung, auch Anteil nehmende ärztliche Gespräche oder Psychotherapie sind das A und O für die Behandlung dieser Menschen.

Aber weil viele von ihnen psychiatrisch erkrankt sind, ist es natürlich auch wichtig, diese Erkrankungen – Depression, Angststörungen, Psychosen – gezielt, wenn nötig auch medikamentös zu behandeln.

Gerade depressive Menschen machen deutlich, wie stark eine anhaltende Verstimmung das Selbstbild beeinflussen kann und wie verletzlich und fremdabhängig sie werden, wenn sie an Selbstvertrauen einbüßen. Wir müssen uns fragen, welche Hilfe solche Menschen brauchen, um sich von der negativen Selbstbeurteilung schrittweise lösen zu können und die Autonomie zu stärken.

Noch einmal: Das wichtigste Mittel zur Suizidvermeidung ist eine vertrauliche Beziehung. Suizidale Menschen sollten jemanden an ihrer Seite haben, der ihren Suizidwunsch nicht verurteilt, sondern zu verstehen sucht und sie in ihrer spezifischen Not nicht allein lässt.

Neben der Verurteilung von suizidalem Verhalten: Gibt es noch andere Gefahren im Umgang mit depressiven Menschen, die sich wünschen zu sterben?

Hell: Ja, es gibt eine Reihe ungeeigneter Haltungen von nahestehenden Personen: Vertröstung etwa, statt wirklichem Trost. Noch schlechter ist es, wenn wir suizidalen Menschen gegenüber Ermahnungen und Belehrungen abgeben. Auch sollten wir das Problem, das zum Suizidversuch führte, nicht herunterspielen und suizidale Menschen ausfragen, analysieren, ihr Verhalten kommentieren – über sie sprechen statt mit ihnen. Im Umgang mit suizidalen Menschen braucht es Fingerspitzengefühl, weil sie ja oft sehr verletzlich sind und keine billige Vertröstung oder Ermahnung ertragen. Auch die Äusserung unrealistischer, sich zu leicht gemachter Hoffnung hilft diesen Menschen nicht weiter. Aber gerade bei depressiven Menschen gibt es mindestens längerfristig immer auch realistische Hoffnung.

Was läuft im Innern eines Menschen ab, bis er Hand an sich legt?

Hell: Die Suizidforschung sieht das suizidale Geschehen als Stufenprozess. Angefangen beim Wunsch, nicht mehr da zu >>

sein, in den Boden zu versinken, nicht mehr leben zu wollen oder etwas nicht mehr miterleben zu müssen. Solche Wünsche sind weit verbreitet und gehören fast zum Leben. Bei vielen Menschen kommt es auch zu Suizidgedanken, also Gedanken, sich das Leben zu nehmen. Doch was ein Mensch denkt, ist nicht unbedingt das, was er ausführt.

Auf der nächsten Stufe konkretisiert sich der Gedanke zur Suizidabsicht, vielleicht auch mit einem bestimmten Plan. Der letzte Schritt führt vom Suizidplan zur Suizidhandlung.

Heisst das: Dieser Prozess ist unumkehrbar?

Hell: Nein. Obwohl es zunächst danach aussieht, als wäre Suizidalität ein linearer Prozess, der von einer Stufe zur nächsten führt, gleichsam ohne Zurück. Doch das Gegenteil ist wahr. Die Suizidforschung, die auch meine Erfahrung widerspiegelt, hat herausgearbeitet, dass Ambivalenz die Regel ist: ein Sich-Hin-Und-Her-Überlegen, einen Schritt nach vorn machen und wieder einen zurück. Diese Ambivalenz hält oft bis zum letzten Moment vor einer Suizidhandlung an. Häufig schrecken die Menschen vor dem letzten Schritt zurück. Der Prozess ist also fluktuierend und kein unumkehrbares Geschehen von der passiven Suizidalität bis zur aktiven Suizidhandlung.

In vielen EU-Ländern nimmt die Zahl der Selbsttötungen eher ab. In der Schweiz bleibt sie konstant hoch. Und zwischen den Jahren 2003 und 2007 nahmen die assistierten Suizide stark zu. Gibt es Erklärungen dafür?

Hell: Hier gilt es, den Einfluss der organisierten Suizidbeihilfe zu diskutieren. Denn die Zugänglichkeit zu Suizidmitteln beeinflusst nachweislich die Suizidrate.

Zudem hat sich die Einstellung zum Suizid in den letzten Jahren und Jahrzehnten deutlich verändert von einer eher fürsorgerischen Haltung hin zu einer Betonung der Autonomie. Die westliche Gesellschaft feiert Schlagwörter wie Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, Selbstverwirklichung, was auch dazu führt, dass sich die Menschen selber überfordern können in ihrem Souveränitätsbestreben. Wir erleben zudem eine Hochwertung des Wohlbefindens. Alles, was mit Leid einhergeht, sehen wir als krank an. Und unser Weltverständnis hat sich säkularisiert. Das alles führt dazu, dass sich eine Bewegung des assistierten Suizids ausbreitet.

Gibt es Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Häufigkeit der Selbsttötung?

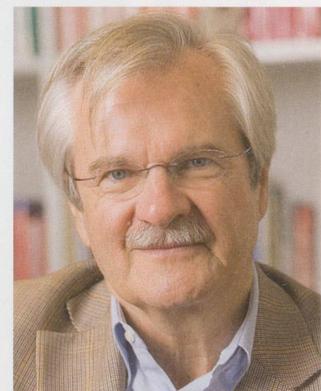
Hell: Nicht nur zwischen den Geschlechtern, sondern auch zwischen verschiedenen Altersgruppen. Männer begehen ungefähr dreimal so viel Suizid wie Frauen. Statistisch findet sich eine markant erhöhte Suizidrate bei den 20- bis 24-jährigen und bei den über 70-jährigen Männern.

Suizid ist aber nur die Spitze des Eisbergs. Darunter verborgen liegen zahllose Suizidversuche, bei Männern viermal so viel wie gelungene Suizide, bei Frauen zwanzigmal mehr. Weiter gibt es noch viel häufiger Lebenskrisen mit Suizidplänen, die nicht zur Ausführung kommen. Das heisst: Suizidalität beschäftigt sehr viel mehr Menschen, als die Suizidzahlen vorgeben.

Unter dem Strich enden die wenigsten Suizidversuche tödlich ...

«Das wichtigste Mittel zur Suizidvermeidung ist eine vertrauensvolle Beziehung.»

Daniel Hell



Hell: ... genau. Nur 2 bis 5 Prozent der Fälle. Dies festzuhalten, erscheint mir wichtig:

Wenn ein Mensch allein einen Suizidversuch unternimmt, ist das Risiko, dass er stirbt, nicht sehr gross. Dabei dürfte neben der Wahl der Suizidmethode auch die innere Ambivalenz eine Rolle spielen. Das ist im Fall der organisierten Suizidbeihilfe anders.

Von den Menschen, die Suizidversuche überleben, sterben später – innerhalb von zehn Jahren – etwa 10 Prozent an Suizid. Andersherum gesagt: 90 Prozent sterben nicht an Suizid, obwohl sie einen Versuch hinter sich haben. Die meisten Menschen sterben trotz Suizidversuchen eines natürlichen Todes.

Sie sind skeptisch gegenüber der organisierten Suizidbeihilfe. Weshalb?

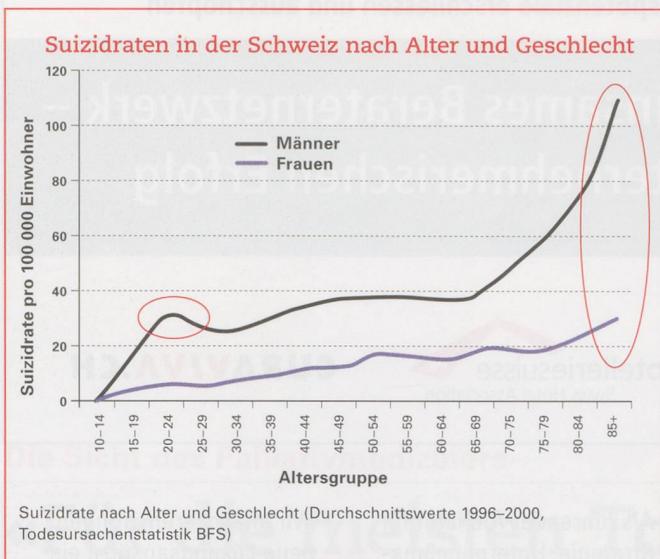
Hell: Aus verschiedenen, zum Teil auch persönlichen Überlegungen, beispielsweise wegen der bereits angesprochenen Ausweitung der organisierten Suizidbeihilfe auf psychisch Kranke, die anderer Hilfe bedürfen.

Wenn das Für und Wider des assistierten Suizids diskutiert wird, verweisen die Befürworter meist auf das Selbstbestimmungsrecht der Menschen. Weil die geistige Autonomie über dem körperlichen Erleben und Leiden eines Menschen stehe, dürfe das Leben auch mit institutioneller und technischer Hilfe zu Ende gebracht werden. Sie stellen dem Suizid eines verzweifelten Menschen, der am Leben zerbricht, die Vorstellung eines ruhigen, selbstentschiedenen Todes entgegen. Dem Tod soll der Stachel genommen werden, indem die Menschen das Sterben als «Macher» in die eigenen Hände nehmen.

Die aktuellen Fragen, die dabei aufgeworfen werden, sind aber: Wie frei ist der Freitod wirklich? Und: Wie weit kann er in einer Gesellschaft geregelt werden, ohne die Autonomie des einzelnen Menschen einzudämmen?

Aber Autonomie und Selbstbestimmung sind doch wichtige Güter.

Hell: Ja, aber mir missfällt die Idealisierung der Selbsttötung durch Vertreter von Suizidhilfeorganisationen – bei aller Anerkennung des persönlichen Einsatzes einzelner Helfer. Ich würde zwar nie einen Menschen, der aus Verzweiflung Hand an sich legt, verurteilen. Ich habe auch Verständnis für Ärzte, die einem Patienten, den sie gut kennen, und der in der Folge einer tödlichen körperlichen Erkrankung sein schmerhaftes oder hoffnungsloses Leben abkürzen möchte, in persönlicher



Verantwortung bei der Suizidhandlung beistehen. Was mich aber umtreibt, ist das Schönreden der Selbsttötung. Was mich stört, ist die Unterscheidung zwischen Wert und Unwert, zwischen Würde und Würdelosigkeit eines Lebens.

Wer Menschen leiden sieht, bekommt allerdings tatsächlich den Eindruck von verlorener Würde.

Hell: Ja, von unwürdigen Lebensumständen, aber nicht notwendigerweise von einem unwürdigen Menschen. Zudem macht es einen grossen Unterschied, ob ein verzweifelter Mensch sein eigenes Leben infolge demütigender Krankheits- oder Lebensumstände als würdelos einschätzt oder ob Mitmenschen, auch Sterbehelfer, ein solches Urteil über sein Leben fällen. Als Nachfolger von Zürcher Psychiatrieprofessoren, die zur Zeit der Eugenik von unwertem Leben sprachen, bin ich besonders sensibilisiert, wenn solche Begriffe gebraucht werden. Meines Erachtens gibt es nur Leben, das ein Einzelner nicht mehr leben will oder kann, aber kein unwertes oder unwürdiges Leben im objektiven Sinne.

Die Abwertung fremden Lebens ist umso problematischer, als sich die Grenzen zwischen Beihilfe zum Suizid und aktiver Sterbehilfe in der Praxis verwischen können. Es ist nicht auszuschliessen, dass ein Suizidhelfer bei der Einnahme des tödlichen Mittels Natrium-Pentobarbital einmal selber nachhelfen könnte, wenn sonst der Tod nicht eintritt. Es kann auch geschehen, dass dem vorher Suizidwilligen Mut zugesprochen wird, das Gift fertig zu trinken, wenn er dabei innehält.

Ein assistierter Suizid ist eben keine völlig autonome Handlung eines Einzelnen, sondern eingebettet in eine Institutionspraxis, die wiederum Einfluss auf diesen Einzelnen haben kann. Dies ist angesichts der psychiatrisch-psychotherapeutischen Erfahrung, dass den Suizidversuchen oft ein ambivalentes Ringen zwischen Todeswunsch und Lebenwollen vorausgeht, nicht nebensächlich. Assistierter Suizid durch Organisationen ist keine Privatsache.

Warum nicht?

Hell: Überdeutlich zeigt sich dies im Fall von psychisch Kran-ken, die Exit oder Dignitas heute nicht mehr von der Suizidhil-

fe ausschliessen. Psychisch Kranke leiden häufig unter einer gesellschaftlichen Stigmatisierung und haben auch deutliche Benachteiligungen im Versicherungswesen zu tragen. Dazu gehören etwa Leistungskürzungen für die Behandlung von Patienten nach einem Suizidversuch. Es ist deshalb zynisch, wenn Exit- und Dignitasvertreter gleiches Recht für psychisch und körperlich Kranke bei der Suizidbeihilfe fordern, ohne zuvor das Unrecht der Ungleichbehandlung anzuprangern und zu beseitigen.

Sie sind auch ein Experte in der Suizidprävention. Was gehört zu einer erfolgreichen Vorbeugung?

Hell: Vor allem ein Wille, die Lebensbedingungen zu verbessern und zu verhindern, dass die Gesellschaft Todeswünsche fördert, indem sie Menschen offen oder versteckt vermittelt, sie würden zur Last fallen.

Auch die Zugänglichkeit zu Suizidmitteln hat nachgewiesenermassen einen Einfluss auf die Suizidrate. So wirkte sich die Entgiftung von Kochgas präventiv aus. Eine Beschränkung von Waffen in Haushalten würde die in der Schweiz besonders hohe Suizidrate wahrscheinlich senken. Das Gegenteil hätten wir zu erwarten, wenn der Zugang zur Suizidbeihilfe beziehungsweise zu Natrium-Pentobarbital erleichtert würde, wie es die Sterbehilfeorganisationen fordern.

Meines Erachtens sollte die Schweiz noch sehr viel mehr tun in der Prophylaxe: Die «Hotspots» – gefährliche Plätze und Brücken – vermehrt sichern, Risikogruppen, das heisst Depressive, Suchtkranke, aber auch Migranten und Gefängnisinsassen besser behandeln. In manchem hinkt die Schweiz den Nachbarländern und Skandinavien noch hinterher.

Was halten Sie Ihren Kontrahenten entgegen, die eine möglichst weitgehende Selbstbestimmung über Leben und Tod fordern?

Hell: Ich erinnere sie daran, dass Suizidalität ein komplexes Lebensproblem ist. Es braucht gemeinsame Anstrengungen zu seiner Bewältigung. Suizidgedanke und -pläne haben mit belastenden Lebensbedingungen und behindernden Krankheiten zu tun. Auch Enttäuschungen spielen eine wichtige Rolle. Was wir aber als moderne Menschen von uns und vom Leben erwarten und worin wir enttäuscht werden können, ist nicht nur von uns selbst gemacht, sondern stark erziehungs- und kulturabhängig. Autonom sein heisst nicht, Opfer des erworbenen Selbstbildes zu werden, sondern so weit wie möglich Unabhängigkeit zu bewahren, auch gegenüber eigenem Selbstinfragestellen und fremden Instrumentalisierungsversuchen. ●

Zur Person

Prof. med. Daniel Hell war bis Anfang 2009 Ordinarius für Klinische Psychiatrie an der Universität Zürich und ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Burghölzli). Seither ist er Leiter des Kompetenzzentrums für Depressions- und Angstbehandlung an der Privatklinik Hohenegg in Meilen ZH. Daniel Hell gehört der Nationalen Ethikkommission der Schweiz an im Bereich der Humanmedizin.