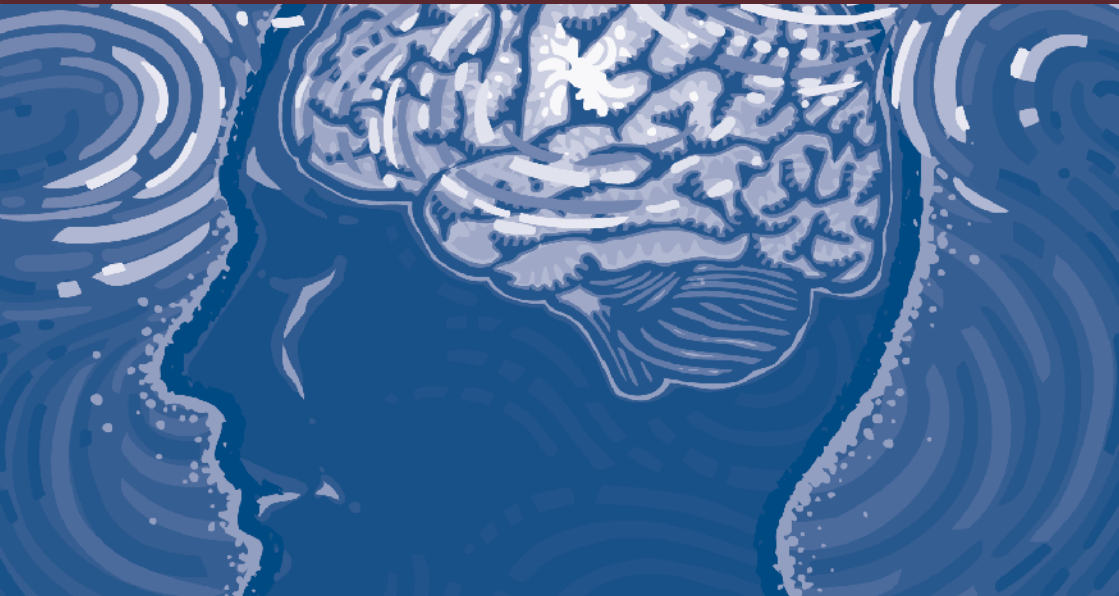




Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf

# Erklärungsmodelle - die Zeit vor dem Suizid

AGUS-Schriftenreihe: Hilfe in der Trauer nach Suizid



## **Inhaltsverzeichnis**

Vorwort	
Persönliche Vorbemerkungen	3
Einführung – einige grundsätzliche Anmerkungen	4
SUIZIDALITÄT – was meint man zu glauben, was das ist?	15
Präsuizidale Entwicklungen – Wie entwickelt sich Suizidalität?	21
Welche Menschen scheinen besonders gefährdet?	24
Psychische Erkrankungen und Suizid	25
Unsere heutigen Modelle zur Entstehung von Suizidalität	27
Grundgedanken der Suizidprävention	31
Literatur	34
Autor	36



Unsere Selbsthilfeorganisation wird gefördert durch die DAK-Gesundheit. Herzlichen Dank für diese Unterstützung. Für die Inhalte dieser Veröffentlichung ist die Selbsthilfeorganisation verantwortlich. Etwaige Leistungsansprüche gegenüber der Krankenkasse sind hieraus nicht ableitbar.

### **Herausgeber:**

AGUS e.V. Bundesgeschäftsstelle  
Kreuz 40 · 95445 Bayreuth

1. Auflage 9/2012

**Autor:** Prof. Dr. Dr. Manfred Wolfersdorf

4. überarbeitete Auflage 08/2022

## **Vorwort**

Einen Hergang aufzuklären, ihn nachvollziehen und einordnen zu können ist ein allgemein menschliches Bedürfnis. Dies gilt besonders auch bei einem so einschneidenden, tragischen Schicksalsschlag wie dem Suizid eines Angehörigen.

Die Hinterbliebenen können sich nicht vorstellen, was in ihren Angehörigen vorgegangen sein mag, bevor sie sich das Leben nahmen. „Was hat ihn/sie dazu getrieben?“ „Wie konnte er/sie uns das antun?“ „Wie konnte er/sie uns so täuschen?“ „Warum habe ich nichts gemerkt?“ - „Warum?“ Warum? – Fragen von schmerzhafter Intensität, zermürend, sie kommen wieder und wieder, über Monate und Jahre, und laufen stetig ins Leere. Wie im Gericht möchte man Fakten sammeln, geht alles durch, was geblieben ist, was je gesagt wurde, beleuchtet es in allen nur denkbaren Perspektiven, klagt an und erklärt sich lieber selbst zum Schuldigen, als gar keine Antwort zu haben. Ob der Suizid völlig überraschend kam, wie ein Blitz aus heiterem Himmel, oder ob der Verstorbene über lange Jahre an einer psychischen Erkrankung litt, scheint keinen wesentlichen Unterschied zu machen.

Endgültige und eindeutige Antworten zu den individuellen Schicksalen kann es nicht geben. Sein persönliches Geheimnis nimmt jeder Mensch mit sich. Jedoch können sachliche Informationen Halt und Orientierung geben im Wirrwarr der Gefühle von Hinterbliebenen. Dass man selbst keine Chance haben konnte, den Suizid zu verhindern, ist leichter annehmbar, wenn man von den Grundmustern weiß, die in suizidalen Krisen im Menschen ablaufen. Und dass Suizidalität und die Erfahrung, Suizidhinterbliebener zu sein, sich als durchweg häufiges gesellschaftliches Phänomen erweisen, kann Selbststigmatisierung und Isolierung überwinden helfen.

Für die Broschüre „Erklärungsmodelle – die Zeit vor dem Suizid“ konnte mit Professor Manfred Wolfersdorf ein Autor von internationalem Ruf um seine Expertise in Fragen der Suizidologie gewonnen werden, mit zugleich langjähriger Erfahrung in der Arbeit mit Patienten. Und auch die Angehörigenarbeit hat Herr Wolfersdorf seit Gründung von AGUS durch Frau Meixner-Wülker immer unterstützt.

Als selbst Suizidhinterbliebene möchte ich Herrn Wolfersdorf danken.

**Martha Wahl - AGUS-Gruppe Biberach**

## Erklärungsmodelle - die Zeit vor dem Suizid

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf,  
Hollfeld/Bayreuth

### **PERSÖNLICHE VORBEMERKUNGEN**

Ich möchte zunächst vorausschicken, warum ich mich mit den Themen Suizidalität, Suizid und Suizidprävention seit meiner späten Jugendzeit beschäftige.

Mit 17 Jahren hatte ich ein Urerlebnis. Mit meiner Jugendfreundin besuchte ich am Nachmittag ein Kino. Wir waren bis auf einen jungen Mann, der mir bekannt war, die einzigen Zuschauer. Er nahm in der folgenden Nacht auf dem Mariahilfberg bei Amberg eine Überdosis Tabletten. Dann versuchte er aber noch, in eine ca. 700 m entfernte Gaststätte zu gelangen, als wolle er doch noch gerettet werden. In einem Gebüsch auf diesem Weg mit Schleifspuren wurde er dann tot aufgefunden. Dieses Ereignis hat mich über Jahrzehnte hinweg immer wieder begleitet.

Als Psychiater und Psychotherapeut beschäftige ich mich nun seit den 1960er und 70er Jahren mit Suizidalität, mit dem Thema, warum sich Menschen das Leben nehmen. In den nun über 45 Jahren meiner beruflichen Tätigkeit als Psychiater, Psychotherapeut, Psychosomatiker und Ethikberater erlebte ich 15 Suizide von Menschen, die ich selbst behandelt hatte. In einer Forschungsgrup-

pe, der Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“, der sich zahlreiche psychiatrische Versorgungskrankenhäuser in Süddeutschland angeschlossen hatten, untersuchten wir weit über 1000 Suizide von Patientinnen und Patienten, die sich unter stationären Behandlungsbedingungen suizidiert hatten, also in einer Situation, in der ihnen Hilfe, Fürsorge, Schutz, Diagnostik und Therapie angeboten worden waren. Wir wollten wissen, was Menschen dazu bringt, sich trotz Therapie und Pflege das Leben zu nehmen. Publikationen zum Thema „Nach dem Suizid“, die im letzten Jahrzehnt aus der Arbeitsgruppe um Friedrich M. Wurst et al. erschienen sind, beschreiben, wie Angehörige als „Survivors“ suizidale Handlungen eines nahestehenden Angehörigen erleben, nämlich häufig traumatisierend und als eigene psychische Belastung. Das Ergebnis ist, wenn man es plakativ zusammenfasst: viele offene Fragen.

Suizidalität ist für mich eigentlich die Frage nach dem Sinn des Lebens, nach der Wertigkeit des eigenen Lebens, nach den Zielen, und damit gerät man bereits in den Bereich des Spirituellen, des Religiösen, der Überzeugungen, der Inhalte des Lebens, der Aufgaben, die man sich selber gestellt hat. Ob eine schwere Erkrankung oder eine existenzielle Bedrohung den eigenen Suizid legitimieren, mag jeder unterschiedlich beantworten. Andererseits sind Freude und Glück genauso wie Elend, Leid und Erkrankung schon immer Teil der menschlichen Existenz gewesen. Damit wird aus dem wissenschaftlichen Thema „Suizidologie“, wie man das neuhochdeutsch heute nennt, eine sehr persönliche Frage.

Nachfolgend werde ich einiges zusammenfassen, was man heute für den praktisch-klinischen Bereich des Umganges mit suizidalen Menschen und bzgl. unseres Verständnisses von Suizidalität und Suizidprävention weiß.

## EINFÜHRUNG – EINIGE GRUNDSÄTZLICHE ANMERKUNGEN

Suizidprävention ist eine der wichtigsten notfallpsychiatrischen und psychotherapeutischen Aufgaben im ambulanten wie auch im stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen, im psychosomatischen und im psychosozialen Versorgungsfeld. Im Grunde überall dort, wo Menschen mit Menschen in Beziehung treten.

Seit Mitte der 1980er Jahre bis Anfang des jetzigen Jahrhunderts hat sich die Suizidzahl deutlich reduziert (1991: 14.011 Suizide, 2004 10.733 Suizide). Bis 2016 blieb es bis auf wenige Abweichungen bei jeweils ca. 10.000 Suiziden pro Jahr. In den Folgejahren pendelt sich die Zahl auf knapp über 9.000 ein.

So fanden 2020 insgesamt 9.206 Suizide statt (6.944 Männer und 2.262 Frauen). Neben diesen Zahlen der Suizidtoten gibt es auch die sogenannte Suizidrate. Diese gibt an, wie viele Menschen sich pro 100.000 Einwohner das Leben genommen haben.

Bei den Männern liegt dieser Wert für 2020 bei 16,9. Bei den Frauen bei 5,4. Dies führt zu einer Gesamtsuizidrate von 11,1. Im Jahr 2000 betragen die Werte noch 20,3 (Männer) sowie 7,0 (Frauen) und 13,5 (gesamt).

**Abbildung 1:**  
Suizidzahlen und –raten 1990 – 2020 in Deutschland (Wolfersdorf 2022)  
[Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik]

Jahr	Anzahl			Raten auf 100 000 Einwohner		
	gesamt	m	w	gesamt	m	w
1990	13 924	9 534	4 390	17,5	24,9	10,7
1991	14 011	9 656	4 355	17,5	25,0	10,5
1992	13 458	9 326	4 132	16,7	23,9	9,9
1993	12 690	8 960	3 730	15,6	22,7	8,9
1994	12 718	9 130	3 588	15,6	23,1	8,6
1995	12 888	9 222	3 666	15,7	23,0	8,7
1996	12 225	8 782	3 497	15,0	21,9	8,3
1997	12 265	8 841	3 424	14,9	22,1	8,1
1998	11 644	8 575	3 069	14,2	21,4	7,3
1999	11 157	8 080	3 077	13,6	20,2	7,3
2000	11 065	8 131	2 934	13,5	20,3	7,0
2001	11 156	8 188	2 968	13,5	20,4	7,0
2002	11 163	8 106	3 057	13,5	20,1	7,2
2003	11 150	8 179	2 971	13,5	20,3	7,0
2004	10 733	7 939	2 794	13,0	19,7	6,6
2005	10 260	7 523	2 737	12,4	18,6	6,5
2006	9 765	7 225	2 540	11,9	17,9	6,0
2007	9 402	7 009	2 393	11,4	17,4	5,7
2008	9 451	7 039	2 412	11,5	17,5	5,8
2009	9 616	7 228	2 388	11,7	18,0	5,7
2010	10 021	7 465	2 556	12,3	18,6	6,1
2011	10 144	7 646	2 498	12,4	19,0	6,0
2012	9 890	7 287	2 603	12,1	18,1	6,3
2013	10 076	7 449	2 627	12,5	18,9	6,4
2014	10 209	7 624	2 585	12,6	19,2	6,3
2015	10 080	7 398	2 682	12,2	18,4	6,5
2016	9838	7374	2464	11,9	18,2	5,9
2017	9241	6990	2251	11,2	17,1	5,4
2018	9396	7111	2285	11,3	17,4	5,4
2019	9041	6842	2199	10,9	16,3	5,1
2020	9206	6944	2262	11,1	16,9	5,4

In der Suizidforschung und -prävention spricht man viel von den sog. **Risikogruppen**. Gemeint sind damit Menschen, die auf Grund bestimmter Faktoren (z. B. psychische Erkrankungen) oder psychosozialer Situationen (z. B. Vereinsamung, schwere Krankheit, existentielle Bedrohung) näher an der menschlichen Fähigkeit zum Suizid sind als andere. Was sind das für Gruppen?

### **Risikogruppen für Suizid sind**

- Psychisch kranke Menschen, insbesondere depressiv Kranke einschließlich bipolarer affektiver Erkrankungen (manisch-depressive Erkrankung in der Depression), Menschen mit schizophrenen Erkrankungen (hier insbesondere junge Männer), Menschen mit Suchterkrankungen (insbesondere Alkoholabhängigkeit, wichtig auch die Kombination mit anderen psychischen und/oder somatischen Erkrankungen), Menschen mit Angst- oder Persönlichkeitsstörungen
- Menschen in besonders schwierigen Lebenssituationen: Alte Männer, insbesondere wenn sie verwitwet sind und allein leben, körperlich krank sind, junge Menschen mit Identifikations- oder Drogenproblematik, Menschen mit belastenden körperlichen Erkrankungen, aber auch Menschen in existentiell bedrohlichen Lebenssituationen, in Kriegs- und Fluchtsituationen, Menschen in Haftbedingungen, homophile Menschen
- Menschen mit bereits durchgeführten Suizidversuchen bzw. suizidalen Krisen oder mit erklärten Suizidabsichten in ihrer bisherigen Biographie.

### **Anmerkung zur Geschichte von Suizid und Suizidprävention über die Jahrhunderte hinweg**

Das Thema Selbsttötung begleitet die Menschen, seit es Menschen gibt. Es ist über die Jahrhunderte hinweg sehr unterschiedlich darüber geurteilt worden: Von Suizid als Pflicht z. B. gegenüber der Gesellschaft, um keine Geheimnisse zu verraten, bis zu Suizid als Ausdruck von Sünde, da Gott das Leben als Geschenk gegeben habe und ein Geschenk nicht zurückgewiesen werden darf. Von der Missachtung bis zur Verherrlichung des sog. Freitodes, der als Ausdruck der Selbstbestimmung des Menschen verstanden wurde, waren und sind alle Sichtweisen vertreten. Es sei nur an die Diskussion zum „Ärztlich assistierten Suizid“ in den letzten Jahren und den aktuellen Versuch der gesetzlichen Regelung erinnert. Dabei wurden die Themen Selbstbestimmungsrecht und -fähigkeit oder auch die Verantwortung des Gesetzgebers („Schutzpflicht für schutzbedürftige Bürgerinnen und Bürger“) und Mental Health (sprich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, psychosoziale Versorgung und Definition von schutzbedürftigen Gruppen) für die Suizidprävention unterstrichen.

Dass ein Suizid kein „Freitod“ ist, ist heute Standardwissen. Denn zur „Freiheit von Selbstbestimmung“ gehört immer eine freie Wahlmöglichkeit. Wenn am Ende des Tunnels nur noch die Möglichkeit der Selbsttötung gesehen wird, kann ich dies nicht als Wahlfreiheit, als Ausdruck von Autonomie, wie die Juristen es nennen, oder als freie Selbstbestimmung verstehen. Wenn mein depressiver Wahn mir sagt, die Welt gehe sowieso unter, oder ich der Überzeugung bin, ohne diese oder jene Person kann ich nicht leben, oder die existentielle Bedrohung durch Krieg, Verfolgung, Vergewaltigung, Folter, Flucht und Migration ist so groß, dass sie ein Mensch nicht mehr ertragen kann, dann rückt der Gedanke an Suizidalität und eine suizidale Handlung näher, um all dem zu entkommen, aber eigentlich geht es um **Hilfsbedürftigkeit und Wiederherstellung von lebhaften existentiellen Bedingungen und Hoffnung auf Zukunft**.

Anhand einiger Definitionen aus der Literatur des letzten Jahrhunderts möchte ich die Entwicklung bei der unterschiedlichen Einordnung des Suizides aufzeigen.

Der französische Reformpsychiater **Jean-Étienne Esquirol** schrieb 1838 in seinem Lehrbuch der Psychiatrie: „Der Selbstmord bietet alle Merkmale von Geisteskrankheit.“ Kein Mensch würde das heute mehr so formulieren, denn

suizidale Menschen sind in psychischer, physischer und/oder sozialer Not, sie sind nicht „geisteskrank“. Natürlich gibt es Suizidalität bei einer akuten Psychose, aber selbst bei einem Psychosekranken entsteht Suizidalität aus dem Blick auf eine mögliche Zukunft und aus dem Blick auf die aktuelle Symptomatik, selbst wenn diese psychotisch verändert ist. Über Jahrhunderte hinweg galt ein religiöses Paradigma von Suizidalität, das im 5. Jahrhundert vom Kirchenvater Augustinus eingeführt sowie, einige Jahrhunderte später von Thomas von Aquin bestätigt wurde, und das letztlich darauf abhob, wer sich das Leben nimmt, entzieht sich seiner religiösen Verpflichtung und weist das Leben als Geschenk Gottes zurück und versündigt sich damit. Esquirol aber hat erkannt, dass Menschen, die sich mit dem Gedanken beschäftigen, sich das Leben zu nehmen, in einem psychischen Ausnahmezustand sind. Er hat damit das Thema Suizidalität aus dem Bereich des „religiösen Paradigmas“ herausgeholt und nicht nur in die Nähe der Medizin, sondern auch der Psychiatrie gebracht. Suizid betrifft nach seinem Verständnis die Fächer, die sich mit den psychischen und psychosozialen Problematiken des Menschen befassen. Heute würde man Theologie und Sozialpädagogik ergänzen. Damit wurde das Thema Suizidprävention/Suizidalität zum Thema der Medizin und der Psychiatrie. Das ist das große Verdienst von Esquirol und auch später dessen Nachfolgern.

**Paul Federn**, einer der ältesten psychoanalytischen Wegbegleiter um Sigmund Freud, war wohl einer der ersten, der sich mit der Frage nach dem Suizid beschäftigte. Er hat 1929 dazu formuliert: „Kaum jemals bringt jemand sich um, solange eine Person, die für den Gefährdeten maßgeblich ist, mit dem sich sein Über-Ich identifiziert oder dies ein Über-Ich gebildet hat, oder eine Person, die er liebt, ihn, so wie er ist, am Leben erhalten will, und das unter allen Bedingungen.“ Damit hat Paul Federn zwei zentrale Aspekte der Suizidprävention herausgehoben: Suizid hängt zusammen mit den persönlichen **Werten**, die ein Mensch hat, und mit **Beziehungen** und erlebten oder geglaubten Wertverlusten.

**Erwin Ringel** (1953) hat den Suizid als „Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung“ bezeichnet. Man sollte sich hier nicht aufregen über das Wort krankhaft, das wäre eher eine fast akademische Diskussion. Wichtig ist, dass Ringel den Aspekt „Entwicklung“ aufgreift, wie er ihn dann später im „präsuizidalen Syndrom“ beschrieben hat. Er weist damit darauf hin, dass der **Suizid der Endpunkt einer Entwicklung** über unterschiedliche Zeitabläufe ist und damit von therapeutischer Seite die Möglichkeit von Erkennen und

Hilfe eröffnet, um andere Perspektiven zu finden. Erwin Ringel hat Anfang der 1950er Jahre im Wiener Krankenhaus Patienten mit Suizidversuchen untersucht. Er fand heraus, dass es vorher eine Zeit gibt, in der sich Menschen wie auf einem Hohlweg auf Suizidalität zu bewegen. Mit der Einführung des Krankheitsbegriffs hat er Krankenkassen gezwungen, Suizidgefährdete als Kranke zu behandeln und deren z. B. psychotherapeutische Behandlung auch zu finanzieren. Der Autor kann sich noch an Zeiten erinnern, in denen es immer wieder große Schwierigkeiten gab, die psychotherapeutische Weiterbetreuung von Menschen nach Suizidversuch finanziert zu bekommen.

Das Thema Suizidalität verschob sich also über die Jahrhunderte hinweg und insbesondere im ausgehenden 18. und im 19. Jahrhundert weg von der Theologie hin zur Psychiatrie, zur Psychologie, zur Psychotherapie, von den Philosophen hin zu den Psychotherapeuten. **Roger Willemsen** hat in seinem Buch „Der Selbstmord“ (2002) sehr schön darauf hingewiesen, dass das Thema Suizidalität hinsichtlich des Verständnisses von Suizidalität und des Umganges mit Suizidenten immer wieder neu diskutiert werden und dass jede Gesellschaft es neu definieren muss.

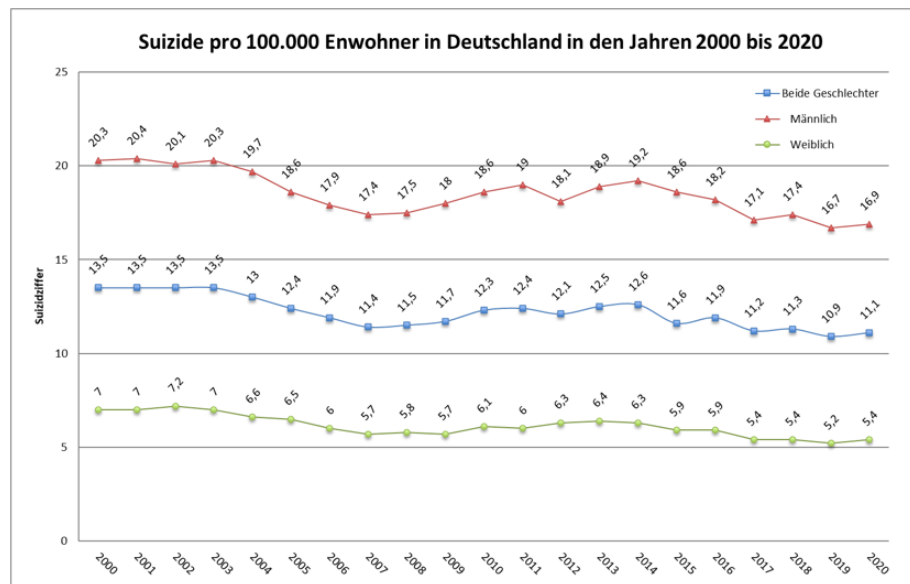
### **Suizidalität in Deutschland**

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben pro Jahr weltweit etwa 1 Million Menschen durch Selbsttötung. Derzeit ist der Suizid nach WHO mit 1,5 Prozent Anteil die zehnthäufigste Todesursache weltweit. Alle 40 Sekunden stirbt weltweit ein Mensch durch Suizid und Suizid ist die zweithäufigste Todesursache bei den 15- bis 29-jährigen. 75 Prozent aller Suizide geschehen in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen. Die Suizidraten sind weltweit am höchsten bei Männern und Frauen bei den 70-jährigen und älteren. Die häufigsten Suizidmethoden sind Intoxikation (Pestizide), sich Erhängen und sich Erschießen.

Von jedem Suizid sind nach WHO ca. sechs nahestehende Personen betroffen, wobei wir heute wissen, dass der Anteil der Betroffenen deutlich höher liegt, geschätzt wird bis zu 24 Personen. Berücksichtigt werden müssen direkte Angehörige, aber auch die Krankenschwester, der dazugehörige Arzt oder der Polizist, der hinzukommt, ebenso Kriseninterventionsteams, der Notfallseelsorger, Kollegen, Nachbarn usw. Die Betroffenheit gilt für alle, nicht nur für Angehörige, und damit auch die Gefahr der Traumatisierung.

Betrachtet man die Todesursachen in Deutschland, so verstirbt immer noch ein Drittel mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen und AIDS zusammen. Die meisten Suizide (knapp über 20 Prozent) werden im Alter zwischen 50 und 60 Jahren verübt. Betrug das Durchschnittsalter bei einem Suizid 2020 noch 53,9 Jahre, sind es 2020 schon 58,7. Dabei hat sich bei den Frauen das Alter kaum geändert, während es bei den Männern rasant ansteigt.

**Abbildung 2:**  
**Durchschnittliches Sterbealter durch Suizid in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2020.**



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 19.11.2021 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2021

Dass das Thema psychische Erkrankung und damit auch das Thema Suizidalität zunehmend in den Vordergrund rückt, ist seit nahezu zwei Jahrzehnten zu beobachten, wenn man an die vorzeitigen Berentungen, an das Ausmaß an Krankschreibungen und an Arbeitsunfähigkeitstagen denkt, die auf psychische Erkrankungen zurückgehen. Es scheint, als ob politische Akteure der Gesundheitspolitik anfangen zu begreifen, dass Suizidprävention neben einer Aufgabe von Mental Health vor allem auch eine Aufgabe von Public Health, d.h. der Gesundheitspolitik ist. Nachdem 2003 das Nationale Suizidpräventions-Programm (NaSPro) für Deutschland gegründet wurde, ist fast 20 Jahre später ein im Rahmen einer Umorientierung im Auftrag des Bundestages vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes Programm zu Suizidprävention installiert worden, welches unter dem Titel „Suizidprävention – aktueller Stand und Perspektiven in Deutschland“ mit Hilfe verschiedener Projektgruppen eine Status-erhebung durchgeführt hat, erstmals mit finanzieller Unterstützung durch das Gesundheitsministerium. Dabei sollten nicht Grundlagenforschung im neurobiochemischen, im bildgebenden, im genetischen oder in der Psychophysiologie und Psychopharmakologie gefördert werden, sondern Basisprogramme, die der Suizidprävention vor Ort dienen. Ob dieser Startschuss zu einem Public Health-Präventionsprogramm Suizidprävention des Gesundheitsministeriums werden kann, scheint derzeit wahrscheinlich.

### **Suizidalität – ein Spannungsfeld**

Selbsttötungen beschränken sich nicht auf den Bereich unseres psychiatrischen Versorgungssystems. So gibt es das Thema Suizid in der Kriegsführung, denkt man an die Selbstmordattentate, wie wir sie in den letzten Jahrzehnten kennen lernen mussten. Es gibt die Suizide der Märtyrer, die altruistischen Suizide als Opfertod für andere Menschen. Und es gibt ein wohl in den letzten Jahrzehnten auch im westlichen Bereich der Welt wieder entdecktes Thema, den Amok bzw. das „School-Shooting“, also den Amok-Lauf in der eigenen Schule, zielgerichtet und nicht nur Unbedarfte betreffend, die tragischerweise im Weg stehen.

Suizid ist also ein sehr breites Thema und in der nachfolgenden Übersicht sind einige dieser Schwerpunkte aufgelistet:

- Freizeitrisikoverhalten
- Autoaggressives Verhalten mit suizidaler Intension bzw. Inkaufnahme der Selbsttötung
- Suizidales Verhalten als Ausdruck einer Selbstwertkrise (narzisstische Krise)
- Suizidales Verhalten als Ausdruck einer Wendung der Aggression gegen sich selbst
- Altruistisch erweiterter Suizid (Mitnahmesuizid)
- Fremdaggressiv erweiterter Suizid (z. B. Geisterfahrer)
- Opfer-Suizid: für andere Menschen oder eine Überzeugung sich töten lassen (z.B. der Priester Maximilian Kolbe, der im KZ Auschwitz für einen Vater in den Hungerbunker ging und starb)
- Massensuizid (Tötung – Selbsttötung)
- Mörder-Suizid („murder-suicide“, Kamikaze-Suizid, u. ä.)
- Sog. Freitod (Selbsttötung in Abwesenheit psychischer, somatischer und sozialer Not).

Hinzu kommt als aktuelles gesundheits- und gesellschaftspolitisches Thema die Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid, die Suizidbeihilfe.

Auffällig in der heutigen Denkweise von Suizidalität ist, dass psychische Erkrankung zwar eine große Rolle spielt, hier aber der Schwerpunkt bei den depressiven Erkrankungen, den Suchterkrankungen und den schizophrenen Störungen wissenschaftlich gesichert liegt. Auf der anderen Seite sind heute psychosoziale Notsituationen oder existentiell bedrohliche Situationen vom Arbeitsplatzverlust bis hin zur Flucht und Migration als Gründe für suizidales Verhalten anerkannt. Irgendwie erinnert das an eine Diskussion der 60er und 70er Jahre, als im Rahmen eines psychosozialen gesellschaftlichen Aufschwunges sozialpsychiatrische Themen überall in Psychiatrie und Psychotherapie breit anerkannt wurden, man denke nur an die Life-Event-Diskussion. In den 1970er und 80er Jahren entstanden auch eine Reihe von Kriseninterventionszentren, man denke nur an die „Arbeitskreise Leben“ in Baden-Württemberg, an spezifisch suizidpräventiv orientierte Einrichtungen wie „Die Arche“ in München oder „NeUmland“ in Berlin, um neben vielen anderen nur ein paar Beispiele zu nennen. Hintergrund war ein psychosoziales Konzept von Suizidalität im Rahmen einer Krisensituation und die daraus notwendig erfolgende Krisenintervention.

## SUIZIDALITÄT – WAS MEINT MAN ZU GLAUBEN, WAS DAS IST?

Eine Definition von Suizidalität (Wolfersdorf) sei vorangestellt:

„Suizidalität meint die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handelnlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis der Handlungen in Kauf nehmen.“

Diese Definition wurde inzwischen weitgehend von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN e. V.) in ihren Leitlinien übernommen. Dahinter steht die Überzeugung, dass Suizidalität grundsätzlich allen Menschen möglich ist, jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auftritt; dies wird heute als „medizinisch-psychosoziales Paradigma von Suizidalität“ bezeichnet. Suizidalität ist bewusstes Denken und Handeln und zielt auf ein äußeres oder inneres Objekt, eine Person oder ein Lebenskonzept ab. Suizidales Verhalten will etwas verändern, den Anderen, die Umwelt, sich selbst in der Beziehung zur Umwelt.

Psychodynamisch gesehen ist Suizidalität ein komplexes Geschehen aus der Bewertung der eigenen Person, der Wertigkeit in und von Beziehungen, aus Einschätzung von eigener und anderer Zukunft, der Einschätzung der Veränderbarkeit eines unerträglich erscheinenden Zustandes, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit verändertes Erleben. Motivational spielen dabei appellative, instrumentelle, altruistische sowie auto- und fremdaggressive Elemente eine Rolle, was sich insbesondere in der Beziehungsgestaltung eines suizidalen Patienten mit seinem therapeutischen Umfeld auswirkt.

Dabei ist **Suizidalität meist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern von Einengung und innerem emotionalem Chaos** durch objektive und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen, durch gesellschaftlich-kulturelle bzw. ideologische Rahmenbedingungen, durch Bedrohung, Flucht, Entfremdung und Identitätsverlust kennzeichnende Migrationsbedingungen. Die Benennung



„Freitod“ ist für den Großteil suizidaler Menschen/Suizide falsch. Die Suizidalität eines depressiv kranken Menschen oder eines jungen Psychotikers ist nicht durch Wahlmöglichkeiten und eine klare rationale Entscheidung für die Selbsttötung gekennzeichnet, sondern durch emotionales Chaos, durch Einengung hinsichtlich Zukunftsperspektive und aktuellen Entscheidungsmöglichkeiten, durch Kränkung und Verletzung, durch psychotisches und schwer depressiv hoffnungsloses Erleben.

Wir müssen allerdings zur Kenntnis nehmen, dass es eine Suizidalität auch außerhalb von Medizin/Psychiatrie/eines Krankheits- und Krisenkonzeptes gibt, wenn man an den Opfertod der Märtyrer, an politische Suizide oder an Terroristensuizid als Methode der Kriegsführung denkt.

Man kann also festhalten, dass alles, was sich in Gedanken und Handlungen abspielt und sich mit dem Ziel der Selbsttötung bzw. der Inkaufnahme des Versterbens beschäftigt, Suizidalität ist. Beim Suizid ist der Ausgang immer der Tod des Handelnden, auch wenn der Tod z.B. vier Wochen später auf der Intensivstation eintritt.

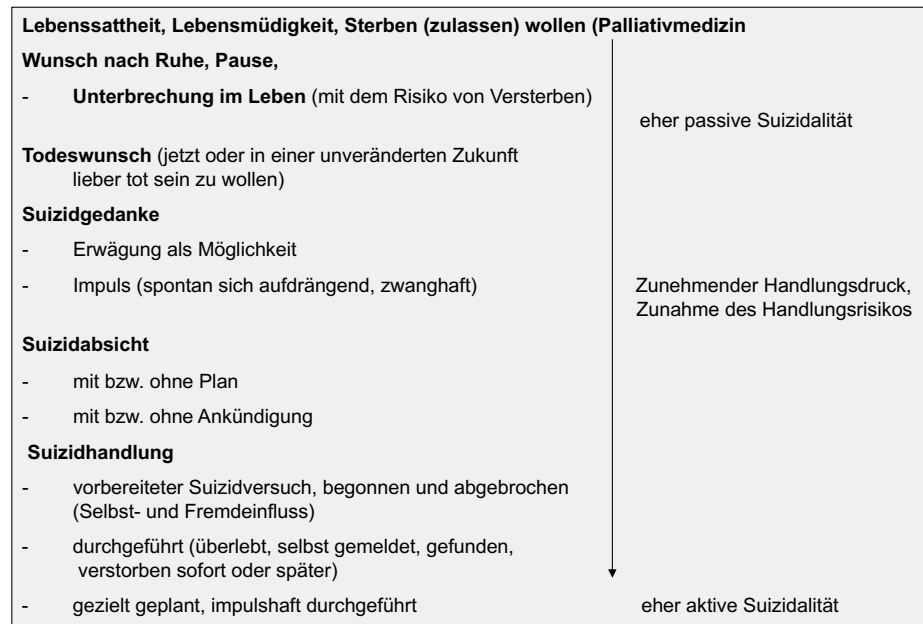
Suizidalität ist grundsätzlich allen Menschen möglich. Denkt man an ältere Menschen, welche sich die Frage stellen, was denn ihr Leben noch für einen Sinn habe, so glaube ich nicht, dass jeder von uns zu jedem Zeitpunkt eine Antwort auf diese Frage hat. Man muss mit offenen Fragen leben. Wenn Suizid grundsätzlich eine Möglichkeit aller Menschen ist, dann stellt sich die Frage, was bringt manche Menschen näher als andere an dieses Phänomen heran? Damit ist man letztendlich bei der Frage, ob es bestimmte Konstellationen (in der Literatur als Risikofaktoren oder Wahnsignale bezeichnet) gibt, die darauf hinweisen, dass ein Mensch näher am Thema Suizidalität dran ist.

Suizid ist bewusstes Denken und Handeln. Dabei muss akzeptiert werden, unabhängig ob Suizidalität im Rahmen von psychischer Erkrankung oder in einem krankheitsfreien Feld entstanden ist, dass der Suizid eine Entscheidung gegen das Leben ist und eine Entscheidung gegen das, was bisher wichtig war, seien es Beziehungen, seien es Lebenskonzepte, seien es Zukunftsperspektiven. Suizid ist meist kein Ausdruck von Freiheit oder Wahlmöglichkeit. Es ist immer eine subjektive Not, die jemand erlebt. So ist das Wort „Wahlfreiheit“ für die allermeisten Patienten schlicht und einfach falsch. Es hat nichts mit Freiheit zu tun, sondern mit Einengung, emotionalen Chaos und Verlust von Wahlmöglichkeiten in der jeweiligen psychischen und psychosozialen Situation.

Dagegen könnte man die „Stadtmusikanten“ der Gebrüder Grimm stellen, die schreiben, was der Esel zum Hahn sprach: „Zieh mit uns fort, etwas Besseres als den Tod findest Du überall“.

Für die Beschreibung von Suizidalität sei auf die Abbildung 3 hingewiesen. Auf diese Begrifflichkeiten hat man sich in der Zwischenzeit in Deutschland in den letzten zwei Jahrzehnten geeinigt, wobei das Thema „Lebensattheit, Lebensmüdigkeit, Lebensverneinung“ eigentlich ein Thema der Palliativmedizin der letzten zehn Jahre ist und von der Palliativmedizin nicht als Suizidalität im engeren Sinne verstanden wird. Es geht dabei um Menschen, die sehr alt geworden sind und in sich den Wunsch verspüren, dass ihr Leben doch jetzt langsam zu Ende gehen sollte; sie würden dabei jedes „Hand an sich legen“, wie Suizidalität auch manchmal bezeichnet wird, von sich weisen, sondern meinen: „Wenn der Herrgott mich heute holt, bin ich auch einverstanden“. Die verschiedenen Bezeichnungen von Suizidalität sind selbsterklärend, der Pfeil drückt eine gewisse Steigerung des Handlungsdruckes und damit auch der unterstellten Gefahr der Umsetzung von Ideen in Handlung aus und unterstellt damit ein Kontinuitätsmodell. Viele Kliniker würden natürlich sofort einwenden, dass es z. B. psychosekranke junge Männer gibt, die bisher Suizidalität völlig verneint haben, sich dann aber aus dem Stand beim Spaziergang mit der Krankenschwester im Park über eine Brücke sich stürzen, um sich zu suizidieren. Solche abrupten, manchmal raptusartigen suizidalen Handlungen sind mit einem derartigen auf Kontinuität angelegten Modell nicht zu beschreiben (außer man überspringt einfach einige Stufen); hier ist die klinische psychiatrisch-pflegerische Erfahrung angesprochen.

**Abbildung 3:**  
**Formen von Suizidalität (nach Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011)**



### Tendenzen in Deutschland

In der Tendenz haben wir in Deutschland einen Rückgang der Suizidrate seit Mitte der 1980er Jahre bis aktuell, wobei allerdings die Suizidzahlen seit 2017 bei jeweils knapp über 9.000 liegen. Wir können den Rückgang der Suizide in den 1980er, 1990er und im ersten Jahrzehnt dieses neuen Jahrtausends durchaus einem besseren Wissen um Suizidalität zuschreiben. Denn bekannter Weise sind die wichtigsten Faktoren für Suizidprävention die Erhöhung unseres Wissens – „Awareness“ –, die Fort- und Weiterbildung unserer Gatekeeper (Ärzte und Einrichtungen, an die man sich wendet), die Verbesserung unserer Depressionsbehandlung und der Behandlung suizidaler Menschen überhaupt. Public Health-Suizidprävention via Verschärfung von Waffengesetzen ist in Deutschland relativ erfolglos, denn wir haben eines der besten

Waffengesetze der Welt. Das Verbot von Stricken wäre ebenso absurd, denn wir haben Schnürsenkel an den Schuhen, Hosen- und Rockgürtel, Krawatten, Schals, also alles Dinge, mit denen man sich notfalls suizidieren, sprich strangulieren und erhängen kann. Die Konsequenz daraus muss sein, den Fort- und Weiterbildungsstand der im medizinisch-psychosozialen Bereich tätigen Menschen bzgl. Suizidalität massiv zu erhöhen, wie es ja z. B. in „Bündnisse gegen Depression“ u. ä. Einrichtungen erfolgreich geschieht. Die Verbesserung der Depressionsbehandlung, z. B. auch durch die Etablierung der Depressionsstationen seit Mitte der 1970er Jahre des letzten Jahrhunderts in Deutschland und das Angebot von Hilfseinrichtungen wie z. B. der Telefonseelsorge oder auch der suizidalitätsspezifischen Einrichtungen in Deutschland sind sicher eine der Ursachen für den Rückgang von Suizidalität. Hinzukommt die Tätigkeit von Einrichtungen wie AGUS, welche sich um die Postvention – ist Prävention! – kümmert und die als Selbsthilfeorganisation eine große Bedeutung in diesem Rahmen inzwischen hat.

### Grundprinzipien der Suizidprävention sind

- Aus Suizidideen sollen keine Suizidhandlungen werden
- Zeitgewinn für optimale Therapie und Fürsorge
- Minderung von aktuellem Leidensdruck, von Handlungsdruck und von Hoffnungslosigkeit.

Ziel ist es, dass Suizidgefährdete auf eine suizidale Handlung verzichten und das Angebot von Hilfe und therapeutischer Begleitung annehmen.

### Wichtige Faktoren in der Suizidprävention sind

- Beziehungen
- Diagnostik von Suizidalität und psychischer Grunderkrankung bzw. Belastungssituation
- Management der aktuellen Situation („sichernde Fürsorge“, „Kommunikation und Kontrolle“),
- Krisenintervention (psychotherapeutisch, psychosozial, psychopharmakologisch) sowie adäquate Behandlung einer psychischen oder körperlichen Grunderkrankung oder einer existentiellen Bedrohungssituation unter Einbeziehung der Suizidalität

**Stichwort Prävention**

Es gibt weltweit zwei wichtige Faktoren für die Suizidprävention:

1. Auf eine Frau suizidieren sich zwei bis drei Männer (die Ausnahmen sind umstritten).
2. Mit zunehmenden Alter steigt die Suizidrate an, etwa ab der Mitte der 50er Lebensjahre, und zwar ganz rapide bei den Männern, weniger bei den Frauen, bei denen dann im höheren Lebensalter eine Art Plateau auch verbleibt, zwar auf einem höheren Niveau wie früher. Das heißt etwas zugespitzt formuliert, das Suizidproblem ist ein Problem der älteren Menschen, es ist ein Problem der alten Männer. Präventive Maßnahmen sind hier besonders schwierig, zumal wir bei der Männerdepression und bei Männersuizid wenig Möglichkeiten haben, diese, meist älteren, verwitweten, alleinlebenden, auch somatisch Kranken, manchmal auch alkoholmissbrauchende Gruppe erreichen zu können. Das Thema Suizidprävention bei älteren und alten Männern wird eines der wichtigen Präventionsthemen der nächsten Jahrzehnte sein. Beträgt die Suizidrate 2020 bei 20 bis 25jährigen Männern noch 10,8 (Frauen 3,1) steigt sie bei den 85 bis 90jährigen Männern auf 73,0 (Frauen 12,6).

**PRÄSUIZIDALE ENTWICKLUNGEN**

**Wie entwickelt sich Suizidalität?**

Präsuizidales Syndrom (Erwin Ringel, 1953)

Mit dem Begriff „präsuizidales Syndrom“ bezeichnet man die Zeit vor einer suicidalen Handlung. Dieser Zeitraum ist nicht definiert, er kann Jahre, aber auch nur wenige Tage umfassen. Der wichtige Begriff aus Erwin Ringels Beschreibungen des „präsuizidalen Syndroms“ ist das Stichwort „Einengung.“ Damit beschreibt er, dass ein Mensch aufgrund seiner inneren Entwicklung sämtliche Kontakte nach außen beendet, immer wieder innerlich und äußerlich vereinsamt, seine inneren und äußeren Ressourcen wie Werte, Kultur, Lebensraum, Lebenskonzept usw. verliert, wobei auch äußere Kontakte als Ressourcen verloren gehen. Dies kann letztlich zu einer suicidalen Handlung als Endpunkt führen. Die zwischenmenschlichen Beziehungen haben ihre bindende Kraft verloren. Der Schmerz ist größer als die Bindungskraft an den Partner, die Familie oder die eigene Religiosität. Sobald der („pseudoaltruistische“) Gedanke auftritt „Wenn ich nicht mehr am Leben bin, ist das besser für meine Umwelt“, ist das hoch gefährlich. Damit wird eine Selbsttötungshandlung positiv besetzt. Sie wird so zum Opfer für andere, was vorher negativ noch belegt war.

**Zeitraum**

Der „Zeitraum“ des präsuizidalen Syndroms ist nicht definiert. Man kann darunter verstehen:

1. Die Entwicklung seit dem erstmaligen Auftreten einer Symptomatik, einer Konflikt- und Belastungssituation bzw. einer lebensverändernden Situation bis hin zum ersten Auftreten von Suizidideen, oder/und
2. den Zeitraum vom erstmaligen Auftreten von Suizidideen bis zur suicidalen Handlung also der Umsetzung der Idee in eine bewusst und aktiv intendierte lebensgefährdende Handlung mit dem Ziel des eigenen Todes.

Der erste Zeitabschnitt umfasst Monate bis Jahre, letzterer kann Minuten bis wenige Wochen dauern.

Nur etwa 50 bis 60 Prozent aller Menschen, die sich selbst töten, sprechen vorher darüber. Dies begrenzt unsere Hilfsmöglichkeiten, denn es setzt die Mög-

**Abbildung 4:**

**Suizide pro 100.000 Einwohner im Jahr 2020 nach Lebensalter**



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 19.11.2021 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2021

lichkeit des Erkennens dieser „Information“, die als Appelle oder „cry for help“ (Hilferuf) bezeichnet werden, voraus.

**Was empfindet ein Mensch in dieser präsuizidalen Zeit?**

Versucht man dieses innere Erleben in Worte zu fassen, könnte man folgendes formulieren:

- Nicht (mehr) Aushalten-Können einer subjektiv „unerträglichen“ Belastung und/oder Kränkung, insbesondere wenn auch anhaltend
- Subjektiv unerträglich psychischer Schmerz
- Glaube oder Überzeugung, keine Freiheitsgrade mehr zu haben
- Schwer kontrollierbar erscheinende aggressive (selbst- und fremdaggressive) Impulse
- Gefühle und Gedanken von Hoffnungslosigkeit und Perspektivlosigkeit
- Gefühle und Gedanken von Zorn, Wut, „Rache“
- Starres, rigides Denken.

**Stadien präsuizidaler Entwicklung (Walter Pöldinger):**

Ein wichtiger Aspekt des österreichischen Psychiaters Walter Pöldingers war es immer, bis zu einer Suizidhandlung gebe es eine Entwicklung. Menschen, die sich mit dem Gedanken Suizid beschäftigen, setzen häufig Appelle, Hinweise oder Hilferufe. Sie befinden sich in einem inneren Zustand der Ambivalenz: „Ich werde mir das Leben nehmen, weil ich so nicht mehr leben kann.“ Der andere Pol wäre: „Ich möchte eigentlich leben, aber niemand kann mir helfen.“ Leider senden nur knapp über die Hälfte der betroffenen Suizidenten Appelle (siehe Abbildung 5).

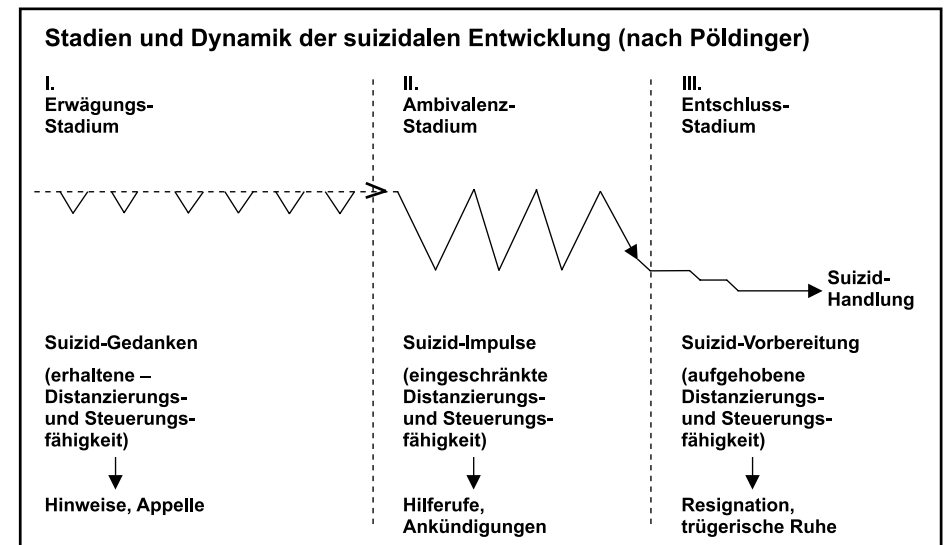
Wie kann dieser **Appell** aussehen?

- Suizide sind ein äußerst breites Thema, ebenfalls so breit gefächert können Appelle sein, wie z. B. „Ich kann so nicht mehr weiterleben“.
- Menschen, die über Suizid reden, beschäftigen sich mit dieser Thematik. Das muss aufgegriffen werden.
- Ca. 40 Prozent der indirekten Appelle oder Zeichen sind für die Umwelt

nicht verstehbar. Oft kann man die Zeichen erst im Nachhinein deuten. Das ist bei vielen Dingen der Fall, die wir in der Entwicklung der Menschen zum Suizid hin erleben, wo wir an die Grenzen zur Deutungsfähigkeit stoßen. Hilferufen, die man als solche erkennt und deutet, muss man immer nachgehen.

- Was kann passieren, wenn die Frage nach suizidalen Gedanken verneint wird? Die wichtigste Konsequenz bei weiter bestehender Unsicherheit auf Seiten des Fragenden ist, trotzdem im Gespräch zu bleiben. Wenn nämlich jemand nicht mehr darüber redet, wissen wir nicht, wie er sich entschieden hat. Wir erleben oft, dass es Patienten aufgrund einer inneren Entlastung, denn als solche wird die Entscheidung auch erlebt, dann besser geht. Man sollte sich angewöhnen zu fragen: „Warum geht es Ihnen eigentlich besser, was gibt es für Gründe dafür?“

**Abbildung 5:**  
**Ein präsuizidales Entwicklungsmodell (Pöldinger 1968)**



## WELCHE MENSCHEN SCHEINEN BESONDERS GEFÄHRDET?

### Sogenannte Risikogruppen

In der Suizidprävention spricht man von Risikogruppen (sogenannte „vulnerable Gruppen“, die schutzbedürftig sind, Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020). Darunter ist einerseits die **Zugehörigkeit zu einer besonderen durch Krankheit (vor allem psychische Erkrankung) definierten Gruppe** gemeint. Dann das **Vorliegen einer besonders suizidfördernden Symptomatik** wie ausgeprägte Hoffnungslosigkeit bei der schweren Depression oder beginnendes demenzielles Syndrom bei einer Demenzerkrankung oder auch die Symptomatik bei Menschen, die sich in Situationen befinden, die traumatisierend, nicht veränderbar erscheinen, existenziell bedrohlich sind, aus Sicht der Betroffenen nicht gelöst werden können, oder bei Menschen mit wiederholter Erkrankung, schwerem Krankheitsverlauf, schmerzhafter und lebens einschränkender Krankheitsperspektive. Nachfolgend eine kurze Auflistung:

- **Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität:** Suizidankündigungen (Appell in der Ambivalenz): Akute suizidale Krise; Zustand nach einem Suizidversuch (10 Prozent mit Rückfall mit Suizid)
- **Alte Menschen:** Mit Vereinsamung, mit schmerzhaften, chronischen, einschränkenden Erkrankungen, mit psychischen und körperlichen Erkrankungen (Komorbidität), nach Verlust des Partners mit Vereinsamung und Beziehungsverlust
- **Junge Menschen:** In Entwicklungskrisen, Beziehungskrisen (innere Vereinsamung), mit Identitätsproblemen, Ausbildungsproblemen, familiären Konflikten, Drogen- und Alkoholabhängigkeit, sexueller und körperlicher Gewalt
- **Menschen mit psychischen Erkrankungen:** Depressiv kranke Menschen (primäre unipolare Depression, depressive Zustände im Rahmen von bipolaren affektiven Erkrankungen bzw. deren Mischzuständen, reaktive Depressionen, Depression und Komorbidität vor allem mit Alkohol), Suchtkranke (Alkoholabhängigkeit, illegale Drogen), schizophrene Erkrankungen (vor allem junge Männer zu rezidivierenden psychotischen Episoden und/oder akuter psychotischer Phase mit Selbstvernichtungstendenzen), Angststörungen
- **Menschen mit akuter Traumatisierung und schweren sozialen Verän-**

**derungskrisen:** Beziehungskrisen, Partnerverlust, anhaltende Kränkungen; Verlust des sozialen, kulturellen Lebensraumes, der religiösen Identität; Identitätskrisen; chronische Arbeitslosigkeit, existenzielle Bedrohung; Kriminalität; nach Verkehrsdelikten (z. B. mit Verletzung, Tötung eines anderen), mit anhaltenden posttraumatischen Belastungsstörungen

- **Menschen** mit schmerzhaften, chronischen, lebens einschränkenden verstümmelnden **körperlichen Erkrankungen** (insbesondere des Bewegungs- und zentralen Nervensystems), terminale Erkrankungen mit Siechtum und erwarteter extremer Pflegebedürftigkeit, mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, Beziehungsverlust, Entwertung der Person u. ä.

## PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN UND SUIZID

Ein hoher Anteil der Menschen, die sich suizidierten, litten an einer psychischen Erkrankung. 60% aller Suizidenten sind nach psychologischen Autopsien zum Zeitpunkt ihrer suizidalen Handlung an einer Depression erkrankt gewesen. Es gibt auch Suizidforscher, die von bis zu 90% Depressivität bei durch Suizid Verstorbenen sprechen. Komorbidität mit Alkoholabhängigkeit erhöht das Suizidrisiko bei der Depression signifikant. Bei Psychosekranken sind es vor allem die jungen psychotischen Männer, die bei wiederholtem Auftreten der Erkrankung mit Blick auf die Zukunft, wie die alten Psychiater dies immer sagten, suizidgefährdet sind und eine erhöhte Suizidmortalität aufweisen. Der Depressive suizidiere sich in der Nähe von Symptomatik, z. B. der Hoffnungslosigkeit, der schizophrene Kranke suizidiere sich beim Blick auf eine mögliche Zukunft mit vielen Erkrankungsphasen bzw. Persönlichkeitsveränderung und -einschränkungen, sollen unsere psychiatrischen Vorväter formuliert haben.

Suizidprävention heißt deswegen, im besten Interesse des Patienten zu handeln, zu versuchen zu verstehen, was in diese Situation führt, aus der kein Weg heraus mehr gesehen wird. Und Suizidprävention bedeutet nüchtern formuliert: Alles tun, um aus einer Suizididee keine Suizidhandlung werden zu lassen bzw. eine Suizidabsicht wieder auf Suizidideen, die ja alle Menschen haben können, über die man reden kann, bei denen man helfen kann, zurückzuführen.

**Einige psychopathologische Faktoren – Risikopsychopathologie** – weisen bei der Depression auf ein erhöhtes Suizidrisiko hin, dazu gehören vor allem die Hoffnungslosigkeit und das Gefühl von Wertlosigkeit für andere Menschen und für sich selbst. Wenn man den Verlauf einer Erkrankung berücksichtigt, ist die Suizidalität am höchsten bei der Depression in der akuten Erkrankungsphase, insbesondere bei Ersterkrankungen, bei der Schizophrenie bei Wiedererkrankung (zweite bis fünfte Wiedererkrankung) sowie bei Vorliegen suizidfördernder Symptomatik, (z. B. Stimmen, die zum Suizid auffordern), bei der Alkoholabhängigkeit eher gegen Ende des Suchterkrankungsverlaufes, vor allem wenn die Arbeits- und Beziehungssituation zusammenbrechen.

Von dem bekannten Suizidologen Walter Pöldinger bzw. von dem schottischen Suizidologen Kreitman soll der Satz stammen: „Wenn es uns gelingt, die Behandlung depressiv kranker Menschen um 50% zu verbessern, reduzieren wir die Suizidraten um 50%!“ Die Bedeutung psychischer Erkrankungen ist nicht bestreitbar. Das Erleben einer schweren Hoffnungslosigkeit in der Depression, das existenzbedrohende Gefühl, die eigene Identität in einer beginnenden Demenz zu verlieren oder auch die Wahrnehmung der Veränderung der eigenen Persönlichkeit und der Welt mit Beziehungsverlust und Herausfallen aus der Gesellschaft sind ausgeprägt Suizidalität fördernde und lebensbedrohliche Erlebnisweisen. Hier müssen immer alle Warnsignale hochgehen und es wird Notfallpsychiatrie unter Einbeziehung beschützender Rahmenbedingungen wie stationäre Behandlung in einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik notwendig werden. Allerdings kann sich suizidales Denken und Handeln auch außerhalb einer akuten psychischen Erkrankung manifestieren, man denke nur an den gesamten Bereich psychosozialer Krisen, deren diagnostische Zuordnung zu psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinne noch vor Jahrzehnten durchaus in der Versorgungsdiskussion war. Und es gibt auch suizidale Verhaltensweisen, die außerhalb des medizinisch-psychiatrischen und -psychologischen Systems zu verstehen sind, man denke an politisch motivierte Suizide, vor allem Doppelsuizide, bei denen der nicht erkrankte Partner sich ein Leben ohne den im Sterbeprozess befindlichen Partner nicht vorstellen kann und möchte. Oder man denke auch an die Diskussion um den assistierten Suizid bei schwer körperlich kranken Menschen und letztlich wenn die Vorhersage für den weiteren Krankheitsverlauf sehr ungünstig ausfällt; Bertolote et al. hatten in ihrer 2004 in der Zeitschrift CRISIS publizierten Metaanalyse zu „Psychische Erkrankung bei Suizid“ bei 88 Prozent der Suizidenten in der All-

gemeinbevölkerung als erste Diagnose eine psychische Erkrankung gefunden, federführend affektive Störung, gefolgt von substanzbezogener Störung und Schizophrenie, aber auch bei 12,0 Prozent keine psychiatrische Diagnose aus der psychologischen Autopsie eruieren können.

### Empfehlung

Dazu ist aus Sicht des Autors abschließend festzuhalten, es empfiehlt sich bei akuter Suizidalität eines Menschen immer vom Vorliegen eines emotionalen Chaos, einer Einengung der Wahrnehmung der eigenen Person, des eigenen Welterlebens, der eigenen Zukunftsperspektive, von einer hohen inneren Ambivalenz und der suizidfördernden Einflussnahme einer psychischen Erkrankung oder einer psychosozialen Krisensituation auszugehen. Die medizinethische Legitimation von Suizidprävention stützt sich auf ein „Medizinisch-psychosoziales Paradigma“ von Suizidalität, welches Suizidalität als Ausdruck einer psychosozialen Krise und eines veränderten Erlebens sowie von Hilfs- und Behandlungsbedürftigkeit sieht.

## UNSERE HEUTIGEN MODELLE ZUR ENTSTEHUNG VON SUIZIDALITÄT

Es gibt verschiedene Verständnismodelle zum Entstehen und zur Entwicklung von Suizidalität, die hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden sollen. Wichtig ist eine grundsätzliche (wenngleich manchmal akademische erscheinende) Unterscheidung in ein **Krisenmodell** und ein **Krankheitsmodell** von Suizidalität.

### Krisenmodell

Wenn sich Suizidalität in einer belastenden Lebenssituation entwickelt, so kann man das mit dem Krisenmodell erklären.

**Definition von Krise** (nach Sonneck 1997): „Verlust des seelischen Gleichgewichtes bei Konfrontation mit Ereignissen und Lebensumständen, die nicht

bewältigt werden können, weil diese von Art und Ausmaß die Fähigkeiten und Hilfsmittel zum Erreichen von Lebenszielen oder Bewältigung einer Lebenssituation überfordern“.

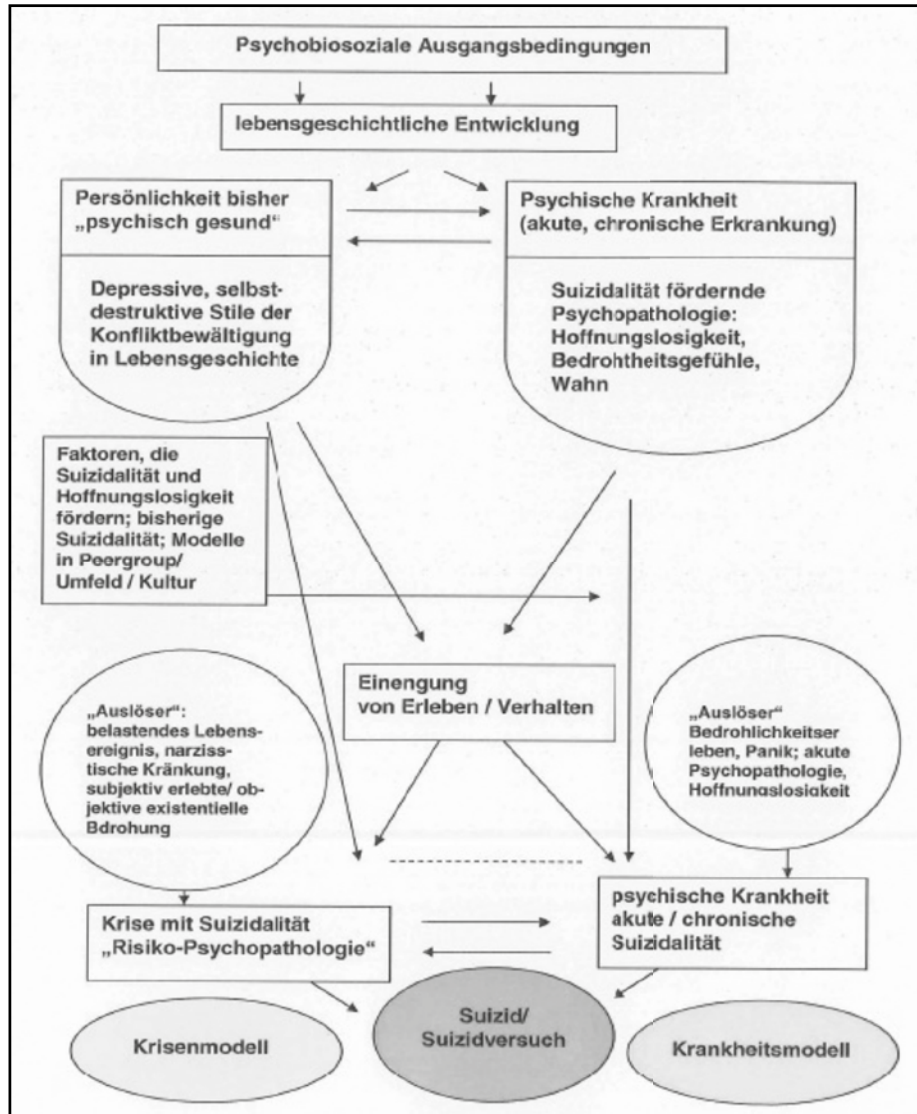
Wir bewältigen Krisen z.B. durch Schlafen oder indem wir mit einem anderen Menschen reden. Krisen gibt es aus vielerlei Gründen. Typisch für Krisen, die suizidal sind, ist es, dass sie bewältigt werden müssen, da sonst die subjektive Welt untergeht. Außerdem ist typisch, dass Hilfe oft nicht mehr funktioniert. Sie wird oft nicht in Anspruch genommen, weil man überhaupt nicht auf die Idee kommt, dass noch geholfen werden kann. Diese Hemmung oder Unfähigkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen, trifft insbesondere für Männer zu. Es scheint, dass die Veränderungsmöglichkeit von Männern, deren Hilfesuchverhalten und auch die Gewalttätigkeit gegenüber sich selbst in der Umsetzung von suizidalen Handlungen hier eine große Rolle spielen und ein Grund sein mögen, dass epidemiologisch die Suizidrate der Männer weltweit zwei- bis dreimal größer ist als die der Frauen. Die Krisensituation ist von Unruhe und Verzweiflung geprägt, von emotionalem Chaos, von innerer Ambivalenz, von Einengung, aus der heraus Entscheidungen für oder gegen Suizid fallen. Hier von Selbstbestimmung oder „Freiheit“ zu sprechen, klingt nahezu zynisch. Ein Merkmal von „Krisenbewältigung“ ist u.a. Selbstverletzung, Alkohol, Selbsttötung zu wählen, um aus der Krise herauszukommen. Manchen hilft, 20 Stunden zu schlafen. In unseren medizinisch-psychosozialen Versorgungssystem gehen wir davon aus, dass Kommunikation, d. h. miteinander reden, begleiten und im Einzelfall auch beschützen und eine adäquate Unterstützung bzw. Behandlung der Umstände, die in die suizidale Krise bzw. psychische Erkrankung im engeren Sinne geführt haben, antisuizidal sind.

### **Krankheitsmodell**

Das Krankheitsmodell besagt, dass Menschen, die später durch Suizid versterben, mit einer biologischen Anlage durchs Leben gehen (z. B. biologische Disposition für Impulskontrollstörungen). Das ist aber keine Krankheit. Wenn aber ein auslösendes belastendes inneres oder äußeres Lebensereignis hinzukommt, kann sich eine psychische Erkrankung entwickeln und in der Folge Suizidalität mit sich bringen. Ängste, Panikzustände, quälende Unruhe, anhaltende Schlafstörungen, konkret suizidfördernde Psychopathologie wie imperative Stimmen, die zum Suizid auffordern, akutes psychotisches Bedrohtheits erleben, depressiver Wahn bis hin körperbezogenen Wahnvorstellungen, z. B.

an einer Demenz zu leiden, u. ä.. Bekannt ist die biologische Disposition für Impulskontrollstörungen bzw. Störung des serotonergen Transmittersystems im zentralen Nervensystem. Sehr verkürzt könnte man deswegen plakativ festhalten, gefährdet sind vor allem Menschen, die im Gehirn zu wenig Serotonin haben. Serotonin ist eine chemische Transmittersubstanz, die für Wohlbefinden sorgt und manchmal auch als „Glückshormon“ bezeichnet wird. Die biologische Suizidforschung geht in Richtung Störung des serotonergen Systems im Gehirn und damit einhergehender Störung der Impulskontrolle, was möglicherweise beim Männersuizid die erhöhte Autoaggressivität gegen sich selber begründen mag.

Abbildung 6:  
Krisen- und Krankheitsmodell von Suizidalität (Wolfersdorf, Schneider und Schmidtke, Wolfersdorf, Schneider, Hegerl und Schmidtke 2016)



## GRUNDGEDANKEN DER SUIZIDPRÄVENTION

Suizidalität ist in den meisten Fällen kein Ausdruck von Freiheit oder Wahlmöglichkeit, sondern von Einengung durch objektive und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen, durch gesellschaftlich-kulturelle bzw. ideologische Rahmenbedingungen und geht einher mit einem hohen Gefühl von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, einem inneren emotionalen Chaos und einer hohlwegartigen Einengung auf nur ein Ziel noch, der Herausnahme aus dieser Situation durch Selbsttötung. Die Benennung „Freitod“ ist für den Großteil suizidaler Menschen, die sich suizidieren möchten bzw. suizidiert haben, schlichtweg falsch. Freiheit der Wahl spricht Selbstbestimmung benötigt Alternativen, Einengung und emotionales Chaos nehmen Alternativen. Aus suizidpräventiver Sicht steht die Fragestellung an, welche Faktoren Menschen näher an suizidales Erleben, Denken und Handeln heranzuführen und wer dann in solchen Situationen Hilfe, Therapie und soziale Unterstützung benötigt, vor dem banalen Hintergrund, dass keiner sich gerne umbringt.

Die **grundsätzliche Frage der Suizidprävention** ist also: **Was bringt Menschen dazu, aus Suizidideen Handlungen der Selbsttötung werden zu lassen?** (Wolfersdorf und Etzersdorfer 2022).

Der Medizinhistoriker und -ethiker Axel Karenberg (2005) hat für einen „relativen Paternalismus in der Akutsituation“ plädiert und von der „Strategie des Aufschiebes“ gesprochen, die sich aus der Ambivalenz des Suizidenten, aus hohen Rate nachträglicher Zustimmung zur Rettung und aus der Asymmetrie der Situation, dass nämlich eine echte Selbstbestimmung gar nicht vorliegt, ableitet.

Suizidprävention besteht aus Zeitgewinn. Nach dem Konzept der Entwicklungsstadien von Walter Pödlinger würde das die Rückführung der Suizidabsicht in ein früheres Stadium bedeuten: Vom Entschluss zur Ambivalenz, von der Ambivalenz zur Erwägung, um sich dann jeweils die Situation mit äußerer Hilfe noch einmal anzuschauen. Karenberg (2005) hat dies „**Strategie des Aufschiebes**“ genannt.

Suizid ist seit mehreren Jahrhunderten ein Thema der Medizin, der Psychiatrie



und Psychotherapie, jenseits eines theologischen Paradigmas von Suizidalität, wie es über Jahrhunderte hinweg bestand. Suizidprävention hat sich letztendlich vor dem Hintergrund der Frage, was Menschen eigentlich bewegt, die sich selbst töten oder sich selbst töten wollen, mit dem Ziel eines besseren Verständnisses und der Verhütung suizidaler Verhaltensweisen entwickelt. Dabei waren Suizidalität, der Umgang mit suizidalen Menschen, die Suizidprävention immer auch ein Thema des öffentlichen Gesundheitswesens (Public Health) und nicht nur der jeweilig auf Krankheit und psychosoziale Krisensituationen ausgerichteten medizinisch-psychosozialen Helferzunft (Mental-Health).

Man spricht heute bei vielen Krankheiten und hilfsbedürftigen Zuständen von der „**Selbsthilfe**“ und meint damit **Selbsthilfegruppen für Betroffene** und auch **Selbsthilfegruppen für Angehörige**. Niemand ist so sehr betroffen durch den Suizid eines Familienmitgliedes oder eines anderen sehr nahestehenden Menschen wie die Angehörigen. Von daher war es naheliegend, dass im psychosozialen Aufwind der 1960er, 70er und auch noch in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, eine ganze Reihe von Selbsthilfegruppen entstanden, z. B. für Depressive, für die Angehörigen von Demenzerkrankten usw. (Selbsthilfegruppen für alkoholranke Menschen gab es ja schon sehr viel länger).

Als bald entstand zuerst regional in Bayreuth, später bundesweit ein Selbsthilfeverein für Trauernde nach Suizid, der heute in ganz Deutschland verbreitet und als AGUS e. V. mit der Bundesgeschäftsstelle in Bayreuth bekannt ist.

Die Notwendigkeit solcher Selbsthilfeorganisationen wie **AGUS e. V.** steht außer Zweifel. Denn, eine absolute Suizidprävention gibt es nicht und wird es auch unter optimalen Therapie-, Betreuungs- und Kontrollbedingungen nicht geben. Die Grenze des Erkennens und Behandeln und Umgehens mit suizidalen Menschen ist der Patient und Betroffene selbst. Und auch der hat eine Verantwortung, nämlich seine suizidale Not deutlich werden zu lassen, offen damit umzugehen und Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen.

### **Persönliche Schlussbemerkung:**

Sich mit Suizidalität zu beschäftigen, heißt, sich mit Lebensfragen zu beschäftigen. Dabei sind mir die vier großen **S**, von denen mein verehrter verstorbener Chef, Lehrer und elder friend Prof. Dr. G. Hole immer gesprochen hat, wichtig geworden, die den Lebenssinn bestimmen:

**S**exualität (die Frage nach Beziehungen),  
**S**üchtiges Verhalten (die Frage nach der Fähigkeit zum Genießen),  
**S**uizidalität (die Frage nach dem persönlichen Lebenssinn) und  
**S**piritualität (welche Normen, Werte, Überzeugungen, religiöse Überzeugungen sind mir wichtig).

Wer sich mit Suizidalität und Menschen in suizidalen Lebenssituationen beschäftigt, und dies vor allem längerfristig tut, wird sich immer wieder mit den Fragen nicht nur nach der persönlichen Nähe zu Suizidalität und Lebenssinn beschäftigen (müssen).

### **Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf**

- Arzt für Psychiatrie - Psychotherapie -
- Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Ethikberater im Gesundheitswesen
- Leiter Referat Suizidologie der DGPPN 2007 – 2017
- Leitung (mit Frau Prof. Dr. med. Barbara Schneider, Köln) der AG „Medizinische Versorgung in der Suizidprävention“, (vom BMG i. a. des Bundesrates gefördert)
- Fellow International Academy for Suicide Research (IASR)
- Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie u. Psychosomatik 1997 – 2016
- im Ruhestand

Hollfeld / Bayreuth  
August 2022

## Literatur

**Bertolote JM, Fleischmann A, DeLeo D, Wassman D (2004):** Psychiatric diagnosis and suicide: Revisiting the evidence. *CRISIS* 25 (4): 147 – 155

**Bronisch T (2007):** Der Suizid. Ursachen, Wahnsignale, Prävention. 5. Auflage. München: CH Beck

**Glasow N, Hery D (Hrsg.):** Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Regensburg: Roderer

**Schneider B (2003):** Risikofaktoren für Suizid. Regensburg: Roderer

**Schneider B, Lindner R, Giegling I, et al. (2021):** Suizidprävention Deutschland. Deutsche Akademie für Suizidprävention e. V., Kassel

**Sonneck G (2000):** Krisenintervention und Suizidverhütung. 5. Auflage (1. Auflage 1985). Wien: Facultas

**Wolfersdorf M. (2014):** Suizid. Erklärungsmodelle, präsuizidale Entwicklungen, psychische Erkrankungen. In: AGUS-Schriftenreihe (Hrsg. Bundesgeschäftsstelle AGUS e. V. E. Brockmann, J. Schmidt). Bundesgeschäftsstelle Bayreuth 2014: 4 – 22

**Wolfersdorf M, Etzersdorfer E (2011):** Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer,

**Wolfersdorf M, Schneider B, Schmidtke A (2015):** Suizidalität: Ein psychischer Notfall, Suizidprävention: Eine psychiatrische Verpflichtung. *Nervenarzt* 86: 1120- 1129

**Wolfersdorf M (2010):** Depressionen. Die Krankheit bewältigen. Balance Ratgeber Bonn

**Wolfersdorf M, Bronisch Th, Wedler H (2008):** Suizidalität. Verstehen, vorbeugen, behandeln. Regensburg Roderer

**Wurst F (Hrsg.), Vogel R, Wolfersdorf M (2007):** Theorie und Praxis der Suizidprävention. Regensburg, Roderer

**Autor:**

Prof. Dr. med. Dr. h. c. (Stradins University, Riga/Lettland) Manfred Wolfersdorf war von April 1997 bis Ende September 2016 Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



Suizidprävention und Suizidforschung sowie Depressionsbehandlung sind seit Jahrzehnten Schwerpunkte seiner ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit. Im September 1976 hat er im heutigen Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm, die erste Spezialstation für schwer depressiv Kranke („Depressionsstation“) in Deutschland gemeinsam mit Psychologen, Sozialarbeitern, ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eingerichtet, die zum Modell nicht nur von über 100 Depressionsstationen in Deutschland und der Schweiz geworden ist, sondern auch Modell für spezialisierte Behandlung in der klinischen Psychiatrie.

Die Depressionsforschung und die Entwicklung der Suizidprävention hat er in verschiedenen Funktionen wesentlich geprägt, so ist er unter anderem

- Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Suizidprävention IASP,
- der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention DGS (Vorstandsmitglied und Geschäftsführer 1990-2000),
- Fellow der Internationalen Academy for Suicide Research IASR,
- Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz BDK (Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte deutscher Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie), 2000 – 2004, Pastpresident bis 2006,

- Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DGPPN 2000 - 2008, aus der heraus er 2007 das Referat Suizidologie gründete und bis 2017 leitete.

Derzeit ist er, gemeinsam mit Frau Prof. Dr. med. Barbara Schneider, Köln, im Rahmen des durch den Bundestag geförderten BMG-Projektes „Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“ Sprecher der AG „Medizinischen Versorgung“ i. R. des NaSPro. Er ist einer der Initiatoren der „Initiative Gemeinsam gegen Depression Bayreuth“ u.v.m. Die Liste seiner Veröffentlichungen u.a. zu Depression oder Suizidalität kann hier nicht wiedergegeben werden.

Prof. Dr. Wolfersdorf war einer der ersten Mitstreiter und Unterstützer der AGUS-Gründerin Emmy Meixner-Wülker; er war damals Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) e. V. und hat AGUS von Anfang an und insbesondere dann in seiner Zeit in Bayreuth immer unterstützt. Wir kennen ihn bis heute als kompetenten und aktiven Unterstützer der AGUS-Anliegen.

*Der Autor verneint Interessenskonflikte. Es bestehen keine geschäftlichen, wissenschaftlichen oder persönlichen Beziehungen zu Industrieunternehmen.*

## AGUS e. V. – Selbsthilfe nach Suizid

AGUS e.V. – Selbsthilfe nach Suizid AGUS steht für „Angehörige um Suizid“ und wurde als Verein 1995 in Bayreuth gegründet. Fünf Jahre zuvor fand dort auch die erste Sitzung der bundesweit ersten Selbsthilfegruppe für Angehörige statt. Die Initiatorin war Emmy Meixner-Wülker, die ihren Mann 1963 durch Suizid verloren hat.



Betroffene finden sowohl in der AGUS-Geschäftsstelle als auch in den über 90 Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland Möglichkeiten der Beratung und Betreuung. Im Internetforum der Homepage sowie der Facebook-Trauergruppe können sie sich ebenso untereinander austauschen. Es gibt eine Wanderausstellung zu den Themen Suizid und Suizidtrauer, die schon an vielen Orten in Deutschland zu sehen war. Als Ergänzung zu den Selbsthilfegruppen bietet AGUS Wochenendseminare für Suizidtrauernde an.

**Weitere Informationen ermöglicht die Website [www.agus-selbsthilfe.de](http://www.agus-selbsthilfe.de).**



## Themenbroschüren

Themenbroschüren Die Themenbroschüren greifen Fragestellungen auf, die sich Betroffene immer wieder stellen. Bisher sind folgende Broschüren erschienen und über die AGUS-Geschäftsstelle zu beziehen:

1. Suizidtrauer bei Kindern und Jugendlichen angstfrei unterstützen (Chris Paul)
2. Erklärungsmodelle – die Zeit vor dem Suizid (Prof. Manfred Wolfersdorf)
3. Schuld – im Trauerprozess nach Suizid (Chris Paul)
4. Trauer nach Suizid – (k)eine Trauer wie jede andere (Jörg Schmidt)
5. Suizid und Recht (Lutz Weiberle)
6. Zwischen klagend schreien und getröstet sein. Hilfe durch den
7. Glauben in der Trauer nach einem Suizid (Dr. Andrea Schmolke)
8. AGUS-Selbsthilfegruppen aufbauen und leiten (Chris Paul)
9. Hört das denn nie auf? Trauer nach Suizid und Zeit (Chris Paul)
10. AGUS – wie alles begann (Emmy Meixner-Wülker, G. Lindner, E. Brockmann) – vergriffen
11. Frauen trauern – Männer arbeiten. Ein Klischee? (Dr. David Althaus)
12. Vergebung nach einem Suizid – ein schwieriger, aber heilsamer Weg! (Jörg Dittmar)
13. Von der Angst verlassen zu werden. Wie Suizid ein Leben prägen kann (Annette Félix)
14. Symbolhandlungen und Rituale für Hinterbliebene nach einem Suizid (Christian Randegger)
15. Mein Trauertagebuch (Renate Salzbrenner)
16. AGUS ist für mich... 25 Menschen für 25 Jahre AGUS
17. Unterstützungsangebote nach Suizid im beruflichen Umfeld (Dr. Fanciska Illes)
18. Wolle, Paul und Papas Stern (Marianne Loibl)
19. Nicht jede Trauer ist ein Trauma (Sybille Jatzko)
20. Resilienz in der Trauer nach Suizid (Dr. Jens-Uwe Martens)
21. Bis dass der Tod uns scheidet (Martina Kommescher Dittloff und andere)
22. Unzertrennlich? Vom Verlust eines erwachsenen Geschwisters nach Suizid (Stefanie Leister und andere)

Über den Tod zu sprechen ist eine der vernünftigsten Arten,  
über den Sinn des Lebens zu sprechen.

Andre Maraux, 1901-1976, französischer Schriftsteller und Politiker

AGUS-Schriftenreihe: Hilfe in der Trauer nach Suizid

ISBN-Nr: 978-3-941059-02-3

Bezug über Bundesgeschäftsstelle AGUS e.V.  
Kreuz 40 · 95445 Bayreuth  
Tel.: 0921/1500380 · Fax: 0921/1500879  
**[www.agus-selbsthilfe.de](http://www.agus-selbsthilfe.de)**