

Erfahrungen in Psychiatrie und Psychotherapie

Ich freue mich über die Einladung und dass ich heute zu Euch sprechen darf.

Vorbemerkungen :

Meist versuche ich frei zu sprechen. Damit es beim Mitlesen in den anderen Sprachen einfacher ist, versuche ich nahe am geschriebenen Text zu bleiben – auch wenn dies die Lebendigkeit etwas eingeschränkt.

Bevor ich thematisch beginne, möchte ich etwas zu meiner besonderen Arbeitsstelle sage, da sie – zumindest in Deutschland – ungewöhnlich ist.

1. Wo arbeite ich jetzt? Woher kommen meine Erfahrungen?

Aktuell arbeite ich im Würdezentrum in Frankfurt ohne Patienten-Kontakt. Die Arbeit mit Patienten habe ich sehr gerne gemacht.

Das Würdezentrum ist ein Ausbildungs- und Forschungsinstitut. Meine Stelle ist zum großen Teil spendenfinanziert. Es gibt keine Mittel aus dem regulären Gesundheitssystem.

Mein Arbeits-Schwerpunkt ist Suizidprävention bei alten und kranken Menschen. Dazu haben wir Ideen für Modellprojekte entwickelt, die wir in Frankfurt umsetzen können. Wenn es solches Projekt erfolgreich umgesetzt werden konnte, soll dieses in die Routineversorgung übernommen werden. Dies ist mit anderen Projekten schon öfters gelungen.

Seit April haben wir die Zusage des Dezernats der Stadt Frankfurt, dass sie für drei Jahre ungefähr die Hälfte der entstehenden Kosten für ein erstes Modell-Projekt übernehmen.

Außerdem gebe ich im Würdezentrum Kurse für medizinische Laien zum Umgang mit psychischen Erkrankungen. Es heißt „Mental Health First Aid“ in D: www.MHFA-ersthelfer.de oder „Erste Hilfe für die Seele“. Der 12-stündige Kurs bildet Laien darin aus, dass sie bei den wichtigsten und häufigsten psychischen Erkrankungen die Symptome erkennen und damit umgehen können. Das Programm stammt aus Australien und wurde bereits in 26 Ländern eingeführt:

- in GB (<https://mhfainternational.org/united-kingdom-map-of-mhfas/>) sehr früh – es musste nicht übersetzt werden
- in Frankreich (<https://pssmfrance.fr/>) gibt es bereits sehr viele ausgebildete Ersthelfer,
- in der Schweiz heißt es ensa (<https://www.ensa.swiss/de/>) und wurde fast zeitgleich mit Deutschland 2019 eingeführt.

Das Programm wurde von Anfang an in jedem Land wissenschaftlich evaluiert.

Für die Schweiz liegt bereits ein Wirksamkeitsnachweis vor <https://promentesana.ch/ueber-uns/aktuelles/news/effektivitaet-von-ensa-kursen-nun-auch-in-der-schweiz-wissenschaftlich-nachgewiesen>.

Ich empfehle die Schulung für Interessierte, Angehörige von psychisch Erkrankten, Multiplikatoren, Personalverantwortlichen und Gruppenleitern, egal ob Chor, Sportverein oder kirchliche Gruppen. Viele Arbeitgeber schicken ihre Angestellte in die Kurse, um damit Gesundheitsprävention auf Augenhöhe in den Teams zu erreichen. Offensichtlich machen sich die Kurse als betriebliches Gesundheitsmanagement bezahlt.

Ein weiteres Betätigungsfeld sind Gespräche mit Politikern und Entscheidungsträgern. So hatten wir fast alle Frankfurter Bundestagsabgeordneten zum Gespräch eingeladen. Sechs von den sieben haben sich mindestens 1 Stunde Zeit zum Gespräch genommen.

Alle waren sehr dankbar für die Informationen aus der Praxis der Palliativmedizin und Psychiatrie zum Thema Suizidprävention und assistierten Suizid. Ein entsprechendes Gesetz wird seit 2021 im Deutschen Bundestag und schon länger in der Ärzteschaft und in der Gesellschaft diskutiert. Darauf komme ich später noch einmal zurück.

In meinem Vortrag beschreibe ich nun die Situationen, die ich v.a. in der psychiatrischen Klinik (2002-2018) und z.T. in der psychiatrischen Institutsambulanz (2019-2022) erlebt habe. Letzteres ist eine Einrichtung für psychisch kranke Menschen, die für den „normalen“ niedergelassenen Psychiater zu krank sind. Sie sind angewiesen auf multiprofessionelle Betreuung mit zusätzlicher psychosozialer Beratung, Gruppenangeboten, oder sie benötigen Hausbesuche, meist weil sie im Altersheim leben.

Soweit zur Vorgeschichte und aktuellen beruflichen Situation.

Als ich vom Vorbereitungs-Team das Tagungs-Thema erfahren habe: „Herausforderung für die Medizin – Können wir die Erwartungen unserer Patienten mit dem, was wir anbieten können, in Einklang bringen?“ regte sich bei mir ein großes „Nein“. Mir sind vor allem die Situationen eingefallen, in denen wir nicht die Erwartungen der Patienten erfüllen konnten oder wollten. Darüber möchte ich heute berichten und auf diese Art und Weise einen Einblick in die Hausforderungen der Psychiatrie und Psychotherapie geben.

Ich spreche im Folgenden von einer Minderheit von schwierigen und problematischen Situationen.

Daher möchte ich hier nochmal klar betonen, dass beim Großteil der Behandlungen die vielen Erwartungen der Patienten, zum Teil auch der Angehörigen mit den Behandlungsmöglichkeiten der Klinik bzw. des real existierenden Gesundheitssystem erfüllt werden können. Leider wird dies bei der zunehmenden Zahl von Patienten schwieriger. Doch im Großen und Ganzen hatte ich den Eindruck, dass dies möglich ist.

Bei den beiden häufigsten Erkrankungen nach Behandlungstagen und Aufnahmen, d.i. Depressionen oder Alkoholabhängigkeit waren die Veränderungen sehr deutlich: die Befunde: (Laborwerte, Werte der Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen) die äußerliche Verwandlung mit veränderter Körpersprache, Aktivitäten, Kleidung, gepflegtes Äußeres ua, sowie die inneren Veränderungen: verbesserter Stimmung und Antrieb, neuer Hoffnung und Zukunftsplanung, ...

Gerade bei depressiven Patienten wurden die Erwartungen der Patienten übertroffen: Sie waren – aufgrund der Erkrankung – hoffnungslos. Durch die Behandlung fanden Sie einen zufriedenstellenden Zustand, nach der anschließenden ambulanten Behandlung sind sie meist nicht nur wieder „arbeitsfähig“, sondern erreichen ein „Recovery“ oder „Gesundung“. Das bedeutet, die Menschen leben subjektiv zufrieden und gesund in Ihren Alltagsbezügen: d.h. soziales Umfeld, Arbeitsplatz, Partnerschaft, ...

Leider ist bei vielen Menschen ihr soziales Umfeld nicht so positiv und tragfähig, wie es sich die Patienten und Therapeuten wünschen. Auch wirkt die „Behandlung“ nicht so schnell, wie Patienten und Angehörigen es erwarten. Es wird mehr Zeit und Geduld gebraucht.

Ich wünsche mir und Euch, dass Ihr dieses positive Bild der Psychiatrie mit hoffnungsvollen Möglichkeiten im Kopf behaltet und es an Patienten weitergeben könnt.

Behaltet es bitte auch im Kopf, wenn ich nun über drei nicht so häufige, aber herausfordernde Konstellationen, in denen wir die Erwartungen unserer Pat. nicht erfüllen konnten.

1. „Ich bin ein Freier Mensch“ - „Ich möchte diese Medikamente nicht“

Behandlung gegen den Willen: Einweisung gegen den Willen, Zwangsmedikation, geschlossenen Unterbringung

Noch mal der Blick auf die Mehrheit der „Behandlungen“:

- ca 90% der Patienten begeben sich freiwillig in stationäre Behandlung oder es kann erreicht werden, dass sie sich mit Einschränkungen auf die Behandlung einlassen.

Hier geschieht Leitlinien-gerechte Behandlung im Einverständnis mit dem Patienten. Das ist die „Hauptarbeit“. Je nach Persönlichkeit, Kompetenz, Erfahrung, Einfühlungsvermögen und eigener religiöser Haltung wird der Patient ganzheitlich gesehen:

- als Psychotherapeuten (Psychiater und Psychologen), Spezial-Therapeuten (Ergo-, Sport-, Tanz-, Tiertherapie) kümmern wir uns um psychische und psychiatrische Erkrankungen und Probleme.
- gemeinsam mit Sozialarbeitern versuchen wir Probleme mit Versicherungsschutz, Sozialleistungen, mit dem Arbeitgeber, u.a. zu lösen.
- Im besten Fall besteht eine gute Kommunikation mit dem Pflegepersonal, die für die Behandlung hilfreich war.
- Die Angehörigen werden nicht nur unter Beachtung der Schweigepflicht über Veränderungen informiert, sondern im Interesse und Wunsch des Patienten aktiv in die Behandlung eingebunden.
- Gelegentlich äußert der Patient in dem dichten und vertrauensvollen Umfeld nicht nur seine spirituellen Fragen, sondern erfährt mehr als ein offenes Ohr und wertschätzendes gemeinsames Suchen.

Soweit mein - möglicherweise verklärter - Rückblick auf manche Sternstunden-Erinnerungen von der Akut-Station.

In den vergangenen Jahre nahm der Mangel von Zeit, Pflegekräften, ausreichend gut deutschsprechenden Ärzten sowie der zunehmende Druck von Patienten, die dringend aufgenommen werden sollen sowie wirtschaftliche Erwägungen zu.

Die Herausforderung liegen bei den 5-10%, die sich nicht ins „Schema“ einfügen wollen/können – aufgrund von Krankheit / Persönlichkeit / Vergangenheit / ...

Als Beispiele sind zu nennen:

- ✓ Ein junger Mann mit einer rezidivierenden drogeninduzierten Psychose. Er hört die Stimmen von Tausenden leidenden Kinder und meint, er wurde von einer kosmischen Weltregierung auserwählt diese zu retten. Durch seinen Wahn ist er gegenüber der Mutter unkooperativ, später auch aggressiv zunächst gegen Dinge später auch gegen sein Umfeld. Er wird von der Polizei in die Klinik gebracht.
- ✓ Die Psychose-Patientin hat ihre Medikamente abgesetzt, daraufhin entwickelt sie wieder Wahninhalte: Im elektrischen Sicherungskasten seien Überwachungsgeräte. Daher versucht sie mit Schraubenzieher und bloßen Fingern in der elektrischen Installation der Starkstromleitungen Abhörgeräte zu entdecken und zu entfernen. Der Ehemann bringt seine Frau mit Hilfe eines Vorwands in die Klinik. Aufgrund der erheblichen Selbstgefährdung wird ein „Antrag zur Unterbringung in der Klinik auch gegen den Willen“ gestellt und im Verlauf auch genehmigt.
Die Patientin vermutet daraufhin, dass der Ehemann eine Geliebte hat und sie deshalb in die Psychiatrie unterbringt.
- ✓ Die demente Frau, die sich im Altersheim nicht zu Hause fühlt und stattdessen wiederholt „nach Hause“ läuft, um dort ihre längst verstorbenen Eltern zu versorgen. Nachdem der amtsgerichtliche eingesetzte Betreuer einverstanden ist, ruft die Einrichtung einen Krankenwagen, der sie zu uns bringt.
- ✓ Der alkoholkrankte Mann, der im alkoholisierten Zustand seine Partnerin schlug, wird von Polizei zu uns gebracht. Nachdem er sich zunächst gereizt, unkooperativ und mit wechselhafter Stimmung zeigt, legt er sich ins Bett und „schläft seinen Rausch aus“.

Es ist eine mentale Herausforderung, dem ablehnenden Patienten immer wieder freundlich zu erklären, dass es nötig ist, dass er in der Klinik bleibt, auch gegen seinen Willen. Es kostet Zeit, mit den Gerichten und den juristischen Betreuern die Voraussetzungen zu schaffen, dass er in der Klinik gegen seinen Willen untergebracht werden darf. Zum Teil sind auch erhöhte Anforderungen an die Dokumentation nötig.

In den halb-offenen Stationen hatte das Team einen Mehraufwand durch nichtabsprachefähige Patienten, z.B. die vier obengenannten. Die Aus- und Eingangstüre, die sonst offen ist, muss aufgrund der Weglaufgefahr geschlossen bleiben, d.h. es muss bei jedem Besucher darauf geachtet werden, dass niemand entweicht.

Wie könnte es mit den Beispiel-Patienten weitergehen?

- ✓ Bei dem jungen Mann mit der durch Drogen hervorgerufenen Psychose kommt es zu vielen weiteren Aufenthalten. Es braucht immer längere Zeit, bis seine Wahn-Gedanken unter entsprechender Meditation zurückgehen. Es gelingt nicht, ihn für ein suchtmittelfreies Leben zu motivieren beziehungsweise zu befähigen. Eine Unterbringung in einer geschützten Einrichtung erscheint der einzige Ausweg, um seinen ständigen Rückfall und die resultierenden Konflikte mit der Mutter zu beenden. Leider wurden entsprechende Plätze in Langzeiteinrichtungen reduziert und die juristischen Voraussetzungen verschärft. D.h. seine Aggressivität gegenüber Sachen und Personen reicht bisher nicht aus, um eine entsprechend längerfristige Unterbringung, die nicht zur Behandlung, sondern zur Verwahrung geplant ist, zu erreichen.
- ✓ Die Frau mit der Psychose findet es sehr schwierig, sich auf die Einhaltung der Medikamente einzulassen, sowohl bei diesem als auch bei den folgenden Aufenthalten. Durch verschiedene

Initiativen ihres Mannes, des Pflegepersonals und der Therapeuten kann ein Belohnungssystem (Zugeständnisse an den Tagen, an denen sie ihre Medikamente einnimmt), damit die Wahnvorstellungen verschwinden.

Leider nahm sie nach einigen Monaten ihre Medikamente nicht mehr ein, und es kam zu weiteren stationären Aufenthalten. Auch die Depotmedikation setzte sie nach einer Weile ab. Wir waren nicht (mehr) befugt, ein Depotmedikament gegen den Willen der Patientin zu verabreichen. Die rechtlichen Hürden sind viel höher geworden.

- ✓ Bei der demente Frau, die wiederholt weggelaufen ist, wird ein Medikament gegen Demenz eingesetzt, das ihre innere Unruhe etwas reduziert. Sie wird nach einigen Tagen mit der Empfehlung eines klar strukturierten Tagesablaufs mit Spaziergängen, viel Tageslicht und ggf. Beschäftigungstherapie entlassen.
- ✓ Der Mann, der seine Frau in betrunkenem Zustand geschlagen hat, kann sich am nächsten Morgen nicht mehr an den Vorfall erinnern. Er hat keine Erinnerung an den vorherigen Abend. Er erinnert sich daran, zwei Flaschen Bier getrunken zu haben. Offensichtlich liegt eine pathologische Intoxikation vor, d. h. nach mäßigem Alkoholkonsum verändert sich die Persönlichkeit des Betroffenen massiv und er hat Gedächtnislücken.

Da er seinen Arbeitsplatz nicht verlieren will, besteht er auf einer sofortigen Entlassung. Es gibt keine Gründe, ihn hier zu behalten. Eine Suchtberatungsstelle wird ihm dringend empfohlen.

Die Ehefrau, die nicht unser Patient war, wird hierüber und über die Entlassung telefonisch informiert. (Dies ist schon grenzwertig in Bezug auf die Schweigepflicht). Sie wird auch darüber informiert, dass sie sich zu ihrem Schutz beraten lassen sollte. Sie kann auch eine Anzeige wegen häuslicher Gewalt erstatten.

Wie gelingt es, diese ständige Ablehnung zu ertragen?

1. Mir half es, dass ich die Hoffnung, nicht aufgab, dass der Patient irgendwann in die Behandlung einwilligt.
2. Ich hatte die Hoffnung dass durch die Wirkung der antipsychotischen Medikamente, zugewandte Pflege und vertrauensbildende Maßnahmen ein Beziehungsaufbau möglich werden. So konnte manche Verständigung oder Kompromisse erreicht werden.
3. Natürlich hilft es, auf Wünsche des Patienten einzugehen. (Telefonate, Besuche von Vertrauenspersonen, Ausgang in Begleitung, Ergo-, Sport- oder Tiertherapie, oder andere Erfahrungen, die für Patienten angenehm waren.
4. Es lohnt sich, sich auf die Suche nach „netten Anteilen“ der erkrankten Person zu machen: Obwohl viele Anteile der Persönlichkeit deutlich verändert sind, kann man sympathische Seiten, menschliche Regungen auch bei schwer psychotisch erkrankten Menschen entdecken.

Das war die ersten Gruppen von Patienten, deren Erwartungen ich nicht erfüllen konnte.

Nun die zweite Gruppe:

2. „Ich möchte dieses schreckliche Ereignis vergessen können“. „Ich möchte dieses nicht mehr in meinem Kopf haben.“

Es ist nicht möglich, die **Erwartungen des Pat zu erfüllen.**

Dabei denke ich an verschiedene Gruppen von Patienten:

- Die Psychotherapie förderte bestimmte Bewertungsmuster (z.B. erhöhte Leistungsansprüche) zu Tage. Diese stören im Alltag, weil sie Veränderungen erschweren. Für die Patienten ist es

schwer, diese langjährigen – meist seit der Kindheit – verinnerlichten Überzeugungen zu verändern.

- Trauma-Patienten wünschen sich dass alle Erinnerungen an die schreckliche Vergangenheit gelöscht werden.
- Zwangspatienten wollen ihre quälenden Symptome loswerden. Die schweren Erkrankungen habe ich nur selten gesehen. Vermutlich sind viele unentdeckt, haben keine Selbsthilfegruppe und haben weiterhin ein schlechtes Gewissen und/oder Probleme in ihrem Umfeld.

Für diese beispielhaft genannten Gruppen ist eine so schnelle und einfache Veränderung, so wie sie es sich wünschen, nicht möglich. Der Weg geht über eine langjährige Behandlung, die viel Ausdauer und Einsatz von Therapeuten und Patienten erfordert.

Für die Behandlung ist es nötig, dass eine vertrauens- und hoffnungsvolle Atmosphäre hergestellt werden kann, in der der Klient sich öffnen kann und die Erwartung hat, dass sich der Einsatz lohnen wird.

- Traumatherapie erfordert Ausdauer und umlernen. Es ist nötig dem Patienten Hoffnung zu vermitteln, dass sich die Behandlung lohnt.

- Für Menschen, die über Jahrzehnte schwierige Gewohnheiten und Denkmuster in ihrem Alltag gelebt haben, ist es sehr schwer, diese zu verändern. Dies ist teilweise so schwer, dass sie die Psychotherapie abbrechen, weil es ihnen zu mühsam oder sogar aussichtslos erscheint.

Einige würden viel lieber eine Pille schlucken, damit sich ihr Verhalten auf einfache Weise ändert. Viele von uns werden selbst wissen, wie schwierig es ist, sich bei Gewohnheiten oder Denkmustern umzugewöhnen. Wie viel schwieriger ist es für Menschen, die unter diesen Denkmustern manifest erkrankt sind.

Es lohnt sich, über die Erwartungen des Patienten ins Gespräch zu kommen, zu erklären, was möglich ist und was nicht. Und damit erreichbare Therapieziele festzulegen.

3. Meine (professionellen, moralischen, persönlichen, ...) Hindernisse, den Wunsch des Pat. zu erfüllen: „ich brauche Hilfe in meinem Leben“ - „ich brauche Hilfe zum Sterben“

Dazu gab es in meinem Berufsalltag einige Beispiele:

- Die alleinstehende ältere Dame, hatte sich versucht das Leben zu nehmen. Nachbarn bemerkten, dass die Rollläden nicht hochgezogen wurden und riefen den Rettungsdienst. Dieser ließ wegen Gefahr im Verzug die Tür öffnen. Man entdeckt sie somnolent mit leeren Tabletten-Packungen und Abschiedsbrief. Nach Untersuchung und körperlichen Stabilisierung auf Intensivstation kam sie zu uns: der von ihr genannte Grund für ihre Verzweiflungstat war die defekte Heizung - sie hat kein Geld, um eine neue zu kaufen: Wie können wir ihr helfen? Soll sie ihr Haus verkaufen und stattdessen zur Miete wohnen oder gleich ins Altersheim ziehen? Sie wird es nicht wollen und der Verkaufserlös wird nicht lange reichen. Da es keine Kinder, potenzielle Erben oder Vertrauenspersonen gab, war die sozial-medizinische Beratung für die alte Frau schwierig: Sie wirkte eigenbrödlisch, schämte sich für Ihre Tat und war mit dem Alltag auf einer akut-psychiatrischen Station überfordert. Und wir konnten sie nicht lange auf Krankenkassenkosten weiter in der Klinik behalten, wenn wir keine klare Diagnose stellen können: (Alters-)Armut ist keine ICD-10-Diagnose. Leider kann ich nicht sicher angeben, wie es mit ihr weiterging. Vermutlich hat sie einen gerichtlichen Betreuer erhalten (Dieser kann sich einen Überblick über Finanzen, die

verschiedenen Möglichkeiten und Einschränkungen verschaffen und dann weitere Entscheidungen – möglichst im Sinne der Patientin – treffen). Wahrscheinlich wurde sie damit in die Kurzzeitpflege (Altersheimplatz, der auf 6 Wochen befristet ist) verlegt. In dieser Zeit wird geprüft, ob ein Dauerplatz nötig ist oder ein anderer Wohn- und Versorgungsplatz möglich ist.

- Ein Mann hatte es geschafft einen dringenden Notfall-Termin in der psychiatrischen Ambulanz zu erhalten –die Mitarbeiterin prüfen die Dringlichkeit und medizinische Indikation genau - Grund für seine Notfallvorstellung: Dass er nicht wusste, für welche Frau er sich entscheiden soll: „Bleibe ich bei meiner Frau oder ziehe ich zu meiner Freundin?“. Ihm habe ich klar, aber bestimmt gesagt, dass dies keine psychiatrische Erkrankung ist und er bei mir falsch ist. Auch als Psychotherapeut wollte und konnte ich ihm die Entscheidung nicht abnehmen. (Es wäre fachlich falsch, ihm die Entscheidung abzunehmen, da er so die Verantwortung nicht selbst übernimmt, sondern extern abgenommen bekäme). Er musste selbst Kriterien finden, nach denen er die Entscheidung treffen konnte. Als er damit sichtlich überfordert war, haben wir gemeinsam kurz Kriterien gesammelt, nach denen er entscheiden könnte. Er ist nicht wiedergekommen.
- Die verheirate Frau, die von mir erwartet, dass ich ihren Partner zurückbringe, der sie verlassen hat. Auch das wollte und konnte ich nicht.
Sofern Bereitschaft dafür bestand, versuchte ich bei solchen Erwartungen, den eigenen Anteil am Scheitern der Beziehung zugänglich zu machen: der abwesende Partner ist nicht zu 100 % am Scheitern der Beziehung schuld. Dem Partner, der bei mir saß, sagte ich, dass er/sie mindestens 1 % der Verantwortung trägt. Darüber konnte man ins Gespräch kommen. Mein Eindruck ist, dass sich nur wenige in diese Situation auf eine Reflektion einlassen konnten oder wollten – vielleicht brauchten sie einfach mehr Zeit, um ihre Erwartungen zu verändern: Sie wollte noch ihren Partner zurück

Eine grundlegende und zugleich herausfordernde Erwartung von Patienten ist der Wunsch nach assistierten Suizid oder Tötung auf Verlangen.

Tötung auf Verlangen bedeutet: der Arzt (oder sonstiger Mensch) verabreicht eine tödliche Dosis einer Substanz (als Gas oder intravenös). Dies ist in Deutschland wie in den meisten Staaten nicht erlaubt. Ausnahme ist die Niederlande, jedoch dort nur bei bestimmten Voraussetzungen.

Das große Thema bei Medizinethikern, Ärzten, Theologen und benachbarten Disziplinen ist der Assistierte Suizid. (Der Vorgang wird auch Hilfe zu Selbsttötung oder Suizidbeihilfe genannt). Der Arzt stellt das Präparat dem Suizidenten zur Verfügung, der es sich selbst zuführen muss.

Hier konnte ich bis 2020 sagen, dass ich mich damit als Arzt in Schwierigkeiten bringen könnte und es klar ablehnen.

Seit Februar 2020 ist es durch Urteilsspruch des Bundesverfassungsgerichtes anders: Ich könnte jemanden Suizidmittel zu Verfügung stellen. Dies ist derzeit in Deutschland unabhängig von Vorerkrankungen, Attesten o.ä. möglich. Auch das Alter spielt eine geringe Rolle, je nach Einzelfall können auch Minderjährige Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen. Das Einzige, was ein Arzt überprüfen muss, ist die Freiverantwortlichkeit, was bedeutet, dass keine Beeinflussung von außen (z.B. Armut, Angehörige) oder von Innen (z.B. durch schwere psychische Erkrankung) erkennbar ist.

Wie ist die juristisch-politische Lage zur Suizidassistenz in Deutschland?

Im Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht den bis dahin geltenden §217 (Verbot einer gewerbsmäßiger Suizidbeihilfe) ersatzlos gestrichen. Damit ist es seitdem (wieder) möglich, dass Sterbehilfe-Organisationen ihre Dienste in Deutschland anbieten und Menschen und suizidwilligen, entsprechende Mittel oder Methoden zur Verfügung stellen, die sie dann jedoch selbstständig anwenden müssen.

Suizidbeihilfe darf seitdem jede/r anbieten: „Profis“, Vereine, Einzelpersonen, Angehörigen. Es gibt derzeit (Stand Juni 2023) keinerlei Dokumentation, Meldepflicht oder Mindestvoraussetzungen für den Anbieter. Der Markt ist derzeit völlig ungeregt: Deutschland hat die liberalste Regelung für die Suizidassistenz. Letztes Jahr sprach ich bei der Médecine de la Personne, Tagung mit einer Psychiaterin aus den Niederlanden. Sie war völlig entsetzt, dass es in Deutschland so eine lockere Regelung gibt.

Selbst Befürwortern einer liberalen Regelung zur Suizidassistenz war der völlig ungeregelte „Markt der Anbieter“ für Hilfen zur Selbsttötung nicht geheuer. Daher wurden im Bundestag und Gesellschaft seit ca. 2 Jahren drei fraktionsübergreifende Gesetzentwürfe beraten. Im Juni wurden die beiden freizügigen Regelungen zu einem Vorschlag fusioniert.

Bei dieser sehr grundsätzlichen Gewissensentscheidung ist es üblich, dass im Bundestag der Fraktionszwang aufgehoben wird, d.h. die einzelnen Volksvertreter sind nicht an die Vorgaben ihrer Parteien beziehungsweise Fraktionen gebunden. Dies geschah zuletzt meist bei medizinethischen Themen (in den letzten 3 Jahren einmal: 2021 zur Impfpflicht).

Die Abstimmung soll am 7.7.2023 erfolgen.

Der Berufsverband der Psychiater (dgppn.de) stellte fest, dass der assistierte Suizid keine Aufgabe des Arztes ist, es könne im Einzelfall jedoch auch von diesem durchgeführt werden. Sie fordern zwei Untersuchungstermine durch einen Psychiater (zum Ausschluss einer schweren psychiatrischen Erkrankung, die die freie Willensbildung einschränkt) und ein Beratungstermin bei einer für die Problematik des Patienten zu treffenden Beratungsstelle. Die korrekten Voraussetzungen sollen von einem Amtsgericht überprüft werden. Nur dann darf straffrei ein entsprechendes Gift oder Methode zur Verfügung gestellt werden.

Derzeit ist die Unsicherheit bei Ärzten, Pflegekräften und Einrichtungen groß:

- Darf ich Suizidassistenz anbieten? - Ja, sofern der Mensch einen freiverantwortenden Willen hat. Dies ist schwer festzustellen. Nach der Verabschiedung eines Gesetzes wird es kleinere oder größere Einschränkungen geben.
- Muss ich auf Wunsch von Arbeitgeber oder Bewohner Suizidassistenz leisten? - Nein! Niemand kann zum Angebot oder Durchführung von Suizidassistenz gezwungen werden.
- Können Altersheime das Angebot für Suizidassistenz verbieten? Vermutlich nur teilweise:
 - * über das Arbeitsrecht: keine Suizidassistenz in der Arbeitszeit;
 - * Hausrecht: keine Werbung in der Einrichtung, kein Zugang für Sterbehilfeorganisationen – ist es sinnvoll dies in die Heimlichkeit zu drängen?
- Was ist ein sinnvolle Haltung: Offenes Ansprechen von Suizidimpulsen, Lebensüberdruß und Lebenssattheit / Wertschätzung für ehrlich geäußerte lebensverneinende Gedanken / Versuch der Entlastung durch Gespräch und sofern möglich der zugrundeliegende Probleme:

Depression, Schmerzen, Schlafstörung, Einsamkeit, Streit, finanzielle Sorgen, Angst vor Krankheit, Sterben oder Autonomieverlust und anderes...

Hier könnte man noch viel nachdenken über den assistierten Suizid, eigene Haltung zwischen Polarisierung („christliche Lebensschützer“ und „barmherzige Freitodbegleitung“), uva.

Bei den Gefahren einer freizügigen Regelung zum assistierten Suizid ist das „toxische Mitleid“ zu nennen: Das Umfeld eines Leidenden (Angehörigen oder Pflegepersonal) kann das Leiden selbst nicht mehr aushalten und bieten deshalb sehr großzügig Beihilfe zur Selbsttötung an.

Diese Themen könnt Ihr gerne in den Gruppen diskutieren.

Abschließend ein letzter Aspekt zu den Erwartungen den Patienten:

Einige der schwerkranken psychiatrischen Patienten haben keine Erwartungen oder/und sind sich über die Erkrankung nicht bewusst: sie gehen nicht zum Arzt oder in eine Beratungsstelle.

Was müssten wir (als Gesellschaft, im Gesundheitswesen, Multiplikatoren in Vereinen/Kirche/Nachbarschaft/Familie, ...) anbieten, damit mehr Menschen (früher) in Behandlung (und Heilung) erhalten?

Auch wenn MHFA-Kurse (Mental Health – First Aid / Erste Hilfe für die Seele) sehr sinnvoll finde, reicht es M.E. nicht, diese bekannte zu machen und mehr Ersthelfer zu haben.

Was können wir noch tun?

Es gibt eine ganze Reihe von Akteuren in Deutschland, die keine Erwartung im Bereich Suizidprävention haben:

- Die Krankenkassen müssen für jeden Versicherten jährliche einen bestimmten Betrag in einen Präventionsfond zahlen. Hier liegen Millionen Euro und werden kaum abgerufen. Suizidprävention gehört leider nicht zu den Förderrichtlinien. Offensichtlich erwartet man hier wenig oder nichts.
- Das Gesundheitssystem belohnt zwar Präventionsleistungen, v.a. Kurse zur Nikotin-Entwöhnung, Rückenschule und Entspannung. Es gibt nur kleine finanziellen Anreize für Versicherte für vollständige Impfungen, Teilnahme an Krebsvorsorge, Mitgliedschaft im Sportverein, z.T. besserer BMI, Nikotinkarenz. Doch erscheint mir dies so gering und umständlich, dass m.E. kaum jemand deshalb sein Verhalten umstellt. Erst recht sind mir keine Anreize für Gesundheitsberufe bekannt, die nachhaltiges Präventionshandeln oder -ergebnisse verbessern.
- Der Staat hat kaum Aktivitäten zum Thema Suizidprävention. Im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung ist „Suizidprävention“ erstmals erwähnt.
- In Frankfurt am Main – dem „Mekka der Suizidprävention in Deutschland“ steht das Thema auch im Koalitionsvertrag des Stadtrates. Daher gibt es 1,5 Stellen für diesen Bereich. Das ist wohl mehr als andere Städte haben, aber reicht das, um die Erwartungen zu erfüllen?

Was erwarten wir von denen, die assistierten und „einsamen“ Suizid bei psychischen Erkrankungen verhindern? Einige haben den Eindruck, dass die Tendenz dazu geht, Leidende zu beseitigen, anstatt das Leid zu anzugehen.

Eine repräsentative Umfrage von INFAS zeigte eine nur geringe Zustimmung für Beihilfe zur Selbsttötung bei gesunden Menschen.

Für tödlich erkrankte Menschen wird ein assistierte Suizid (mit 80,5 %) deutlich häufiger befürwortet als für "nur" schwer, aber nicht tödlich erkrankte (mit 37,6 %). Für Menschen in Lebenskrisen (ohne Erkrankung) fällt die Befürwortung deutlich geringer aus, und steigt mit dem Alter der Person an: von 2,7 % bei Jüngeren über 4,1 % bei Menschen im mittleren... Lebensalter bis zu 10,3 % bei Älteren.

Viele Kirchen und christliche Gruppen sorgen sich, dass Suizidassistenz zunehmend normaler in unserer Gesellschaft wird.

Was hätte Paul Tournier zu den aktuellen Herausforderungen in Psychiatrie und Gesellschaft gesagt? Damals hatte er die psychosomatische Denkweise um die spirituelle Dimension ergänzt. Dies betraf v.a. den einzelnen Patienten, vielleicht noch sein direktes Umfeld.

Mein Gedanke – oder Erwartung – ist, dass er heute erneut seinen Blick erweitern würde über den einzelnen Patienten und sein Umfeld hinaus auf die, die nicht in dem direkten Umfeld unserer Patienten sind. Wir alle – egal ob im Gesundheitswesen, Kirche oder Einzel-Menschen – sind herausgefordert auf die zu sehen, die uns nicht zugewandt sind. Wir sind herausgefordert auch auf die zu sehen, die sich abgewandt haben, auf die, die keine Erwartungen mehr haben.

Vielleicht geht es manchen im weiteren Umfeld wie dem Gelähmten am Teich Bethesda (Johannes-Evangelium, Kap 5): 38 Jahre war er chronisch krank. Dies hat seine körperlichen, sozialen, kulturellen und vermutlich spirituellen Aktivitäten deutlich eingeschränkt. Aus verschiedenen Gründen war sein soziales Netz vermutlich auf die Leidensgenossen reduziert. Er hatte keine Hoffnungen mehr – oder es mit dem Thema der Tagung auszudrücken: er hatte keine Erwartungen mehr.

Wie viele Menschen in unseren wohlhabenden Ländern gibt es, die keine Erwartungen mehr haben? Braucht es hier auch Menschen, die dem Vorbild Jesu folgen: Er ging zu ihm, der keinen Lobby-Verband, keine Selbsthilfegruppe oder keine rechtlich Bevollmächtigten hatte und brachte ihm mehr als er selbst erwartete.

Mein Wunsch/Meine Hoffnung ist es, dass wir

- * alle Beziehung leben, Maßnahmen gegen Einsamkeit ergreifen,
- * als Gesellschaft gute Initiativen fördern: Telefonseelsorge, Beratungsstellen, Vorgaben für Ausbildung, Forschung,
- * als Mediziner/innen, Gesundheitsberufe (PP, Spezial-Therapeuten),
- * als Kirchen und Christen: Kultur der Wertschätzung, Nächstliebe, z.B. „Extra-Meile“, die auch auf mühsamen Wegen Begleitung anbietet.

Mich würde natürlich die Erfahrungen aus Euren Ländern interessieren: Sprecht mich gerne später dazu an.

Wie geht ihr mit denen um, die gar keine Erwartungen mehr haben? Kommen Sie in Eurem System (Gesellschaft, Gesundheitssystem, Kirchen, Vereinen, Nachbarschaft) und Eurem Denken vor?