

## Suizid und Suizidalität aus ärztlicher Perspektive

Suizid und Suizidalität ist ein menschliches Thema, welches sowohl eine persönliche als auch eine gesamtgesellschaftliche Dimension besitzt. Es ist oftmals Ausdruck von Hilflosigkeit, einer großen Not, Krankheit und Leidensdruck der Betroffenen selbst. Und sie hinterlassen in ihrer Umgebung, d.h. im privaten und beruflichen Bereich, aber auch in ihrer Gemeinde eine große Ratlosigkeit, da dieses Thema immer noch mit einer starken Tabuisierung belegt ist. Der Tod des Fußballtorwarts von Hannover 96, Robert Enke am 10. November 2009, hat maßgeblich zu einer gesellschaftlichen Diskussion um Suizid und Depression geführt. Die von der Witwe des Fußballers gegründete Robert-Enke-Stiftung hat sich zum Ziel gesetzt, die Enttabuisierung dieses Themas voranzutreiben.<sup>1</sup> Auch der Suizid des Schriftstellers Wolfgang Herrndorf, der sich mit 48 Jahren nach langem Leiden an einem unheilbaren Hirntumor im August 2013 das Leben nahm, fand eine breite öffentliche Wahrnehmung. Herrndorf hatte seit 2010 in seinem Internetblog „Arbeit und Struktur“ seinen Überlebenskampf geprägt von Angst, Wut und Verzweiflung niedergeschrieben und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Er kündigte schon sehr früh seinen Suizid an. Nach der Diagnosestellung im März 2010 schrieb er zu Beginn in seinem Blog: „Gib mir ein Jahr, Herrgott, an den ich nicht glaube, und ich werde mit allem fertig.“ Der Blog wurde posthum als Buch veröffentlicht.<sup>2</sup> Nach vier Hirnoperationen blieben ihm noch 3,5 Jahre Zeit ein weiteres Buch zu beenden.

Selten findet das Thema Suizidalität einen öffentlichen Niederschlag. Am 8. März 2014 wurde bekannt, dass Dominik Taboga, ein österreichischer ehemaliger Profifußballspieler, der wegen eines Wettskandals verhaftet wurde, an Suizid gedacht hat. „Ich habe einen Abschiedsbrief verfasst, meiner Frau übergeben und mich von ihr und den Kindern verabschiedet. Ich habe schon abgeschlossen gehabt“, sagte Dominik Taboga. Seine Frau habe ihn „da rausgeholt und aufgefordert, reinen Tisch zu machen.“<sup>3</sup>

Psychische und körperliche Erkrankungen wie auch eine starke Änderung von Lebensumständen, Kränkungen und der Verlust von wichtigen Beziehungen im Leben können bei einem Menschen eine Krise auslösen, die mit hohem Leidensdruck einhergeht, sodass der übermächtige Wunsch entsteht, eine schnelle Änderung dieser Situation herbeiführen zu wollen. Die Folge können Suizidalität und Suizid sein.

<sup>1</sup> <http://www.robert-enke-stiftung.de/robert-enke.html>.

<sup>2</sup> HERRNDORF, WOLFGANG: Arbeit und Struktur. Rowohlt-Verlag, Berlin 2013, 448 S.

<sup>3</sup> Dpa-Meldung, DOMINIK TABOGA, 07.03.2014.

Geschieht ein Suizid im Gemeindekontext, wirft dies bei den Hinterbliebenen und der Gemeinde viele Fragen auf: „Warum hat sich die/der Betroffene nicht an uns, den Pastor oder einen Seelsorger gewandt?“ In Gemeinden gibt es eine Haltung der Hilfsbereitschaft. Gerade diese Hilfsbereitschaft wird von demjenigen, der einen Suizidversuch oder einen Suizid begeht, vermeintlich zurückgewiesen. Die Gemeinde bleibt mit ihren Fragen zurück, die nicht mehr beantwortet werden können, wenn der Suizid erfolgreich war. Es keimen Fragen auf. Die Frage nach einem tragfähigen Glauben in einer Krisensituation und warum dieser Mensch sich nicht mehr an Gott gewandt hat. Das Gottesbild des guten und schützenden Vaters, wie es beispielsweise in Psalm 23 zum Ausdruck gebracht wird, der Vater, der auch an unserer Seite ist, wenn es einmal ins tiefe Tal geht, scheint in Frage gestellt.

## I Suizid und Suizidalität – eine Begriffsbestimmung

Über Selbsttötung oder lebensmüde Gedanken zu sprechen, ist nicht leicht. In unserer Gesellschaft gibt es nur noch wenige andere Themen, die in ähnlicher Weise mit Sprachlosigkeit und Tabuisierung belegt sind. Schon das Thema Tod und Sterben wird gemeinschaftlich verdrängt. Die Kirche hat maßgeblich zur Tabuisierung beigetragen. In den Konzilen von Arles 452 und Orléans 553 wurde Suizid scharf verurteilt und in der Folge wurde Suizidenten das kirchliche Begräbnis verweigert, und sie wurden exkommuniziert. Noch bis vor wenigen Jahrzehnten galt diese Praxis in manchen ländlichen Gebieten. Erst 1983 wurde der Kanon gestrichen, wonach Suizid als verwerflich scharf verurteilt wurde. Durch die Selbsttötung von Hannelore Kohl 1992 wurde dieser geänderte Passus bekannt. Heute gilt in der katholischen Kirche eine andere Haltung. Es wird der Hoffnung Ausdruck gegeben, dass den Menschen, die sich das Leben nehmen, das ewige Heil zuteil wird und dass die Kirche für sie betet.<sup>4</sup> Der Begriff „Selbstmord“ zieht eine Verbindung zu etwas Verwerflichem, einer Handlung aus niederen Beweggründen und sollte meines Erachtens deshalb vermieden werden. Auch der Begriff „Freitod“ ist meiner Meinung nach irreführend, da es fraglich ist, ob eine Selbsttötung tatsächlich ein Akt der Freiheit ist, oder ob jemand eher im Tiefsten erschüttert ist, sich existenziell bedroht fühlt und daraus eine Kurzschlusshandlung resultiert. Statistisch gesehen sind neun von zehn Überlebenden froh, einen Suizidversuch überlebt zu haben und finden wieder zurück ins Leben. Neutralere Begrifflichkeiten sind die „Selbsttötung“ und der „Suizid“ aus dem Lateinischen abgeleitet: *sui caedere* (sich töten). Diese Begriffe haben keinen wertenden oder moralischen Charakter, sondern beschreiben lediglich

<sup>4</sup> JAKOBI, BERNHARD: Keine Seele geht verloren. Hilfe und Hoffnung bei plötzlichen Todesfällen und Suizid, Hamburg 2011, 125-126.

alle Gedanken und Handlungen, die darauf abzielen, das eigene Leben selbst zu beenden. Dazu gehören auch der Wunsch nach Ruhe, Pause, Veränderung, Unterbrechung im Leben und die daraus folgenden selbstschädigenden und prinzipiell lebensgefährlichen Handlungen der Suizidalität.<sup>5</sup> Möller zeigt, dass in Gesellschaften, in denen der Wert menschlichen Lebens allgemein infrage gestellt wird oder der Suizid als Ausdruck menschlicher Freiheit zur Lösung bestimmter Problemsituationen akzeptiert wird, die Bereitschaft derer wächst, die sich in angefochtenen Situationen befinden, ihrem Leben ein Ende zu setzen, anstatt nach anderen Lösungsmöglichkeiten zu suchen.<sup>6</sup> Der jüdische Schriftsteller und Philosoph Jean Améry, der 1976 das Buch veröffentlichte „Hand an sich legen – Diskurs über den Freitod“, trug erstmals dazu bei, eine gesamtgesellschaftliche Diskussion über das Thema Suizid zu entfachen. Der Suizid wurde als Akt höchster Willensfreiheit des Menschen philosophisch gefeiert, und so ist auch die Veröffentlichung des Internetblogs von Herrndorf in dem Vermächtnis Amérys zu sehen und einzuordnen. Ethisch gesehen kam es zu einem Umschwung in der Werthaltung in unserer Gesellschaft. Gab es bis in die 1960er Jahre die mehrheitlich kirchlich geprägte Haltung der Unantastbarkeit des Lebens, welches einen absoluten Wert als Geschenk Gottes inne hatte, wurden nun die Rufe nach Freiheit, Autonomie und Selbstbestimmung laut. Gerade unter dem Aspekt der Suizidprävention ist dies kritisch zu hinterfragen. Wird ein Suizid öffentlich zur Schau gestellt, kann dies „ansteckend“ auf andere Menschen wirken. Berühmtestes Beispiel aus der Literaturgeschichte ist der „Werther-Effekt“. Nach dem Erscheinen von Goethes Roman „Die Leiden des jungen Werther“ kam es zu einer Epidemie gleichartig durchgeführter Suizide.

## 2 Suizid und Suizidalität im Spiegel der Statistik

Im Jahr 1980 sind in Deutschland noch 18.000 Menschen durch Suizid gestorben, diese Rate nahm bis 2008 kontinuierlich ab, sodass im Jahre 2008 nur etwa 10.000 Menschen sich das Leben genommen haben. Nach Armin Schmidtke, dem Vorsitzenden des Nationalen Suizidpräventionsprogramms, ist im Jahre 2010 erstmalig die Rate der Suizide wieder angestiegen. Knapp dreimal mehr Menschen sind 2010 durch Suizide als durch Verkehrsunfälle gestorben. Die Suizidprävention steht dazu allerdings in keinem Verhältnis, kritisierte Schmidtke.<sup>7</sup> Von den ca. 10.000 jährlich begangenen Suiziden sind  $\frac{3}{4}$  von Männern und  $\frac{1}{4}$  von Frauen ausgeübt. In der Altersgruppe der 15- bis 20jährigen Männer ist der Suizid die zweithäufigste Todesursache nach Verkehrsunfällen. Bei älteren Menschen nimmt die Zahl der Suizide in den letzten Jahren zu. Vierzig Prozent der

<sup>5</sup> MÖLLER, HANS-JÜRGEN: Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart 2005, 377.

<sup>6</sup> A. a. O. 381.

<sup>7</sup> <http://www.ärzteblatt.de/Nachrichten/51571/Zahl-der-Suizidtoten-angestiegen>, 02.03.2014.

Menschen, die durch Suizid sterben, sind älter als 60 Jahre. In den Städten gibt es mehr Suizide, als auf dem Land. Man geht von einer hohen Dunkelziffer aus, da Drogentote, Verunfallte und vermeintlich natürlich Verstorbene oftmals nicht als Suizidenten erkannt werden.

Es gibt ca. zehnmal mehr Suizidversuche als Suizide. Das heißt, in Deutschland gibt es jährlich ca. 100.000 Suizidversuche. Bei Frauen liegt die Suizidversuchsrate dreimal höher als bei Männern. In der Allgemeinbevölkerung hegen 8 % zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens Suizidgedanken. Bei jüngeren Menschen nimmt die Zahl der Suizidversuche zu. Nur 10 % der Überlebenden von Suizidversuchen sterben innerhalb der nächsten 10 Jahre an Suizid. Das heißt, etwa 90 % dieser Menschen finden einen Weg ins Leben zurück.<sup>8</sup> Menschen in einer psychosozialen Krise oder mit einer psychischen Erkrankung haben gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein 15- bis 30fach höheres Suizidrisiko. Die suizidbedingte Sterblichkeit bei Depressionen beträgt 12 % bis 18 %, bei Alkoholabhängigkeit 5 % bis 10 %, bei schizophrenen Psychosen 10 % bis 15 % und bei Persönlichkeitsstörungen 5 % bis 10 %. In Deutschland leben ca. vier Millionen Menschen mit Depressionen und 2,5 Millionen Menschen mit Alkoholerkrankung. Beide Erkrankungsgruppen haben ein hohes Risiko für Suizidalität und Suizide. Es ist davon auszugehen, dass Depression und Alkoholerkrankung die häufigsten Ursachen für Suizid und Suizidalität sind.

### 3 Entwicklung der Präventionsmaßnahmen in Deutschland

Seit den 1980er Jahren ist die Suizidrate in Deutschland kontinuierlich zurückgegangen. Dies ist auf eine verbesserte Aufklärungsarbeit und auf eine andere Haltung der katholischen Kirche seit dieser Zeit zurückzuführen. Zudem wurde in der Presse sehr viel zurückhaltender über Suizide Bericht erstattet, sodass es zu einer Verminderung von Nachahmungssuiziden kam. Der Tod von Robert Enke, der sich 2009 von einem Zug überrollen ließ, ließ die Suizidrate dieser Methode über Wochen um den Faktor 5-6 steigen: statt täglich etwa zwei Suiziden auf den Schienen in Deutschland gab es in diesen Wochen zehn bis zwölf Suizide durch den Schienentod. Dies verdeutlicht, wie wichtig eine zurückhaltende Berichterstattung ist. Sowohl von der WHO als auch von der EU wurden nationale Aktionsprogramme zur Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten gefordert. In den Jahren 2000 bis 2002 wurde das Nürnberger Bündnis gegen Depression durchgeführt. Durch ein 4-Ebenen-Programm sollten die Versorgung depressiver Patienten in Nürnberg verbessert und auf diesem Weg auch Suizide

<sup>8</sup> [www.Suizidprävention-Deutschland.de](http://www.Suizidprävention-Deutschland.de). Broschüre: Zwischen Selbsterstörung und Lebensfreude, Hinweise für die Suizidprävention bei jungen Menschen, 2009, im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e. V. (DGS, AG Suizidprävention für Kinder und Jugendliche, nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland [NASTRO]).

und Suizidversuche verhindert werden. Durch eine breite Aufklärung der Allgemeinbevölkerung und eine intensive Fortbildung hausärztlich tätiger Ärzte konnten eine signifikante Reduktion der Suizide und eine Zunahme der Verschreibung von Antidepressiva in den Folgejahren beobachtet werden. Erst seit dem Jahre 2002 gibt es ein nationales Suizidpräventionsprogramm, das vom Bundesministerium für Familie und Gesundheit gefördert wird. Es wurden Suizidpräventionsstrategien etabliert, welche Programme an Schulen und Jugendzentren, die Telefonseelsorge, Verbesserung von allgemeinen Lebensbedingungen, erschwerter Zugang zu tödlichen Mitteln, Aufklärung der Allgemeinbevölkerung und besonders auch die Fortbildung niedergelassener Allgemeinmediziner umfasst. Eine bessere Versorgung der depressiven Patienten mit Medikamenten hat zu der deutlichen Verminderung der Suizide in Deutschland geführt.<sup>9</sup>

#### 4 Begünstigende Faktoren, Risikofaktoren und Signale von Suizidalen

In der Biografie von Suizidalen finden sich häufig Gewalterfahrungen, massive Kränkungen, Verlusterlebnisse, Suizide in der Familie und ein Umfeld, was mangelhaften Selbstwert bewirkt. Nicht alle Lebensmüden können als krank gelten und psychisch und körperlich Erkrankte töten sich meist aus den gleichen Gründen wie die Gesunden: aus Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit.<sup>10</sup> 85 % bis 95 % der Menschen, die sich selbst töten, gelten als psychisch krank. Besonders Patienten mit Depressionen, Suchterkrankungen und Schizophrenien bilden eine Risikogruppe. Weitere Risikogruppen sind alte und vereinsamte Menschen, Menschen nach einer Trennung oder anderen belastenden Lebensereignissen, Mobbingopfer, chronisch Kranke und Schmerzpatienten. In einer Krise wird ein Mensch mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert, die er im Augenblick nicht lösen kann. Seine Fähigkeiten zur Bewältigung werden überfordert. Die Folge ist der elementare Wunsch, diesen Zustand schnell zu ändern. Der Mensch verliert sein seelisches Gleichgewicht, es folgen Gefühle wie Angst und Panik, Depressivität, ein Gefühl der Verzweiflung, Ohnmacht und Überforderung. Diese negative Gefühlskonstellation kann zu Suizidalität führen. Werden die persönlichen Bewältigungsstrategien eines Menschen überfordert, kann es zunächst zur Aussendung von allgemeinen Signalen von Suizidalität kommen, die denen einer Depression sehr ähnlich sehen. Sie bestehen aus sozialem Rückzug, abwehrendem Verhalten, Stimmungsschwankungen, Vernachlässigung von Körperpflege und Kleidung. Die Mimik und Gestik können abnehmen, es kann

<sup>9</sup> HEGERL, ULRICH; ALTHAUS, DAVID; NIKLEWSI, GÜNTHER; SCHMIDTKE, ARMIN. Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention: Ergebnisse des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“, in: Deutsches Ärzteblatt (Heft 42) 2003, 100: A2732-2737.

<sup>10</sup> EINK, MICHAEL/HALTENHOF, HORST: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2006, 36.

eine allgemeine Interessenlosigkeit vorkommen und die Aufgabe von Hobbys. Hat ein Mensch die Entscheidung getroffen, sich das Leben zu nehmen, kann es auch zu ganz konkreten Signalen kommen wie das Sammeln von Tabletten, Selbstverletzungen, das Klagen von körperlichen Symptomen. Es kann aber auch zu verbalen und schriftlichen Äußerungen bezüglich des Wunsches zu Sterben kommen. Manche Menschen setzen sich vermehrt mit dem Thema Tod auseinander oder fertigen Zeichnungen mit Todessymbolen an. Jede Äußerung in diese Richtung sollte äußerst ernst genommen werden. Die Regel ist, je konkreter die Suizidäußerung und -pläne sind, desto größer ist die Gefahr für den Menschen.

## 5 Umgang mit Suizidalität

Fallen oben genannte Signale bei einem Menschen auf, sollte man keine Angst vor konkretem Nachfragen haben. Man bringt Menschen dadurch nicht auf die Idee, sich selbst zu töten. Die meisten sind erleichtert, dass sie angesprochen werden. Man kann beispielsweise fragen: „Menschen, die eine so schwere Lebenskrise durchleben, haben auch oft lebensmüde Gedanken. Ist das bei Ihnen der Fall?“ In einer wohlwollenden verständnisvollen und vorbehaltlos akzeptierenden Atmosphäre kann eine hilfreiche Beziehung entstehen, was zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls des angefochtenen Menschen führt. Die schwere Krise und die Lebensmüdigkeit des Menschen sollten nicht als Krankheit oder Sünde abgetan werden, sondern er sollte in seiner schweren Krise ernst genommen werden. Statt Tabuisierung sollte Gesprächsbereitschaft gezeigt werden, letztendlich geht es darum, diese Krisensituation auch als Chance zu sehen und mit dem Betroffenen nach Alternativen zu suchen und neue Lösungsstrategien zu erarbeiten.

In der therapeutischen Beziehung können Gefühle wie Depressivität, Aggressivität, Schuldgefühle, Angst, Trauer, Ohnmacht und Resignation bearbeitet werden. Hilfreich kann die Frage nach persönlichen Ressourcen des Menschen sein, welche Beziehungen er hat, wo es lebensbejahende Strukturen gibt, ob es religiöse Bindungen gibt, ob es Aufgaben gibt, in denen er sich als wertvoll und hilfreich empfindet. Menschen, die konkrete lebensmüde Signale aussenden, gehören in fachärztliche psychiatrische Behandlung. Neben stationären Behandlungsmöglichkeiten gibt es auch teilstationäre und ambulante Behandlungen, sowohl kurzfristig als auch langfristig kann eine medikamentöse Therapie notwendig werden. Psychotherapeutische Gesprächsangebote ergänzen die Behandlung.

## 6 Umgang mit Suizid

Die Folgen einer Suizidhandlung sind für die Hinterbliebenen dramatisch. In einer englischen Krimiserie heißt es „Selbsttötung ist wie eine Bombe unter dem Küchentisch. Wenn es passiert, erwischt es die ganze Familie“. Durchschnittlich

werden sechs Angehörige von einem Suizid betroffen. Das Trauma der Hinterbliebenen besteht aus Schock, Scham und Schuldgefühlen, es bleibt eine große Rat- und Hilflosigkeit zurück. Die Umwelt reagiert häufig mit Rückzug, sodass sich die Hinterbliebenen in ihrer Trauer oftmals alleine fühlen. So ist es nicht verwunderlich, dass das Risiko von Hinterbliebenen, selbst an einem Suizid zu versterben, gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist. In der Begleitung von Angehörigen ist es das Ziel, sie von ihren Schuldgefühlen zu entlasten und Aufklärungsarbeit zu betreiben. Dort, wo Sprachlosigkeit herrscht, können immer wieder Gedanken und Gefühle angesprochen und beim Namen genannt werden. Eine gute Nachsorge ist auch eine Vorsorge, denn als Angehöriger eines Suizidenten hat man ein erhöhtes Risiko für psychosomatische Beschwerden, eigene Depressivität und eine erhöhte suizidale Gefährdung.<sup>11</sup>

## 7 Schlussfolgerung

Suizid und Suizidalität sind immer noch ein stark tabuisiertes Thema. Es befindet sich im gesellschaftlichen Spannungsfeld zwischen Betonung der Freiheit, Autonomie und Selbstbestimmung des Einzelnen und dem sehr schützenswerten Wert des Lebens an sich. Durch Aufklärungsarbeit seit den 1980er Jahren konnte eine signifikante Reduktion der Suizidrate verzeichnet werden. Durch bessere Ausbildung von Hausärzten, aber auch von Pastoren und Seelsorgern, können suizidgefährdete Menschen frühzeitiger erkannt und seelsorgerlichen und therapeutischen Interventionen zugeführt werden.

In den letzten Jahren ist wieder ein Anstieg der Suizidrate zu verzeichnen, dies ist möglicherweise auf gesellschaftliche Entwicklungen, die die Freiheit als höchstes Gut und einen Suizid als Ausdruck dieser Freiheit sehen, zurückzuführen. Der gut belegte und untersuchte Werther-Effekt wie etwa bei dem Tod von Robert Enke 2009 kann ebenfalls einen Beitrag leisten. 85 % bis 95 % der Suizidenten gelten als psychisch erkrankt. Sie haben oft Erkrankungen, die gut behandelbar sind. Kritisch ist unsere Versorgungsrealität in Deutschland zu sehen, bei der Menschen mit psychischen Erkrankungen in manchen Gegenden drei bis neun Monate auf einen Behandlungsplatz bei einem niedergelassenen Psychiater oder Psychotherapeuten warten müssen. Auf Grund dieses Umstandes kommt den Hilfestellungen in den Gemeinden durch Pastoren und Laienseelsorger eine größere Bedeutung zu. Allerdings gehören Menschen, die konkrete suizidale Signale von sich geben, in jedem Fall in fachpsychiatrische Hände. Pastoren und Seelsorger sollten sich hier ihrer begrenzten Möglichkeiten bewusst sein und die Menschen abgeben. Angehörige von Suizidenten sind oftmals selbst traumatisiert und bedürfen einer guten Nachsorge, um nicht

---

<sup>11</sup> A. a. O. 116-117 (wie Anm. 10).

selbst zu erkranken. Auch Christinnen und Christen begehen Suizid oder Suizidversuche, besonders bei depressiven Erkrankungen kommt es auch zu einer starken Beeinträchtigung der Gefühlswelt, sodass auch sehr gläubige Menschen beschreiben, dass sie eine große Gottesferne, innere Leere und Gefühllosigkeit spüren. Dieser Zustand wird als äußerst quälend beschrieben. Es ist eine große Tragik, dass diese Menschen die Spannung dieses Zustandes und ihren Schmerz nicht mehr ausgehalten haben, sodass sie keinen anderen Weg mehr gesehen haben, als ihr Leben zu beenden. Wir sollten uns hüten, diese Menschen zu verurteilen oder ihren Glauben anzuzweifeln. Der Herr allein weiß, warum sie es getan haben und er wird es richtig beurteilen. Paulus schreibt im Römerbrief „Ja, ich bin überzeugt, dass weder Tod noch Leben, weder Engel noch unsichtbare Mächte, weder Gegenwärtiges noch Zukünftiges, noch gottfeindliche Kräfte, weder Hohes noch Tiefes, noch sonst irgendetwas in der ganzen Schöpfung uns je von der Liebe Gottes trennen kann, die uns geschenkt ist in Jesus Christus, unserem Herrn (Röm 8,38-39). In einer Atmosphäre der Annahme und des Wohlwollens werden sich Menschen mit suizidalen Gedanken eher öffnen, als wenn sie fürchten müssen, verurteilt zu werden.

### *Abstract*

Starting with the suicide of some prominent persons, this paper describes suicides and suicidalists in the context of society and church. Various (German) synonyms are discussed in order to define the terms, and statistical data is provided. Recent preventative measures include low-key media coverage of prominent suicides, improved treatment of depressive patients, and education of the population since risk factors for suicides are, among others, mental illnesses, especially depression, or alcohol abuse. Social disengagement, mood swings, or hygienic neglect can be signs of suicidal ideas. When dealing with suicidalists or the bereaved after a successful suicide, who themselves are more likely to develop into suicidalists, compassionate engagement in conversation is important, including inquires about their suicidal intents. However, we should never condemn their behavior or doubt their faith – only God should judge their actions.

*Dr. med. Claudia Rosenthal*, An der Kulprie 7, 52066 Aachen;  
E-Mail: [c.rosenthal@gmx.com](mailto:c.rosenthal@gmx.com)