

**Tagungsband**

# **KONGRESS**

„So wollte ich eigentlich nicht sterben“  
Suizide und Suizidalität von Flüchtlingen  
und Gefangenen

**DRESDEN**

**09.–11. November 2016**



BUNDESARBEITSGRUPPE  
**SUIZIDPRÄVENTION**  
IM JUSTIZVOLLZUG

**„So wollte ich eigentlich nicht sterben“**  
**Suizide und Suizidalität von Flüchtlingen und Gefangenen**  
Kongressreferate

Dresden, 9.–11. November 2016

[Hrsg. v. d. Bundesarbeitsgruppe „Suizidprävention im Justizvollzug“]

Leipzig 2019

Alle Rechte vorbehalten. Printed in Germany.

Bitte beachten Sie: Alle Rechte am Text liegen bei den Autor\*innen – Nachdruck und Weiterverbreitung nur mit Zustimmung der/des Autor\*in und des Verlags.

## INHALTSVERZEICHNIS

### Einleitung

Suizidalität und Suizidprävention im Wandel von Zeit und Gesellschaft

*Hans Wedler* ..... 4

### Verlorene Zeit – verlorenes Leben – Menschen in Haft

Thesen, Tatsachen und Täuschungen

*Katharina Bennefeld-Kersten* ..... 11

### „Immer fand ich den Namen falsch, den man uns gab: Emigranten“

Erinnerungen an Suizide von Flüchtlingen vor dem Nazi-Terror

*Werner Felber* ..... 18

### Die Helfer des HERRN

Erfahrungen mit Gläubigen, Ungläubigen und Andersgläubigen in der Gefängnisherberge

*Franz-Josef Christoph und Martin Burgdorf* ..... 41

### Autonome Entscheidungen und ihre Grenzen

Vom freien Willen in psychiatrischen Einrichtungen, Gefängnissen und

Flüchtlings-Massenunterkünften

*Dr. med. Svenja Ludwig, M.A. Medizinethik* ..... 48

### Menschenwürde und Selbstachtung

*Franz Josef Wetz* ..... 58

### Zusammenfassung

*Katharina Bennefeld-Kersten* ..... 66

**Autorenverzeichnis** ..... 71

# SUIZIDALITÄT UND SUIZIDPRÄVENTION IM WANDEL VON ZEIT UND GESELLSCHAFT

*Hans Wedler*

*Nach einem Vortrag beim Kongress „So wollte ich eigentlich nicht sterben“  
Suizide und Suizidalität von Flüchtlingen und Gefangenen, Dresden, 09.–11.11.2016*

## Zusammenfassung

Der Suizid ist eine dem Menschen vorbehaltene Option, zu allen Zeiten und in allen Gesellschaften genutzt, um einer in Verzweiflung als aussichtslos erlebten Lage zu entkommen. Dabei unterliegen sowohl die Häufigkeit des Suizids wie auch die dabei verwendete Methodik weltweit erheblichen Unterschieden. Ebenso sind die Motive, sich das Leben zu nehmen, höchst different, wobei individuelle Dispositionen, gesellschaftliche und ökonomische Gegebenheiten dominieren.

Auch wenn die ethische Wertung des Suizids starke gesellschaftliche Unterschiede und Schwankungen aufweist, ist die Suizidprävention ein menschliches Grundanliegen. Intensität und Methodik sind dabei im Wandel begriffen; erst seit gut 100 Jahren kann von einer systematischen Suizidprävention gesprochen werden, sie weist eine ständige Weiterentwicklung auf.

## Suizid

Suizide sind Ereignisse, die dem menschlichen Wesen als Option offenstehen und in allen Zeiten überall auf der Welt vorkommen, wenn auch in unterschiedlicher Häufigkeit, mit unterschiedlichen Methoden und aus unterschiedlichen Motiven. In den meisten Ländern der Welt begehen Männer häufiger Suizid als Frauen. Bangladesh, China, Indonesien, der Irak und Pakistan sind diesbezüglich Ausnahmen. Während es meist ältere Menschen sind, die häufiger Suizid begehen als junge, gibt es auch hier Unterschiede. Beispielsweise sind es in Indien gerade die jungen Frauen, die sich viel häufiger umbringen als die alten.

Insgesamt variiert die Suizidhäufigkeit in den Ländern der Welt um den Faktor 100 mit den niedrigsten Raten in islamisch geprägten Staaten (Saudi-Arabien 0,4 Suizide jährlich auf 100.000 Einwohner), und den höchsten in Südasien, Afrika, Nordeuropa, und der indisch-stämmigen Bevölkerung von Guyana. Bei den Staaten mit sehr niedriger offizieller Suizidrate ist eine Verschleierung der Realität, meist aus religiösen Gründen, nicht auszuschließen. Tab. 1 zeigt die 12 Staaten mit den weltweit jeweils höchsten Suizidraten für Männer und Frauen (WHO 2014).

Die Motive, die zum Suizid veranlassen, sind vielfältig. Ehrverlust und Verzweiflung spielen ebenso eine Rolle wie Einsamkeit, Rachegeanken und die Auswirkungen psychischer Erkrankungen, insbesondere der Depression. Im hohen Alter sind Lebensattheit, nicht mehr

**Staaten mit den höchsten Suizidraten bei Männern bzw. Frauen weltweit  
(Suizide pro 100.000 Einwohner pro Jahr)**

	<b>Suizid männlich</b>	<b>Rate</b>	<b>Suizid weiblich</b>	<b>Rate</b>
<b>1</b>	Guyana	70,8	Nordkorea	35,1
<b>2</b>	Litauen	51,0	Guyana	22,1
<b>3</b>	Sri Lanka	46,4	Mozambique	21,1
<b>4</b>	Nordkorea	45,4	Nepal	20,0
<b>5</b>	Suriname	44,5	Tansania	18,3
<b>6</b>	Südkorea	41,7	Südkorea	18,0
<b>7</b>	Kasachstan	40,6	Indien	16,4
<b>8</b>	Russland	35,1	Süd-Sudan	12,8
<b>9</b>	Mozambique	34,2	Sri Lanka	12,8
<b>10</b>	Burundi	34,1	Burundi	12,5
<b>11</b>	Weißrussland	32,7	Uganda	12,3
<b>12</b>	Turkmenistan	32,5	Suriname	11,9

*Tabelle 1: Staaten mit den höchsten Suizidraten weltweit 2012 (WHO 2014)*

behebbarer körperlicher Leiden und auch der Wunsch nach Entlastung Angehöriger bisweilen dominierend. Eine besondere Form des Suizids ist die öffentliche Selbstvernichtung als politischer Protest, bisweilen überspitzt titulierte Märtyrereaktion im Rahmen von terroristischen Attacken auf die Gesellschaft.

Eine ganze Reihe von Risikofaktoren sind für suizidales Verhalten bekannt: das männliche Geschlecht, ein hohes Alter, Ethnizität und sexuelle Orientierung, sowie frühere Suizidversuche. Zusätzlich beeinflusst ein leichter Zugang zu Suizidmethoden (tödlich wirkende Pflanzenschutzmittel, Schusswaffen) die Ausführung, eine soziale Desintegration und Isolierung, unkontrollierbare Emotionen (Wut, Angst, Hoffnungslosigkeit) oder die Erschöpfung am Lebensende. Familienstand und der berufliche Status spielen ebenfalls eine Rolle.

Im Lauf der Weltgeschichte unterlag der Suizid höchst unterschiedlichen ethischen Wertungen (Battin 2015). Die meisten Religionen lehnen ihn strikt ab, während viele Philosophen die individuelle Entscheidung über ein selbst herbeigeführtes Lebensende als berechtigt betrachten. Zum Beispiel Seneca: „Jedermann sollte sein Leben für die anderen angenehm gestalten, den Tod aber allein für sich selbst“.

Bis heute bestehen zudem erhebliche Kontroversen in der ethischen Wertung bestimmter Formen des Suizids. So wird der assistierte Suizid bei schwer leidenden Menschen nahe dem Lebensende, wie er in einer zunehmenden Zahl von Ländern bereits legalisiert ist (Tab. 2), in anderen Gesellschaften völlig abgelehnt. Ob auch die selbstbestimmte Lebens-

- Belgien, Estland, Luxemburg, Niederlande
- Schweiz (außer bei selbstsüchtigen Motiven)
- Schweden (falls Helfer Privatperson)
- Deutschland (falls Helfer Angehöriger oder Nahestehender und nicht geschäftsmäßig tätig)
- USA-Staaten: Oregon, Washington, Vermont, Montana, Kalifornien, Colorado, District of Columbia, (New Mexico)\*
- Kanada, Kolumbien
- (Japan)\*\*

*\*Gerichtsentscheid, Revision steht noch aus*

*\*\* keine gesetzliche Regelung, Toleranz seitens Gerichtsentscheidungen*

*Tabelle 2: Staaten mit legalisierter Suizidassistentz*

beendigung durch konsequenten Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit gleichermaßen als Suizid zu werten ist, bleibt umstritten. Der Suizid aus Ehre oder Loyalität war noch im 19. Jahrhundert in Deutschland gesellschaftlich voll akzeptiert und ist es bis heute in Japan. Politisch motivierte Suizidhandlungen erfahren je nach politischer Couleur des Betrachters absolut gegensätzliche Bewertungen. So wurden die Verbrennungssuizide von Jan Pallach in Prag als Protest gegen die sowjetische Invasion und des Gemüseverkäufers Mohamed Bouazizi als Auslöser des sogenannten Arabischen Frühlings in Tunesien nahezu weltweit bewundert, während die suizidalen Terroranschläge radikaler Islamisten in den westlichen Ländern auf Abscheu und Empörung stoßen.

Als Gründe, die den Suizid als moralisch erlaubt erscheinen lassen, werden die jedem Menschen zustehende freie Selbstbestimmung angeführt, die menschliche Würde, eine unerträglich empfundene Lage nicht dauerhaft ertragen zu müssen, das ein gutes Leben ausmachende Glücksstreben und die Gelassenheit gegenüber dem Tod, dem ohnehin niemand entkommen kann. Als Argumente, die den Suizid moralisch verbieten, gilt einerseits die Tatsache, dass der Suizid dem menschlichen Selbsterhaltungstrieb widerspreche, deshalb „unnatürlich“ sei, andererseits dass das Leben in Gottes Hand sei und es allein diesem zustehe, ein solches zu beenden. Ganz im Vordergrund aber steht die Verpflichtung eines jeden Menschen, für die Gemeinschaft da zu sein und sich nicht vorzeitig daraus zu verabschieden. Dieses schon von Platon und Aristoteles gegebene Verdikt wider den Suizid gewinnt bis heute eine besondere Bedeutung in den oft sehr schwerwiegenden Traumatisierungen, die ein Suizid bei Verwandten und Freunden hinterlässt. Diese sozialetische Verpflichtung gegenüber der Gesellschaft kann heute als das stärkste moralische Argument wider den Suizid betrachtet werden.

## Suizidprävention

Die soziale Verbundenheit, der alle Menschen, wenn auch in unterschiedlicher Intensität, unterliegen, führt zu einer natürlichen Sorge und Zuwendung, sobald ein Mitglied der Gesellschaft lebensmüde erscheint. Das betrifft den Einzelnen, den Nächsten, fordert jedoch von der Gesellschaft insgesamt Reaktionen, einen Suizid nach Möglichkeit zu vermeiden. Vor allem die großen monotheistischen Weltreligionen, der Islam und das Judentum, haben von früh an aus diesem Grund moralische Verbote aufgesetzt, während davon nicht geprägte Kulturen Suizidhandlungen eher als Privatangelegenheit des Einzelnen betrachtet haben. Auch im Christentum wurde der Suizid erst im 5. Jahrhundert mit Augustin zur Sünde. Darüber hinaus wurden von staatlicher Seite Maßnahmen ergriffen, Suizidtendenzen entgegenzuwirken – mittels Abschreckung und Verboten. Berühmt wurde ein Bericht von Plutarch über die Jungfrauen von Milet im 3. Jahrhundert vor unserer Zeitrechnung. Eine „unerklärliche“ und durch nichts zu beendende Suizidepidemie unter den jungen Frauen der Stadt fand erst dann ein abruptes Ende, als die Obrigkeit verfügte, die nächste Frau, die sich erhängt habe, werde nackt durch die Straßen der Stadt zum Begräbnis geschleift.

Die Suizidverbote sowohl von religiöser wie von staatlicher Seite waren verbunden mit Strafandrohungen. Diese reichten von der Drohung mit ewigen Höllenqualen über Entehrung und Schändung des Leichnams von durch Suizid Verstorbenen, den Einzug aller Besitztümer von den Hinterbliebenen bis hin zur Todesstrafe für Menschen, die einen Suizidversuch überlebt hatten. Einen unrühmlichen Höhepunkt erreichten die Bestrafungen im ausgehenden christlichen Mittelalter und der beginnenden Neuzeit. Um der durch einen Suizid drohenden ewigen Verdammnis in der Hölle zu entgehen, gab es noch im 18. Jahrhundert eine Reihe von „indirekten“ Suiziden: Morde an Unbeteiligten, um damit die Todesstrafe und nachfolgende Hinrichtung zu erreichen, zuvor aber priesterliche Absolution durch Buße erlangen zu können, was dem Suizidtäter sonst nicht mehr möglich gewesen wäre.

Erst mit der Aufklärung in Europa zeichnete sich ein Wandel ab. So hob Friedrich der Große unter dem Einfluss von Voltaire im Jahr 1751 die bis dahin geltende Strafbarkeit des Suizids auf. Am Anfang des 19. Jahrhunderts betonte der Gynäkologe und Geburtshelfer Friedrich Benjamin Osiander (1813) Bildung und Erziehung als Mittel der Suizidprävention an Stelle von Bestrafung. Ab Mitte des 20. Jahrhunderts rückte die medizinisch-psychiatrische Therapie und Krisenhilfe ins Zentrum aller Bemühungen, Suizidhandlungen vorzubeugen.

Trotz dieses Wandels ist der Suizid weiterhin bis heute in vielen Teilen der Welt streng verboten, so in fast allen vom Islam geprägten Ländern; er ist aber auch in Indien, Singapur, Nord-Korea nach wie vor eine Straftat, neuerdings (unter dem Einfluss des Islam) seit wenigen Jahren auch in einigen afrikanischen Staaten (Uganda, Ghana). Dabei ist offensichtlich, dass Strafe kaum und Abschreckung nur sehr bedingt geeignet ist, Suizide zu verhindern – sind doch Nord-Korea und Indien unter den Staaten mit den höchsten Suizidraten weltweit.

## Maßnahmen zur Suizidprävention

Die Bemühungen um Suizidprävention umfassen inzwischen ein weites Spektrum an Maßnahmen. Die Behandlung psychischer Störungen, die für einen großen Teil von Suizidhandlungen als Auslöser gelten, ist die eine Seite, die allein jedoch keineswegs ausreicht, um deren Häufigkeit spürbar zu mindern. Die in vielen Industrieländern im letzten halben Jahrhundert erreichte Reduktion tödlicher Suizide (in Deutschland seit 1978 um mehr als die Hälfte) ist offensichtlich vor allem ein Erfolg der Enttabuisierung des zuvor öffentlich konsequent verschwiegenen Phänomens. So zielen viele Bemühungen darauf, auch weiterhin Aufklärung zu betreiben, insbesondere bei jenen, die in Kontakt mit potentiell gefährdeten Personen kommen.

Ein weiterer Ansatz ist der, den einfachen Zugriff zu Suizidmethoden zu vermeiden. In Süd-asien erfolgen die meisten Suizide durch Pflanzenschutzmittel, die dort im Handel überall leicht zu erwerben sind. In den USA sind die Suizidraten in jenen Staaten am höchsten, in denen der private Waffenbesitz nicht reglementiert ist. In Europa, wo sowohl der Zugang zu Pflanzenschutzmittel wie auch zu Waffen strengen Kontrollen unterliegt, konzentrieren sich viele Bemühungen auf die Sicherung von Eisenbahnstrecken und Brücken sowie auf den begrenzten Zugang zu gefährlichen Medikamenten. Eine Zusammenstellung aller bislang eingesetzten Maßnahmen zur Suizidprävention zeigt Tab. 3.

- Persönliche Zuwendung, soziale Verbundenheit
- Abschreckung
- Staatliches / religiöses Verbot
- Bestrafung – der Leiche, eines Überlebenden, von Angehörigen
- Kontrolle, Erziehung, Bildung
- Krisenintervention, Lebenshilfe
- Medizinische Therapie der erkrankten / gestörten Psyche
- „Closing the exits“
- Vermeidung von Imitationssuiziden (Medienberichte)
- Aufklärung, Enttabuisierung (Schulen, Medien)
- Training von Gatekeepern
- Verständnis der Suizidalität als Mittel zur Wiederherstellung gescheiterter Kommunikation; „Verführung zum Leben“ (Späte 1973)

*Tabelle 3: Maßnahmen zur Suizidprävention gestern und heute*

Zu Beginn waren alle Bemühungen zunächst Privatinitiativen. So die ersten Ansätze zur Lebensmüden-Betreuung in New York 1895 und durch die Heilsarmee in London 1906. Auch die Anfänge der Telefonseelsorge (ab 1953 in London) und der Suicide Prevention Centers in den USA waren die Initiativen Einzelner, oft auf kirchlichem Hintergrund. Inzwischen ist die Suizidprävention in vielen Staaten zu einer öffentlichen Angelegenheit geworden, die vom Staat unterstützt wird und zum Aufbau nationaler Suizidpräventionsprogramme

geführt hat (Tab. 4). Seit Kurzem hat sich auch die deutsche Bundesregierung entschlossen, über mehrere Jahre finanzielle Mittel zur weiteren Erforschung und Optimierung der Suizidprävention bereitzustellen (BMG 2017).

1992 Finnland: National suicide prevention strategy
1994-98 Norwegen: The National Plan for Suicide Prevention
1995 Schweden: Sweden's suicide prevention programme
1998 Neuseeland: Youth Suicide Prevention Strategy
1999 Australien: National Suicide Prevention Strategy
1999 USA: The National Strategy for Suicide Prevention
2002 England: National Suicide Prevention Strategy
2002 Deutschland: Nationales Suizidpräventionsprogramm
2012 Malaysia: 5-year National Suicide Prevention Strategic Action Plan
2012 Österreich: SUPRA (Suizidprävention Austria)

*Tabelle 4: Entwicklung nationaler Suizidpräventionsprogramme*

## **Effektivität**

Allerdings sind die Erfolge all dieser Maßnahmen bislang als begrenzt zu bezeichnen; sie werden auch nur selten wissenschaftlich reflektiert. Ein gesicherter Einfluss auf nationale Suizidraten konnte bislang nirgendwo nachgewiesen werden, auch wenn es in den meisten Fällen gelingt, einzelne Gefährdete von ihrem tödlichen Vorhaben im persönlichen Gespräch, in der Krisenintervention, abzuhalten. Nach wie vor besteht das Problem, solche Menschen überhaupt rechtzeitig zu erreichen.

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang das Gotland-Projekt (Rutz et al. 1992). Auf der schwedischen Insel mit recht geringer Bevölkerungsfluktuation wurden sämtliche Hausärzte über drei Jahre intensiv im Erkennen von Depressionen geschult. Die Suizidrate sank in dieser Zeit um die Hälfte ab. Nach Beendigung des Programms stieg die Rate allerdings wieder innerhalb von weiteren drei Jahren auf den alten Level an. An Hand dieses Ergebnisses ist zu diskutieren, ob nun die Behandlung der Depressionen für den Rückgang an Suizidalität verantwortlich gewesen war oder die intensivere Zuwendung der Ärzte gegenüber ihren Patienten im Rahmen der Schulungsmaßnahmen.

In einer kritischen Übersicht (Bertolote 2004) wurde die Begrenzung des Zugriffs auf Suizidmethoden als die derzeit wirksamste Maßnahme zur Suizidprävention bezeichnet. Die Behandlung psychischer Störungen und die Beeinflussung der Medien in ihrer Darstellung von Suizidfällen hätten sich bislang nicht auf nationale Suizidraten ausgewirkt. Schulungsprogramme in den öffentlichen Schulen, Kriseninterventionszentren und die Telefonseelsorge hätten bislang diesbezüglich keine nachweisbare Wirkung. Bertolote betont, dass der soziokulturelle Einfluss auf Suizidalität es nicht erlaube, Maßnahmen, die sich einmal in einer Region als wirksam erwiesen haben, auf andere Regionen der Welt zu übertragen.

## Einstellungswandel

Hinzu kommt, dass in der Einstellung der Öffentlichkeit zum Suizid ein erneuter allmählicher Wandel zu beobachten ist. Der in vielen Ländern spürbare Rückgang der Religiosität und die damit verbundene Säkularisation lässt das Lebensende für viele Menschen weniger mit Heilserwartungen verbunden und deshalb sehr viel pragmatischer erscheinen. Damit wird der Suizid in zunehmendem Maße als legitime Option betrachtet, ein ohne Aussicht auf wirksame Änderung unerträglich erscheinendes Leben zu beenden. Das gilt in erster Linie für sehr alte Leute nahe dem Lebensende und solche, die aufgrund nicht therapierbarer Krankheit schwer leiden, wenn mit zunehmender, unumkehrbarer Einschränkung der Freiheitsgrade sich im wachsenden Maße die Sinnfrage des Weiterlebens stellt.

Für die Gesellschaft resultiert daraus die Frage, ob die Suizidprävention immer unter allen Umständen geboten, somit eine allgemeine Verpflichtung ist, ob sie dem jeweiligen persönlichen Engagement und individuellen Überzeugungen anheimgestellt sein sollte oder ob sie in bestimmten Fällen gar als unangebracht, als Anmaßung gegenüber der autonomen Entscheidung des Individuums zu betrachten ist. Da eine abschließende, einvernehmliche Beantwortung solcher Fragen in naher Zukunft nicht zu erwarten ist, sollte die Suizidprävention stets als ein Angebot verstanden und unbedingt vorgehalten werden, niemals jedoch als ein Zwang.

### Literatur:

Battin M (2015) *The Ethics of Suicide Digital Archive*. | <http://ethicsofsuicide.lib.utah.edu>

Bertolote JM (2004) *Suicide prevention: at what level does it work?* *World Psychiatry* 3(3): 147–151

Bundesministerium für Gesundheit (2017) *Öffentliche Bekanntmachung im Rahmen der Ressortforschung zum Thema „Suizidprävention“*. [www.forschung-bundesgesundheitsministerium.de](http://www.forschung-bundesgesundheitsministerium.de)

Osiander FB (1813) *Über den Selbstmord seine Ursachen, Arten, medicinisch-gerichtliche Untersuchung und die Mittel gegen denselben*. Hannover: Hahn

Rutz W, von Knorring L, Wolinder J (1992) *Long term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the prevention and treatment of depression*. *Acta psychiat Scand* 85:83

Späte HF (1973) *Über kommunikative Elemente suizidaler Handlungen*. *Psychiat. Neurol. Med. Psychol.* 25:647 | *World Health Organization (2014) Preventing suicide*. *Who.int*

Nähere Ausführungen zu den dargestellten Argumenten und weitere Literaturangaben in: Hans Wedler (2017) *Suizid kontrovers – Wahrnehmungen in Medizin und Gesellschaft*. Stuttgart: Kohlhammer

## VERLORENE ZEIT – VERLORENES LEBEN – MENSCHEN IN HAFT

### Thesen, Tatsachen und Täuschungen

*Katharina Bennefeld-Kersten*

#### Zusammenfassung

Suizidalität in Flüchtlingseinrichtungen und in Gefängnissen ist ein Problem, das nach wie vor alle Beteiligten in besonderer Form belastet. Vor allem die Suizidalität von Ausländern in Untersuchungshaft stellt eine ganze Reihe noch ungelöster Fragen. Auch wenn die Zahl tödlich verlaufender Suizidhandlungen in deutschen Haftanstalten rückläufig ist, sind grundsätzliche Überlegungen und weitere Anstrengungen zur Prävention künftig erforderlich.

Schlüsselwörter: Gefängnis, Flüchtlinge, Suizidalität, verlorene Lebensjahre, Suizidattentäter

#### Einleitung

Niemand nimmt sich gern das Leben... Davon sind bislang wohl alle Menschen mit größter Selbstverständlichkeit immer ausgegangen – in Einrichtungen des Strafvollzugs wie auch außerhalb. Zu Recht.

Und doch wecken die vollzogenen Suizide Einzelner in ihrer Unbegreiflichkeit manche Zweifel – und fordern umso mehr den rechtzeitigen Einsatz aller nur denkbaren Maßnahmen zur Suizidprävention.

Ein junger Gefangener wird nach einigen Tagen Untersuchungshaft in eine andere Anstalt verlegt, in die für ihn zuständige. Dort angekommen wird ihm mitgeteilt, dass sein Fernsehgerät vorerst eingezogen werden müsse, weil das Siegel beschädigt sei (Zur Erklärung: Fernseh-Geräte in Haft werden versiegelt, um das Verstecken unliebsamer Dinge zu erschweren). Der junge Mann verlangt, das beschädigte Siegel selbst in Augenschein zu nehmen, da er das Gerät vor dem Transport – ordentlich versiegelt – noch hatte nutzen dürfen. Das aber wird ihm verwehrt. Ein Wort gibt das andere. Schließlich wird er wegen seiner Renitenz kurzerhand vorübergehend in einen besonders gesicherten Haftraum verbracht. Später wieder zurück in seiner Zelle schreibt er einen Abschiedsbrief an seine Mutter, einen weiteren an das Personal mit der lakonischen Überschrift „Kein Fernseher – keine Verträge mit mir“ und erhängt sich.

Ein anderer junger Mann wird verdächtigt, einen Selbstmordanschlag zu planen. Vor der Polizei auf der Flucht, wird er von Landsleuten festgehalten und der Polizei übergeben. In der Untersuchungshaft verweigert er die Nahrungsaufnahme und erhängt sich zwei Tage nach der Einlieferung.

Ein Häftlingssuizid, der uns vor große Rätsel stellt. Ist ein Gefangener, der mutmaßlich ein Suizidattentat geplant oder durchgeführt und überlebt hat, per se suizidgefährdet? Was treibt einen Suizidattentäter an?

Wissenschaftler der Kriminologischen Fakultät der Universität Alabama haben Lebensläufe von muslimischen Selbstmordattentätern studiert und deren Freunde, Verwandte und Bekannte befragt. Dabei haben sie festgestellt, dass viele muslimische Attentäter offensichtlich depressiv waren oder an anderen schweren psychischen Störungen litten (Luther 2015). Der Suizid gilt im Islam nach wie vor als eine schwere Sünde. Verüben junge Muslime etwa nur deshalb Selbstmordanschläge, weil sie damit die eigenen Suizidabsichten kaschieren wollen?

Aus der Sicht anderer Wissenschaftler spielen seelische Probleme für palästinensische Attentäter eine eher geringe Rolle. Sie halten die Glorifizierung der Persönlichkeit des Attentäters nach dessen Tod für ein vorrangiges Motiv. Der in Israel geborene Journalist Joseph Croitoru (2003) meint, dass viele Selbstmordattentäter sich als Elite fühlen und ein vermeintlich höheres Ziel verfolgen. Dass sie hoffen, das ewige Leben zu verdienen, wie es der Koran verspricht. Das höhere Ziel könnte dabei der Sieg im Kampf gegen Unterdrückung und die Vorherrschaft des Westens sein.

So heißt es im Motivationsschreiben an Atta, einen der islamistischen Attentäter vom 11.09.2001:

„Öffne Dein Herz, denn Du bist nur einen kurzen Moment entfernt von dem guten ewigen Leben voller positiver Werte in der Gesellschaft von Märtyrern.“

Alles erscheint somit möglich. Das fast immer bestehende Problem, die wirklichen Motive eines Suizidenten im Nachhinein einzuschätzen, besteht auch hier. Jede Zuschreibung von Ursachen und Motiven ist immer mit einem Fragezeichen versehen.

Der französische Moralist Joseph Joubert notierte an der Wende zum 19. Jahrhundert: „Es ist immer noch besser, eine Frage zu untersuchen, ohne sie zu entscheiden, als sie zu entscheiden, ohne untersucht zu haben.“

Um einer Beantwortung der genannten Fragen in Bezug auf entwurzelte Menschen, wie Flüchtlinge und Gefangene, zumindest näher zu kommen, sollen die folgenden Themen angesprochen werden:

- Suizidalität in Flüchtlingseinrichtungen
- Verlorene Lebensjahre
- Verlorene Zeit
- Suizidalität in Gefängnissen Deutschlands
- Suizidumstände: Deutsche und Ausländische Gefangene im Vergleich

## **Suizidalität in Flüchtlingseinrichtungen**

In Deutschland – und nicht nur hier – gibt es insbesondere seit Beginn der Flüchtlingswelle im Jahr 2015 viel zu tun mit traumatisierten und häufig auch suizidalen Flüchtlingen. Wahrscheinlich ist es so viel, dass Dokumentationen zurückstehen müssen. Im Internet gibt es sporadisch Beiträge über Suizide und Suizidversuche. Aktuell wird von insgesamt 3 Suiziden seit Dezember 2015 von Flüchtlingen in Hamburg berichtet, einer von ihnen befand sich in Haft. (Dezember 2015: ein 26-jähriger aus Eritrea ist vor eine S-Bahn ge-

sprungen. März 2016: eine Frau aus dem Irak hat sich in der Toilette des Flughafens erhängt. Februar 2016: ein junger Mann aus Guinea-Bissau hat sich in einer JVA erhängt). Seit April 2014 seien insgesamt 40 Fälle von Suizidversuchen in Hamburger Flüchtlingsunterkünften dokumentiert. (<https://www.welt.de/regionales/hamburg/article157441351/Zahl-der-Suizidversuche-unter-Fluechtlingen-nimmt-zu.html>; <http://www.stern.de/politik/deutschland/zwei-fluechtlinge-in-hamburg-begehen-suizid-6807178.html>)

Die Dokumentationsstelle der Antirassistischen Initiative Berlin hat „Bundesdeutsche Flüchtlingspolitik und ihre tödlichen Folgen“ seit 1993 dokumentiert. Danach haben sich von 1993 bis 2015 angesichts ihrer drohenden Abschiebung 188 Menschen das Leben genommen, 1541 Personen überlebten Suizidversuche, zum Teil schwer verletzt. Bei Bränden und Anschlägen gab es außerdem unter Flüchtlingen 70 Tote, 1.228 Personen wurden verletzt. Wissenschaftliche Studien über Suizidalität von Flüchtlingen sind eher älteren Datums und übersichtlich in ihrer Anzahl.

Für Dänemark existiert eine Studie über Suizidalität unter Asylsuchenden aus den Jahren 2001 bis 2003 (Staehr et.al, 2006). Die Anzahl von Suizidversuchen war in der Gruppe Asylsuchender 3,4-mal höher als in der dänischen Bevölkerung. Die Lebensmüden waren meist zwischen 30 und 39 Jahre alt. Als Methode bevorzugten sie die Selbstvergiftung durch Medikamente. Stressbezogene Diagnosen machten drei Viertel der gestellten Diagnosen aus. Die Wissenschaftler kommen zu dem Schluss, dass lange Wartezeiten (Durchschnitt 20,8 Monate) kombiniert mit Asylverweigerung für Asylsuchende ein Trigger für rasante suizidale Reaktionen sind. Aber auch andere Faktoren wie Vulnerabilität und eine Reduktion des Personals in den Einrichtungen könnten ausschlaggebend gewesen sein. 44% der Suizidversuche geschahen innerhalb der ersten 6 Monate nach Ankunft im Land.

Im Rahmen einer niederländischen Studie wurden für den Zeitraum 2002–2007 35 Suizide und 290 behandlungsbedürftige Suizidversuche von Asylsuchenden in niederländischen Aufnahmestationen erfasst. Die Suizidraten wurden verglichen mit Suizidraten in der niederländischen Gesamtbevölkerung. Für männliche Asylsuchende war die Suizidrate deutlich höher als in der niederländischen Population. Kein Unterschied wurde gefunden in den Suizidraten von weiblichen Asylsuchenden im Vergleich zur weiblichen Gesamtpopulation. Das Vorkommen behandlungsbedürftiger Suizidversuche war im Vergleich zur Population des Haager Abkommens hoch für Männer und Frauen aus Osteuropa und dem Mittleren Osten sowie aus Südwestasien und niedrig für Männer und Frauen aus Afrika. (Goosen et al. 2011) (s. auch SP 166: „Eine neue Herausforderung für die Suizidprävention“)

Eine schwedische Studie befasste sich mit der Diagnose und Behandlung von Asylsuchenden nach einem Suizidversuch. Fokussiert wurden 88 Asylsuchende, die zwischen 2005 und 2009 in klinischer Behandlung waren, und bezüglich Alter und Geschlecht mit 88 Suizidversuchern der schwedischen Bevölkerung verglichen. Die Asylsuchenden waren erwartungsgemäß stärker traumatisiert, hatten andere soziale Risikofaktoren und erhielten im Vergleich zur Kontrollgruppe andere Diagnosen. Unterschiede in der Nachbehandlung zeigten einen ungleichen Zugang zur Fürsorge (Sundvall et al. 2015).

## Suizidalität in Gefängnissen

Daten zu Suiziden von Gefangenen in Deutschland werden im Rahmen einer Totalerhebung seit dem Jahr 2000 bundesweit erfasst.

Inhaftierung ist für viele Betroffene ein kritisches Lebensereignis. Sie bedeutet ein hohes Maß an Lebensveränderungen mit Breitenwirkung, das heißt, Familie, Wohnen, Arbeit und Existenz können betroffen sein. Ausländische Inhaftierte haben ein weiteres existenzielles Problem, wenn ihnen die Ausweisung und Abschiebung droht. Denn viele Menschen im Vollzug mit fremder Staatsangehörigkeit sind eigentlich Inländer, in Deutschland aufgewachsen und noch nicht einmal der Sprache ihres zukünftigen Aufenthaltsortes mächtig.

Demzufolge wäre es denkbar, dass Ausländer ein noch höheres Risiko für Suizid haben als ihre deutschen Mitgefangenen.

## Verlorene Lebensjahre der Suizidenten und verlorene Zeit der Intervention

„Verlorene Lebensjahre“ bezeichnen die Differenz zwischen dem Sterbealter und dem 70. Lebensjahr, sofern der Tod vor dem 70. Lebensjahr eintritt.

Bei 898 deutschen Suizidenten im durchschnittlichen Alter von 38,5 Jahren errechneten sich im Durchschnitt 31,5 verlorene Lebensjahre, bei 291 ausländischen Suizidenten im Durchschnittsalter von 35,5 Jahren ergab sich im Durchschnitt ein Verlust von 34,5 Lebensjahren (Totalerhebung Suizide von Gefangenen 2000-2015). Insgesamt waren bei diesen 1.189 Suizidenten 45.000 Lebensjahre verloren.

Wird ein Suizid – wie es meist geschieht – schon zu Beginn einer Haft, in den ersten Haftmonaten vollzogen, bleibt für präventive Interventionen nicht genügend Zeit.

Zamble und Porporino gingen der Frage nach, warum Gefangenschaft nicht permanente psychische Schädigungen hervorbringt. Die diesbezügliche Befragung von Gefangenen in kanadischen Haftanstalten führte zu der Vermutung, dass die Bewältigung von gestellten Anforderungen eine Art von Anpassung an den Gefängnisalltag ist. Beeinträchtigungen scheinen für viele Gefangene vorübergehender Natur zu sein. Die Wissenschaftler berichten, wie sich das Zeitfenster für emotionalen Stress, aber auch für positive Veränderungen des eigenen Lebensstils, mit zunehmender Inhaftierungszeit schließt. Schon beim zweiten Interview nach spätestens vier Monaten hatte sich die Anzahl derjenigen, die sich zu Beginn absolut unfähig fühlten, eins ihrer zahlreichen Probleme zu lösen, halbiert, auch wenn die Probleme dieselben geblieben waren (Zamble, Porporino 1988).

Da ist ein Blick in die Datenbank der Gefangenessuizide interessant: Kann man dort ablesen, ob es viele Gefangene gibt, denen die Anpassung nicht gelingt? Und gibt es möglicherweise Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Gefangenen?

## Deutsche und ausländische Strafgefängene

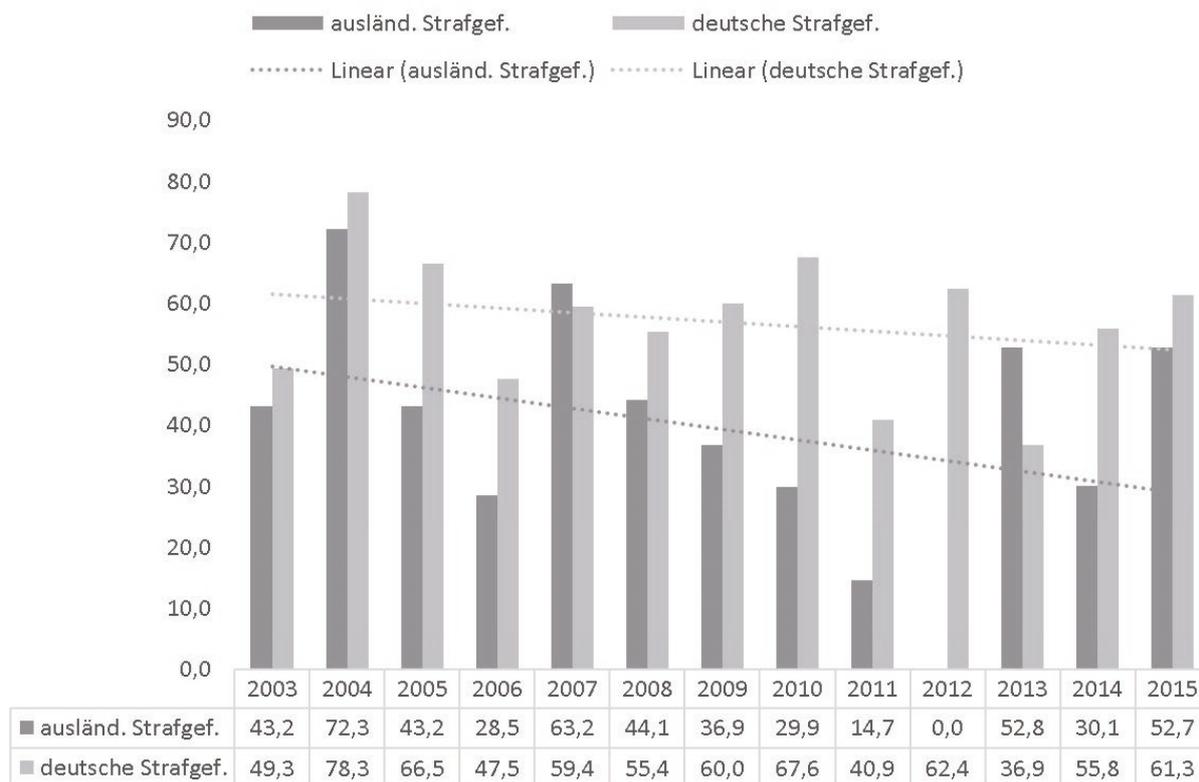


Abb. 1: Suizidraten von deutschen und ausländischen Strafgefängenen 2003–2015

Der Anteil von Ausländern an der Gesamtbevölkerung beträgt noch nicht einmal 10%. Das sieht im Gefängnis anders aus, da beträgt der Anteil ausländischer Strafgefängener durchschnittlich 23 %. Im vergangenen Jahr betrug der Anteil mit 25 % ein Viertel der Gesamtbevölkerung Strafgefängener. Das verleitet zu der Annahme, dass im Vergleich zu Deutschen mehr Ausländer Straftaten begehen und verurteilt werden. Dass dem nicht so ist, war Gegenstand zahlreicher Diskussionen in den Medien (ZEIT online 2016).

Die Suizidrate deutscher Strafgefängener liegt bei 57 Suiziden pro 100.000 Gefangene pro Jahr. Für ausländische Gefangene liegt sie bei 39 Suiziden pro 100.000 Gefangene pro Jahr (Abb. 1). In der Zeit zwischen 2003 und 2015 zeigt sich für beide Gefangenenengruppen ein Rückgang, der für ausländische Gefangene etwas deutlicher ausfällt.

Das Ergebnis mag überraschen: Die durchschnittliche Suizidrate deutscher Strafgefängener beträgt das 1½ fache der Suizidrate von ausländischen Strafgefängenen. Ausländer sind also – im Vergleich zu Anteilen in der Bevölkerung – in der Straftat stärker vertreten, nehmen sich dort jedoch seltener das Leben als deutsche Strafgefängene.

Für Untersuchungsgefängene lassen sich keine Suizidraten unter Berücksichtigung der Nationalität errechnen. Aber anhand der Datenbank ist der Anteil an den Suiziden ausländischer und deutscher Gefängener unter Berücksichtigung der Haftart zu erkennen. Und dort gibt es einen deutlichen Unterschied: 67 % der ausländischen Suizidenten waren zum Suizidzeitpunkt in Untersuchungshaft und „nur“ 49 % der deutschen Suizidenten.

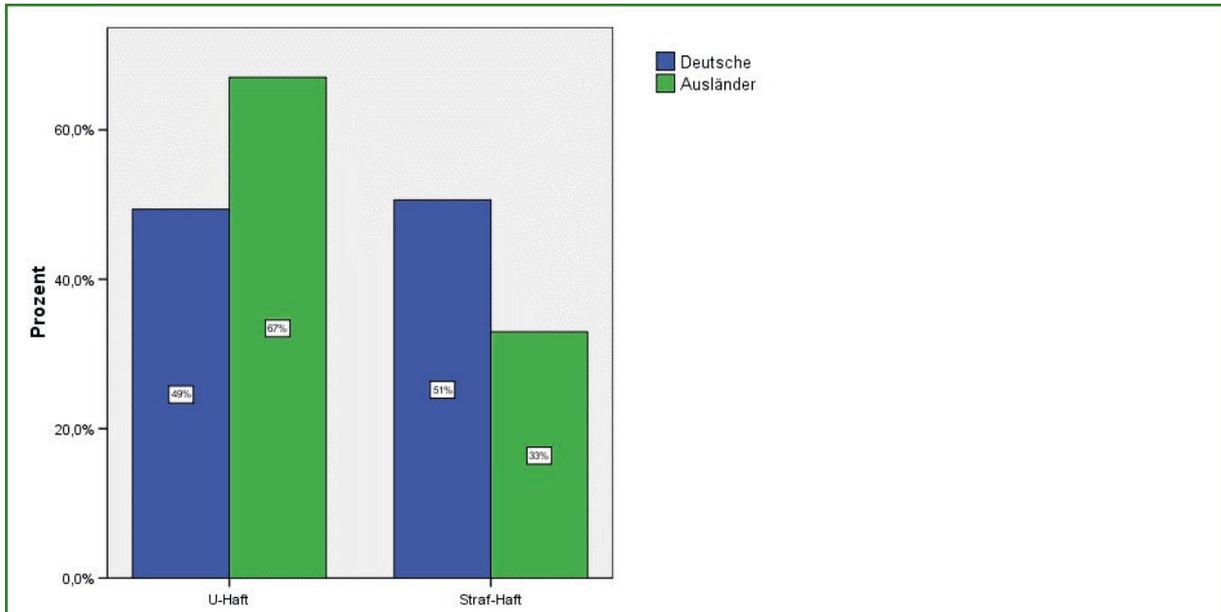


Abb. 2: Haftart und Nationalität

### Haftzeit bis zum Suizid

In allen Haftarten haben sich Ausländer wie Deutsche am häufigsten im ersten Haftmonat das Leben genommen, Ausländer im Vergleich zu Deutschen häufiger im 2. und 3. Haftmonat. Werden nur Suizidenten in Untersuchungshaft betrachtet, wird die Tendenz noch deutlicher: Untersuchungsgefangene begehen sozusagen am schnellsten Suizid, 41 % der Gruppe im ersten Haftmonat. Ausländische Suizidenten in Untersuchungshaft töten sich zwar auch am häufigsten im ersten Haftmonat (32%), aber im Vergleich zu Deutschen häufiger im 2. Haftmonat (20% zu 10%). In jedem Fall sind 50% beider Gruppen nach dem 2. Haftmonat tot.

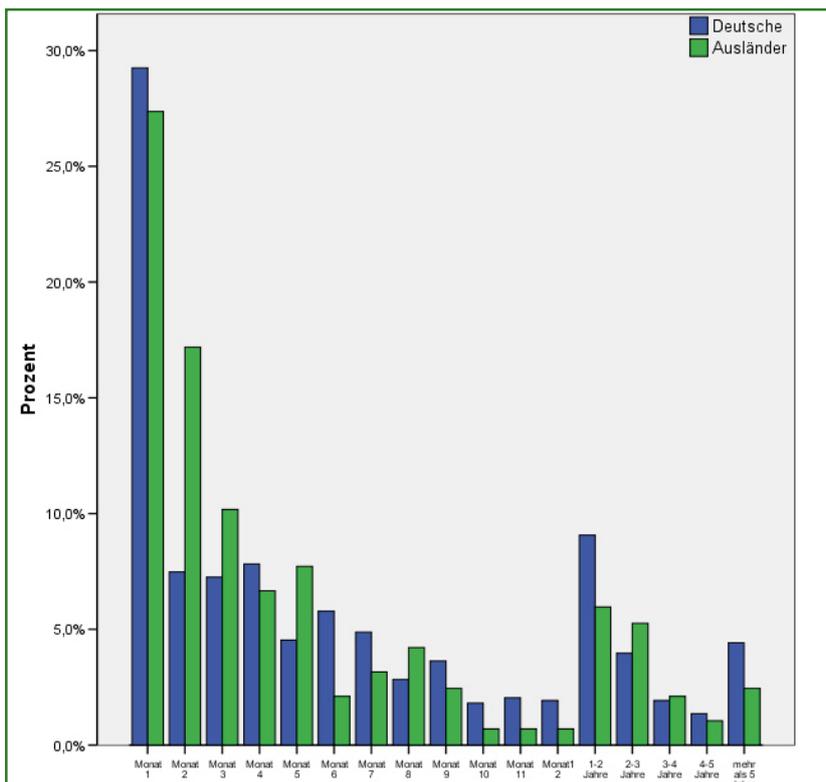


Abb. 3: U-Haftdauer bis zum Suizid

## Ausblick

Gemessen an den Aktivitäten, an den suizidpräventiven Maßnahmen, ist der bundesdeutsche Justizvollzug für die Problematik der ersten kritischen Haftzeit weitgehend sensibilisiert. Allerdings müssen wir uns mit der Suizidalität ausländischer Gefangener intensiver befassen. Der hohe Anteil ausländischer Suizidenten in Untersuchungshaft muss Anlass für weitergehende Erörterung sein. Sind unsere Maßnahmen der Suizidprävention in der ersten Haftzeit für ausländische Gefangene weniger wirksam? Oder gibt es für diese Gruppe bestimmte Ereignisse in den ersten drei Monaten, deren Bedeutung wir noch nicht erfasst haben? Oder ist es uns nicht gelungen, Suizidalität von Gefangenen aus anderen Kulturen frühzeitig genug zu erkennen?

Suizidalität hat viele Gesichter, und nicht zuletzt durch den Suizid des oben erwähnten, vermutlichen Selbstmordattentäters ist ein weiteres hinzugekommen. Es scheint an der Zeit zu sein, gemeinsam darüber nachzudenken, wie wir dieser Herausforderung begegnen können.

## Literatur:

Luther TK (2015): *ISLAM - Das gescheiterte System*. Berlin: Epubli

Croitoru J (2003) *Der Märtyrer als Waffe - Die historischen Wurzeln des Selbstmordattentats*. München: Carl Hanser

Goosen S, Kunst AE, Stronks K et al. (2011) *Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study*. *BMC Public Health* 11:484

Staehr MA, Munk-Andersen (2006) *Suicide and suicidal behavior among asylum seekers in Denmark during the period 2001-2003. A retrospective study*. *Ugeskrift for læger* 168 (17): 1650-3

Sundvall M, Tidemalm D, Titelman D et al. (2015) *Assessment and treatment of asylum seekers after a suicide attempt: a comparative study of people registered at mental health services in a Swedish location*. *BMC Psychiatry* 15:235

*Totalerhebung von Gefangenen: Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs*

Zamble E, Porporino FJ (1988) *Coping, Behavior and Adaption in Prison Inmates*. New York: Springer

*ZEIT online: Zuwanderer sind nicht krimineller als Deutsche* 8. Juni 2016

## „IMMER FAND ICH DEN NAMEN FALSCH, DEN MAN UNS GAB: EMIGRANTEN“ – Erinnerungen an Suizide von Flüchtlingen vor dem Nazi-Terror Werner Felber

Suizide in der deutschen Flüchtlingsgeschichte im Zusammenhang mit dem nationalsozialistischen Terrorregime wurden bisher suizidologisch nicht systematisch bearbeitet, fanden nur sporadisch Erwähnung in einigen Publikationen seit Mitte der 1980-er Jahre (z. B. Kwiet & Eschwege, 1984; Lehmkuhl, 2002; Orth, 2016; Goeschel, 2017). Auch in der digitalen Docupedia-Zeitgeschichte, die in der Exilforschung eine bedeutsame Rolle spielt (Krohn, 2012), findet sich kein Bezug zum Suizidgeschehen. Das wird zum Anlass genommen, das komplexe Thema historiographisch mehrdimensional zu behandeln, d. h. es im Zeitgeist anzusiedeln, einen retrospektiven quantitativen Ansatz zu versuchen, prototypische Einzelschicksale darzustellen und die Möglichkeit einer prospektiven Betrachtung wahrzunehmen. Die hier beschriebenen Suizide sind vorwiegend als motivisch externalisiert zu bewerten. Die in den letzten Jahrzehnten durch differenzierte Studien (sogen. psychologische Autopsien) gewonnene Erkenntnis von der vorwiegend psychopathologischen Motivation vollendeter Suizide (z. B. Schneider, 2003) darf also nicht epochen-unabhängig generalisiert werden. In Zeiten extremer politischer Belastungen, die eben Gegenstand der folgenden Untersuchung sein sollen, verschieben sich die Hauptmotive in Richtung äußerlicher, d. h. gesellschaftspolitischer Gründe zu Ungunsten psychischer Erkrankungen. So betrachtet gewinnen Suizide im Nationalsozialismus vermehrt den Charakter von ethisch-moralischen Entscheidungen unter konkreten existentiellen Bedrohungen, von letzten Auswegen aus entwürdigenden Bedingungen i. S. einer tiefgreifenden Dignität.

Zu dem aus suizidhistorischer Sicht bedeutsamen Thema werden folgende Schwerpunkte gesetzt:

1. Historische Einleitung
2. Suizidalität von Flüchtlingen seit den 1930-er Jahren
3. Quantitative Darstellung der Flüchtling-Suizidalität – ein Versuch
4. Paradigmatische Einzelschicksale von Flüchtling-Suiziden
5. Schicksale der Teilnehmer am III. Psychoanalytischen Kongress 1911 in Weimar

### 1. Historische Einleitung

Das 20. Jahrhundert in seiner geschichtlichen Einordnung – soweit man sich heute schon einen solchen Rückblick erlauben darf – ist als „Fortschritt im Bewußtsein der Freiheit“ im Hegel’schen Sinn charakterisiert durch eine äußerste Zwiespältigkeit: Einerseits vollzog sich die vielleicht größtmögliche Demokratisierung der menschlichen Gesellschaft – persönliche Freiheitsrechte wurden errungen, von denen bisher nur Träume existierten; andererseits ereigneten sich zwei große Kriege und es gab totalitäre Regime, die in ihren zumindest quantitativen Ausmaßen (Stalin, Hitler, Mao Zedong, Polpot) alles Bisherige in den Schatten stellten. Die Folge davon waren (und sind noch) Migrationsbewegungen gigantischen

Ausmaßes auf der ganzen Welt.

Die Geschichte der Menschheit ist eine Migrationsgeschichte, eine Geschichte von Emigration und Flucht, von Auswanderung und Vertreibung, von Lebensraumsuche und Verbannung. Europa wäre leer, wenn der *homo neanderthalensis* und später der *homo sapiens* nicht eingewandert wären. Warum diese einwanderten, wissen wir nicht; vielleicht folgten sie einem anthropologischen Urtrieb von Raumausbreitung, Abenteuerlust, einem Entdecker-Gen; möglicherweise waren aber auch sie Flüchtlinge vor Völkern mit wachsendem Konkurrenzdruck. Emigration und Flucht jedenfalls unterliegen nicht der gleichen Migrationsmotivation. Das meinte auch Brecht in einem Gedicht, das im Vortragstitel zitiert wird. Einen Tag nach dem Reichstagsbrand im Februar 1933, mit dem die entscheidende Wende zur Brutalisierung der Nationalsozialisten begann, flüchtete Bertold Brecht mit seiner Familie nach Prag. Als er sich im Exil in Dänemark befand, schrieb er 1937:

Über die Bezeichnung Emigranten

Immer fand ich den Namen falsch, den man uns gab:

Emigranten.

Das heißt doch Auswanderer. Aber wir

Wanderten doch nicht aus, nach freiem Entschluß

Wählend ein anderes Land. Wanderten wir doch auch nicht

Ein in ein Land, dort zu bleiben, womöglich für immer.

Sondern wir flohen. Vertriebene sind wir, Verbannte.

Und kein Heim, ein Exil soll das Land sein, das uns  
aufnahm.

Unruhig sitzen wir so, möglichst nahe den Grenzen

Wartend des Tags der Rückkehr, jede kleinste Veränderung

Jenseits der Grenze beobachtend, jeden Ankömmling

Eifrig befragend, nichts vergessend und nichts aufgebend

Und auch verzeihend nichts, was geschah, nichts verzeihend.

Ach, die Stille der Stunde täuscht uns nicht! Wir hören die  
Schreie

Aus ihren Lagern bis hierher. Sind wir doch selber

Fast wie Gerüchte von Untaten, die da entkamen

Über die Grenzen. Jeder von uns

Der mit zerissenen Schuhn durch die Menge geht

Zeugt von der Schande, die jetzt unser Land befleckt.

Aber keiner von uns

Wird hier bleiben. Das letzte Wort

ist noch nicht gesprochen.

Massenverstädterung, Proletarisierung der Gesellschaft, Klimakatastrophen, Hungersnöte und der beginnende Zerfall von multiethnischen Reichen wie Russland und die Habsburger Monarchie bewirkten bereits im ausgehenden 19. und im beginnenden 20. Jahrhundert ausgedehnte europäische Emigrantenbewegungen vor allem ins „Land der unbegrenzten Möglichkeiten“, die USA. In Hamburg kulminierten vor Ort und für die Schifffahrt Probleme, die den Reeder Albert Ballin (1857–1918) von der Hamburg-Amerikanischen Packetfahrt-Actien-Gesellschaft (HAPAG) um 1900 veranlasste, die berühmten „Auswandererhallen“ zu bauen. In rund 30 Einzelgebäuden ließ er Schlaf- und Wohnpavillons, Speisehallen, Bäder, einen Musikpavillon, eine Kirche und eine Synagoge sowie insbesondere Räume für ärztliche Untersuchungen errichten, in denen 170.000 Emigranten unterkamen und für die Auswanderung vorbereitet wurden. Nach zwischenzeitlichem Verfall dieser „Emigrantenstadt“ wurde dort 2007 das Auswanderermuseum *BallinStadt Hamburg* eröffnet, dem zahlreiche Erkenntnisse zu diesem Artikel zu danken sind.

Nach dem Ersten Weltkrieg suchten etwa 10 Millionen Menschen in Europa, Gewalt und Hunger zu entkommen. Doch:

„Wer war ‚nützlich‘ und durfte bleiben, wer war ‚lästig‘ und musste gehen? Diese Zuschreibungen entschieden in der Weimarer Republik über die Zukunft von Geflüchteten... Eine große Gruppe unter ihnen waren die sog. Ostjuden. Angekommen in der ersten deutschen Demokratie wurden sie mit einem zunehmenden Antisemitismus konfrontiert, der mehr und mehr auch Politik, Verwaltung und Medien durchzog. Im Mittelpunkt der öffentlichen Debatten standen... die Figur des ‚lästigen Ausländers‘ sowie die ‚Ausländerplage‘. Das Reden über ‚Überfremdung‘, ‚Schließung der Grenzen‘, ‚Überschwemmung mit Ostjuden‘ und ‚Menschenschmuggel‘ war weit verbreitet. Als ‚unerwünscht‘ wurden viele ‚fremdstämmige Ostausländer‘ schnell wieder zurückgeschickt. Die Ausweisung war ein Verwaltungsakt, gegen den es keinen Rechtsweg gab.“ (Steffen, 2016)

Das war – neben weiteren historischen Voraussetzungen – die Ausgangssituation, auf deren Boden sich die braune Macht zu entwickeln begann, neuerlich große Menschenmassen in die Flucht trieb und schließlich in einem Gewaltexzess gegen Andersdenkende, vor allem aber Juden endete.

## 2. Suizidalität von Flüchtlingen seit den 1930-er Jahren

Der Terror in den ersten Monaten der NS-Herrschaft nach dem Reichstagsbrand am 27.2.1933 führte zu einer ersten Fluchtwelle aus Deutschland. (s. Ausstellung in der BallinStadt, Auswanderermuseum Hamburg). Sie betraf in erster Linie Politiker, Journalisten, Schriftsteller und Künstler, darunter vor allem Juden. Die meisten der insgesamt 37.000 Emigranten dieses Jahres flohen in europäische Nachbarländer, vor allem nach Frankreich. Die zweite Auswanderungswelle setzte im Herbst 1935 ein. Ein Auslöser waren die „Nürnberger Gesetze“, mit denen die Gleichstellung der Juden aufgehoben wurde, z. B. durch den Entzug der politischen Rechte und das Verbot der Eheschließung zwischen Juden und Nichtjuden. (Diese zweite Auswanderungswelle wird von Kwiet u. Eschwege, 1984, nicht thematisiert.)

Der „Anschluss“ Österreichs im März 1938 verursachte eine dritte Fluchtwelle von vor allem österreichischen Juden, politisch Verfolgten und Intellektuellen.

Weitere Verfolgungsmaßnahmen gipfelten im Pogrom der „Reichskristallnacht“ vom 9. zum 10. November 1938, eine vierte Massenflucht begann. Rund 40.000 Menschen verließen Deutschland bis zum Jahresende. Die meisten von ihnen flüchteten nach Übersee, vor allem in die USA.

Nach Kriegsbeginn war eine Auswanderung erheblich erschwert, im Oktober 1941 wurde die Auswanderung offiziell verboten. Dennoch bewirkten die Deportationsbescheide in den Jahren 1943/44 weitere Fluchtanstiege, die von Kwiet & Eschwege (1984) als höchste (fünfte) Fluchtwelle eruiert wurde. Insgesamt flüchteten in der Zeit des Nationalsozialismus etwa 275.000–300.000 Juden aus Deutschland.

Hierzu wie auch zu allen weiteren Überlegungen ist darauf hinzuweisen, dass kaum Hoffnungen berechtigt sind, exakte Zahlenangaben von Flüchtlingen, über deren spezifische Eigenschaften und Merkmale sowie über Suizide unter ihnen zu erlangen. Wenn aber ungenaue Suizidzahlen in Beziehung gesetzt werden zu ungenauen Exilantenzahlen bzw. zu ungenauen Bevölkerungsanteilen von politisch Verfolgten und/oder Juden und dann noch zu berücksichtigen ist, dass der Suizid ohnehin eine mit einer Dunkelziffer behaftete Tatsache ist, bleiben nur Schätzungen übrig, die Exaktheit vermissen lassen; dennoch sollten Trendaussagen über zeitliche Abläufe zulässig sein, die einen Erkenntnisgewinn erwarten lassen. Wie irritierend komplex ein Einzelschicksal sein kann, zeigt der Fall Sigmund Freud (1856–1939). Er hatte nach der Annexion Österreichs am 12. März 1938 eine unerträgliche Hetzkampagne über sich ergehen lassen müssen und eine abenteuerliche Flucht von Wien über Paris nach London durch die Hilfe von Ernest Jones und Marie Bonaparte hinter sich gebracht – offizielle Erklärung Freud's beim Verlassen Wiens am 4. Juni 1938: „Ich kann die Gestapo jedermann auf das beste empfehlen“. Vier von fünf Schwestern Freud's mussten in Wien zurück bleiben und wurden später im KZ ermordet. Er war zu der Zeit 82 Jahre alt und vom Gaumen-Krebs schwer gezeichnet, konnte kaum noch sprechen und verlangte von seinem Arzt Sterbehilfe. Am 23. September 1939 um 3 Uhr morgens stellte Dr. Max Schur (1897–1969; Freud's Leibarzt seit 1929 und Psychoanalytiker) nach Verabreichung einer von Freud gewünschten großen, womöglich tödlichen Dosis Morphin dessen Tod fest. Im heutigen ethischen Kanon ist dies wohl als Palliativmedizin i. S. einer terminalen Sedierung zu bewerten. Die Diskussionen darüber, ob bzw. dass Freud Suizid beging bzw. sein Vertrauensarzt ärztlich assistierten Suizid ableistete, sind noch nicht verstummt.

Kwiet und Eschwege (1984) haben sich mit dem Suizid in der jüdischen Geschichte, seinen ethischen Bewertungen im Talmud, marginal mit psychologischen Interpretationen und genauer mit archivalisch-dokumentarischen Überlieferungen beschäftigt und kommen zu der Aussage, „daß die Selbstmorde deutscher Juden oder Deutscher jüdischer Herkunft im Dritten Reich ein Ausmaß annahmen, das sie in den Rang eines Massenphänomens erhebt“ (S. 196). Aus zahlreichen Quellen erarbeiteten sie eine „Selbstmordkurve der Juden in Deutschland 1933–1945“ (s. Abb. 1). Diese halbquantitative Darstellung wird von ihnen in Beziehung gesetzt zu maßgeblichen politischen Ereignissen: „Juden-Boykott“, „Anschluss“ Österreichs, „Kristallnacht“ und Deportationsbescheide, womit Fluchtwellen im zeitlichen

Verlauf eine Erklärung finden. Vom Autor (W. F.) wurden die Zahlenquellen von Kwiet und Eschwege (1984) ergänzt (s. unterhalb der Zeitachse), sie stützen sich hauptsächlich auf die „Beerdigungen jüdischer Selbstmörder auf dem Berliner Friedhof Weißensee“ (Kurve D), aus deren Verlauf sie dann einen „vermuteten Trendverlauf“ (gestrichelte Kurve A) entwerfen. Er vermittelt immerhin eine gute Vorstellung von einem Zeitablauf des Suizidphänomens bei Juden im Dritten Reich, der eher unterschätzt erscheint.

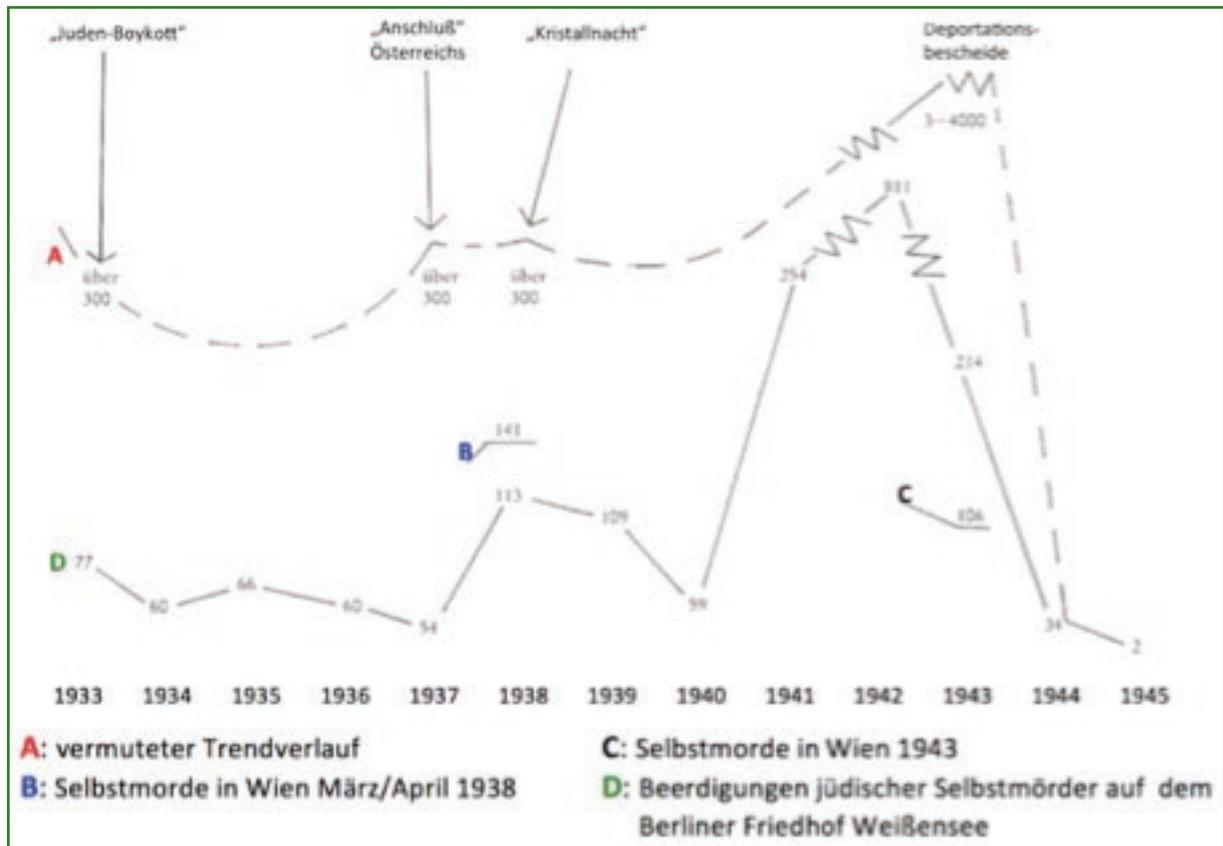


Abb. 1: Selbstmordkurve der Juden in Deutschland 1933–1945  
(ergänzt nach Kwiet & Eschwege, S. 199)

Im Allgemeinen war der Hass und der Vernichtungswille unter den Nazis gegenüber Juden schon früh festzustellen, was sich auch in ihrer unmenschlichen Einstellung gegenüber dem Suizid von Juden niederschlug, wie das folgende Beispiel zynisch demonstriert:

Im Sommer hatte sich in Bad Cannstatt bei Stuttgart Fritz Rosenfelder das Leben genommen. Seinen christlichen Freunden hinterließ er einen Abschiedsbrief: „Ihr lieben Freunde. Hierdurch mein letztes Lebewohl. Ein deutscher Jude konnte es nicht über sich bringen, zu leben in dem Bewußtsein, von der Bewegung, von der das nationale Deutschland die Rettung erhofft, als Vaterlandsverräter betrachtet zu werden. Ich gehe ohne Haß und Groll. Ein inniger Wunsch beseelt mich: Möge in Bälde die Vernunft Einkehr halten. Da mir ... überhaupt keine ... Tätigkeit möglich ist, versuche ich durch meinen Freitod meine christlichen Freunde aufzurütteln. Wie es in uns deutschen Juden aussieht, mögt ihr aus meinem Schritt ersehen. Wieviel lieber hätte ich mein Leben für mein Vaterland gegeben. Trauert nicht, sondern versucht aufzukären und der Wahrheit zum Siege zu verhelfen. So erweist ihr mir die größte Ehre. Euer Fritz.“

Der „Nachrichtendienst“ der NSDAP in Duisburg veröffentlichte diesen Brief im August 1933 und kommentierte ihn mit den Worten: „Wenn der Jude Fritz Rosenfelder geglaubt hat, damit die Deutschen in ihrer Einstellung zur jüdischen Rasse anderen Sinnes werden zu lassen, dann ist er umsonst gestorben. Aber wir denken jetzt, nachdem er tot ist, unsererseits ebenfalls an ihn ‚ohne Haß und Groll‘. Im Gegenteil, wir freuen uns über ihn und wir haben nichts dagegen, wenn seine Rassegenossen sich in der gleichen Weise empfehlen. Dann hat nämlich tatsächlich ‚die Vernunft in Deutschland Einkehr gehalten‘ und die Judenfrage ist auf einfache und friedliche Weise gelöst. Wir sind dann auch bereit, den Dahingeschiedenen das letzte Geleit zu geben und zu Ehren Jahwes drei donnernde Salven in die Luft zu schießen.“ (Kwiet & Eschwege, S. 200)

Im KZ Theresienstadt konnten Fälle von Suiziden und Suizidversuchen nachgewiesen werden, die sich trotz extrem restriktiver „Disziplinierung“ ereigneten, siehe Tabelle 1. Ärzte deklarierten nachweislich, dass Suizide aus Furcht vor Repressionen als „Herzversagen“ vertuscht wurden.

*Tabelle 1: Selbstmorde und Selbstmordversuche im Konzentrationslager Theresienstadt (Kwiet & Eschwege, 1986, S. 209)*

Jahre	Fälle
1941	2 Fälle
1942	264 Fälle
1943	164 Fälle
1944	54 Fälle
1945	Kein Fall
Tötungsarten bis 1943	Fälle
Gift (meist Veronal)	285 Fälle
Schnittwunden	65 Fälle
Fenstersprung	45 Fälle
Erhängen	35 Fälle

Die Autoren interpretieren die Zahlen so, dass die eher niedrige Suizidrate für den Lebenswillen der Häftlinge sprechen. Die über die Jahre eher fallende Suizidrate bestätige außerdem die Annahme, dass mit zunehmender Haftdauer die Suizidgefährdung abnahm. Es sei darauf hingewiesen, dass Kwiet und Eschwege in ihrem Kapitel „Der Selbstmord“ (S. 194–215) nicht exakt mit den Begriffen Selbstmord und Selbstmordversuch umgehen, wenn von einer Suizidrate gesprochen wird. Wie jedoch der folgende Bericht zeigt, lässt sich unter den geschilderten Umständen eine Exaktheit wohl schwer erreichen:

Im Sobiborprozess wurde festgestellt: „Häftlinge(n), die Selbsttötungsversuche unternahmen und zum Morgenappell noch fehlten, ... wurden zur ‚Abschreckung‘... erschossen“, und in einer Ansprache wurde verkündet, „daß nur den Deutschen das Recht zu töten zustehe, Juden aber nicht einmal das Recht hätten, sich selbst zu töten.“ (Rückerl, 1977, S. 191)

### 3. Quantitative Darstellung der Flüchtling-Suizidalität – ein Versuch

Im Internet (Wikipedia) existiert eine „Liste bekannter deutschsprachiger Emigranten und Exilanten (1933–1945)“, in der prominente deutschsprachige Persönlichkeiten erfasst sind, die das Gebiet des Deutschen Reichs – inkl. Saarland ab 01.03.1935, Oesterreich ab 12.03.1938, Böhmen und Mähren ab 15.03.1939 – z. Zt. des Nationalsozialismus verlassen mussten. Einige davon haben diese Konsequenz bereits vor Hitlers Machtantritt gezogen. Dieses hochgradig wichtige Portal wird offensichtlich kollektiv weiter aktiv bearbeitet und wächst an. Für die hier vorliegende Bearbeitung wurde es letztmalig am 13.02.2017 abgerufen.

Diese Liste ist zwar keine epidemiologische Grundlage für die Gesamtheit von Exilanten, da prominente Persönlichkeiten keine Zufallsauswahl darstellen. Eine statistisch saubere Zufallsauswahl wird sich jedoch in absehbarer Zukunft nicht (oder nie) erstellen lassen, weil es keine Gesamterfassung aller Exilanten unter den damaligen Bedingungen von Flucht, Geheimhaltung, Illegalität und Namen- bzw. Passfälschungen gibt und geben kann. Die Liste verfügt dennoch über ein ausreichendes Potential, statistische Aussagen zu historisch relevanten biographischen Entwicklungen, vor allem über Todesursachen zu erlangen, weil Prominente auch in der Zukunft Spuren hinterließen. (Große Personenlisten von bis zu 25.000 Exilanten, s. in Krohn, 2012, können das nicht leisten.) Es handelt sich um 720 Personen aus beruflichen Bereichen, die in Tabelle 2 aufgelistet sind.

Tabelle 2: Liste bekannter deutschsprachiger Flüchtlinge und Exilanten (1933–1945)

Anzahl der Flüchtlinge ( $\Sigma=720$ )	aus den Bereichen
176	Literatur und Publizistik
98	Geistes- und Sozialwissenschaft
70	Film
65	Philosophie und Theologie
62	Naturwissenschaft
61	Politik
58	bildende Kunst und Architektur
53	Musik
34	Mathematik
31	Theater
8	Wirtschaft und Justiz
4	Sport

Bevorzugte Fluchtziele waren: USA, Frankreich, England, Schweiz, Italien, Spanien, Tschechoslowakei, Dänemark, Schweden, Norwegen, China, Sowjetunion, Palästina, Israel, Ungarn, Niederlande und Türkei.

Beispiele aus den Berufsgruppen lesen sich wie ein Who's Who prominenter Persönlichkeiten dieser Zeit: Dichter, Schriftsteller – Stefan Zweig, Golo Mann, Bertold Brecht, Elias Canetti; bildende Künstler – Max Beckmann, Max Ernst, George Grosz, Ernst-Ludwig Kirchner, Oskar Kokoschka; Architekten – Walter Gropius, Ludwig Mies van der Rohe; Fotografen – Alfred Eisenstädter; Sänger – Jan Kiepura, Joseph Schmidt; Instrumentalisten – Artur Schnabel, Vladimir Horowitz; Komponisten – Paul Hindemith, Erich Wolfgang Korngold, Paul Dessau; Dirigenten – Fritz Busch, Erich Kleiber, Otto Klemperer, Bruno Walter; Schauspieler – Peter Lorre, Asta Nielsen, Lilli Palmer; Regisseure – Max Reinhardt, Fritz Lang, Otto Preminger, Billy Wilder; Kabarettisten und Komiker – Friedrich Hollaender, Georg Kreisler; Wissenschaftler – Albert Einstein, Kurt Gödel, Max Delbrück, Lise Meitner; Philosophen – Hannah Arendt, Walter Benjamin, Ernst Bloch, Martin Buber, Georg Lukács, Jean Améry, Karl Popper; Psychiater, Psychologen, Psychoanalytiker – Hans Hoff, Victor E. Frankl, Karl und Charlotte Bühler, Otto Fenichel, Frieda Fromm-Reichmann, Sigmund Freud, Arthur Kronfeld, Heinz-Detlef von Witzleben; Politiker – Willy Brandt, Bruno Kreisky, Herbert Wehner, Henry Kissinger; Juristen – Fritz Bauer; Journalisten – Max Beer; Theologen – Paul Tillich; Sportler – Helene Mayer.

In dieser Gesamtstichprobe von 720 Exilanten wurden durch Studium der kompletten Lebensläufe 32 gefunden, die durch Suizid verstorben sind (Suizidstichprobe). Ihre individuelle Kurzcharakteristik wird in Tabelle 3 dargestellt.

*Tabelle 3: Exilanten, durch Suizid verstorben*

Name	Vorname	Suizidtag	Abstammg	Beruf	Alter [J]
Ackermann	Anton	04.05.1973	deutsch	Politiker	67
Alsberg	Max	11.09.1933	jüdisch	Jurist	55
Améry	Jean	17.10.1978	jüdisch	Schriftsteller, Philosoph	65
Benjamin	Walter	26.09.1940	jüdisch	Schriftsteller, Philosoph	48
Bertz	Paul	19.04.1950	deutsch	Politiker	63
Crevel	René	18.06.1935	französisch	Schriftsteller	34
Döblin	Erna	14.09.1957	jüdisch	Medizinerin	69
Döblin	Wolfgang	21.06.1940	jüdisch	Mathematiker	25
Dubislav	Walter	17.09.1937	deutsch	Philosoph	42
Federn	Paul	04.05.1950	jüdisch	Psychoanalytiker	78
Giese	Karl	16.03.1938	deutsch	Schauspieler	39
Hasenclever	Walter	21.06.1940	deutsch	Schriftsteller	49
Kerr	Alfred	12.10.1948	jüdisch	Schriftstelller	80
Kirchner	Ernst Ludwig	15.06.1938	deutsch	Maler	58
Kronfeld	Arthur	16.10.1941	jüdisch	Sexualmediziner	55

Kronfeld	Lydia	16.10.1941	jüdisch	Stenotypistin	um 50
Lazar	Maria	30.03.1948	jüdisch	Schriftstellerin	52
Mann	Klaus	21.05.1949	jüdisch	Schriftsteller	42
Mendelssohn	Eleonora v.	24.01.1951	jüdisch	Schauspielerin	51
Münzenberg	Willi	0?.06.1940	deutsch	Verleger, Politiker	50
Neumann	Robert	03.01.1975	jüdisch	Schriftsteller	77
Olden	Balder	24.10.1949	jüdisch	Schriftsteller	67
Rothmann	Eva	1960	jüdisch	Nervenärztin	63
Rühle-Gerstel	Alice	24.06.1943	jüdisch	Schriftstellerin	49
Stekel	Wilhelm	25.07.1940	jüdisch	Psychoanalytiker	72
Toller	Ernst	22.05.1939	jüdisch	Schriftsteller	45
Tucholsky	Kurt	21.12.1935	jüdisch	Schriftsteller	45
Weinberger	Jaromir	08.08.1967	jüdisch	Musiker	71
Weiss	Ernst	15.06.1940	jüdisch	Schriftsteller	57
Wolfenstein	Alfred	22.01.1945	jüdisch	Jurist, Schriftsteller	61
Zweig	Stefan	23.02.1942	jüdisch	Schriftsteller	60
Zweig	Lotte	23.02.1942	jüdisch	Sekretärin	33
$\Sigma$	<b>32 Suizide</b>		<b>jüd. 75,0%</b>		<b>55,4 J.</b>

Nicht berücksichtigt wurden Suizide einer ganz ähnlichen Klientel, die sich aber (noch) nicht auf der Flucht befand. So z. B. Egon Friedell (1878–1938), Journalist, Schriftsteller und Kulturphilosoph, der – schon vorher suizidentschlossen – sich am 16. März 1938 aus dem Fenster seiner Wiener Wohnung im 3. Stock stürzte, als zwei SA-Männer an seiner Wohnungstür nach dem „Jud Friedell“ fragten. Oder: Joachim Klepper (1903–1942), deutscher Theologe, Journalist, Schriftsteller und Dichter bedeutender geistlicher Lieder, der wegen seiner „nichtarischen Ehe“ 1941 als „wehrunwürdig“ aus der Wehrmacht entlassen wurde; aus Furcht vor der Deportation seiner Tochter und Ehefrau nahm sich die Familie zu dritt in der Nacht vom 10. zum 11. Dezember 1942 mittels Schlaftabletten und Gas das Leben. Um die Suizidstichprobe hinsichtlich einiger Merkmale mit den nicht durch Suizid verstorbenen Exilanten der Gesamtstichprobe vergleichen zu können, wurde eine repräsentative Vergleichsstichprobe von 32 Exilanten ohne Suizid durch Zufallsauswahl (jeder 20. einer alphabetischen Reihe) randomisiert.

Das durchschnittliche erreichte Lebensalter (= Todesalter) und der Anteil jüdischer Abstammung in den Gruppen Exilanten ohne Suizid (repräsentativ randomisierte Vergleichsstichprobe) und Exilanten mit Suizid (Suizidstichprobe) wird in der Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Vergleich der Exilanten ohne Suizid (32) und mit Suizid (32) nach durchschnittlichem Lebensalter und jüdischer Abstammung

	Lebensalter [J]	jüdische Abstammung [%]
Exilanten ohne Suizid	78,6	60,9
Exilanten mit Suizid	55,4	75,0

In den Abbildungen 2 und 3 wird das erreichte Lebensalter in den beiden Gruppen Exilanten ohne Suizid und Exilanten mit Suizid differenziert nach Lebensdekaden dargestellt, um den Verlust an Lebenszeit durch Suizid optisch eindrucksvoller zu verdeutlichen.

In der Gesamtstichprobe von 720 Exilanten ereigneten sich 32 Suizide. Das entspricht einer Lebenszeitprävalenz von 4,4 %. Gesicherte Vergleichsdaten für die Allgemeinbevölkerung aus der Zeit dieser Untersuchung existieren m. W. nicht (Felber, 2007). Bostwick et al. (2000) geben ein Lifetime Risiko für Suizide mit 0,5 % an. Althaus et al. (2004) schätzen die Wahrscheinlichkeit eines Suizids über die gesamte Lebenszeit in der deutschen Bevölkerung für Männer auf 1.5% und für Frauen auf 0.7%. Ajdacic-Gross (2010) stellt fest, dass 1 % einer Generation durch Suizid verstirbt. Es muss aber zusätzlich berücksichtigt werden, dass die Suizidhäufigkeit vor 60 Jahren weltweit wohl nur halb so hoch war wie heute (Bertolote et al., 2002). Man kann also orientierend davon ausgehen, dass die Lebenszeitprävalenz der Gesamtstichprobe prominenter deutschsprachiger Persönlichkeiten mindestens vier bis acht mal höher war als in der Durchschnittsbevölkerung.

Zu ergänzen ist eine besonders tragische Alternative zum Suizid der Gepeinigten: 29 Flüchtlinge aus der Gesamtgruppe (4,0 %) wurden ermordet oder sind in Lagern umgekommen, die meisten in deutschen Konzentrationslagern, sieben aber auch im selbst gewählten sowjetischen Exil.



Abb. 2: Darstellung der 32 Exilanten, die sich nicht suizidierten, nach Altersgruppen



Abb. 3: Darstellung der 32 Exilanten, die sich suizidierten, nach Altersgruppen

Darunter so prominente Personen, wie Heinrich Vogeler (1872–1942), Maler, Architekt, Schriftsteller, aktiver Sozialist, der 1931 in die Sowjetunion übersiedelte, 1942 in die Kasachische SSR zwangsevakuert wurde und dort verhungerte; Georg Lewin, Pseudonym Herwarth Walden (1878–1941), Schriftsteller, Galerist, Musiker, der 1932 ins Exil nach Moskau ging, 1941 nach Saratow (Wolga) deportiert wurde und dort im Gefängnis unter nicht geklärten Verhältnissen umkam.

Die Ergebnisse können vorsichtig so zusammengefasst und ergänzt werden:

1. unter Exilanten ist eine deutlich erhöhte Suizidalität um das mindestens vier- bis achtfache zu verzeichnen (Lebenszeitprävalenz für Suizid von 4,4 %);
2. unter Exilanten ohne Suizid ist der Anteil von Personen jüdischer Abstammung hoch (60,9 %), unter Exilanten, die Suizid begangen haben, noch deutlich höher (75,0 %);
3. das durchschnittliche erreichte Lebensalter von Exilanten mit Suizid (55,4 Jahre) ist (erwartungsgemäß) herabgesetzt, der Verlust an durchschnittlicher Lebenszeit gegenüber Exilanten ohne Suizid ist mit 23,2 Jahren erstaunlich groß;
4. 29 Flüchtlinge aus der Gesamtgruppe (4,0 %) wurden ermordet oder sind in Lagern umgekommen;
5. 15 Schriftsteller unter Suizidanten (46,9 %) könnten gegenüber 24,2 % in der Gesamtstichprobe überrepräsentiert sein;
6. 1 Musiker unter Suizidanten (3,0 %) könnte gegenüber 7,4 % in der Gesamtstichprobe unterrepräsentiert sein;
7. die beschriebenen statistischen Unsicherheiten aufgrund ungenauer Zahlengrundlagen relativiert die Ergebnisse, sie können nur einen Trend widerspiegeln.

#### 4. Paradigmatische Einzelschicksale von Flüchtling-Suiziden

Die ergänzende Behandlung von Einzelschicksalen soll ein veristisches Bekenntnis zum Facettenreichtum der Darstellung von Suizidalität bei Flüchtlingen vervollständigen. Zwei Doppelsuizide unter ihnen unterstreichen die erlebte Ausweglosigkeit unter existentieller Bedrohung.

##### **Walter Hasenclever** (1890–21.06.1940)

... war 1914 mit seinem Drama „Der Sohn“ schlagartig berühmt geworden und galt bald als einer der führenden expressionistischen Schriftsteller im Deutschland der 20-er Jahre. 1933 wurden seine Werke von Nationalsozialisten öffentlich verbrannt. Er ging ins Exil nach Südfrankreich. Nach dem Überfall Deutschlands auf Frankreich wurde er als „feindlicher Ausländer“ mehrmals interniert, was seine Ohnmacht und lange schon bestehenden Suizidphantasien verstärkte.



Aus Angst, den Nazis in die Hände zu fallen, nahm er sich in der Nacht zum 21. Juni 1940 im Internierungslager Les Milles bei Aix-en-Provence durch Vergiftung mit Veronal das Leben. Erst 1945 konnte seine Frau seinen Leichnam aus einem Sammelgrab in eine würdige Stelle auf dem Friedhof St. Pierre in Aix-en-Provence umbetten.

##### **Wolfgang Döblin** (1915–21.06.1940)

... war der zweite Sohn des deutschen Schriftstellers Alfred Döblin und ein genialer deutsch-französischer Mathematiker. Nach Studiumbeginn in Berlin vervollständigte er nach der Flucht der Familie vor den Nazis 1933 sein Mathematik- und Physikstudium an der Sorbonne in Paris. Von 1936 an veröffentlichte er bis zu seinem frühen Tod mehr als 25 vielbeachtete Arbeiten zur Wahrscheinlichkeitstheorie, vor allem zur Theorie der Markow-Prozesse. 1938



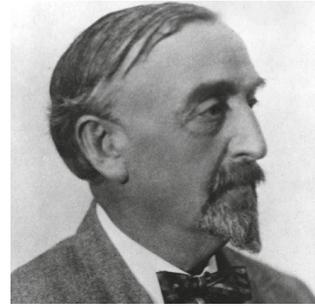
promoviert, wurde er zum Militärdienst in der französischen Armee verpflichtet. Als Infanteriesoldat hat er sich beim Herannahen der deutschen Wehrmacht auf einem Bauernhof in Housseras / Vogesen erschossen. Seine Identifizierung erfolgte erst 1944; seine Eltern ließen sich 1957 ebenfalls in Housseras beisetzen.

Die Hauptresultate seiner Forschungen hatte er kurz vor seinem Tod in einem sogen. „Versiegelten Umschlag“ an die Pariser Académie des Sciences geschickt. Die seit dem 17. Jahrhundert einem strengen Zeremoniell unterliegende Öffnung des „Versiegelten Umschlags“ im Jahr 2000 brachte die Krönung von Döblins Forschungen zu Tage: Mit seiner Schrift „Sur l'équation de Kolmogoroff“ (1940) hatte er die Resultate über stochastische Integration von Ito Kiyoshi (1946) vorweg genommen.

##### **Wilhelm Stekel** (1868–25.07.1940)

... war ein begnadeter Psychoanalytiker und Freud-Anhänger der ersten Stunde. 1902 initiierte er Freuds Psychologische Mittwoch-Gesellschaft, aus der später die großen psychoana-

lytischen Institutionen hervorgingen. 1906 beteiligte er sich an der Gründung des *Wissenschaftlich-humanitären Komitees*, welches sich international der Entkriminalisierung der Homosexualität widmete (Felber et al., 2017). 1908 verfasste Freud noch ein Vorwort zu Stekel's Buch „Angstzustände und ihre Behandlung“. Ab 1911 verfremdete sich die Beziehung zu Freuds engerem Psychoanalytikerkreis, was 1912 zum endgültigen Bruch führte. In seiner Wiener



Praxis analysierte er u. a. den oesterreichischen Psychoanalytiker und Anarchist Otto Gross und den schottischen Pädagogen Alexander S. Neill („Summerhill“). Sein Hauptwerk „Störungen des Trieb- und Affektlebens“ in 10 Bänden veröffentlichte Stekel bis 1928. Es wurde in mehrere Sprachen übersetzt. Seine zahlreichen Bücher und Schriften –mehr als 500, darunter auch Novellen, Theaterstücke und Kompositionen – fanden weite Verbreitung und wurden bis in die 1970-er Jahre in den USA neu aufgelegt. Als begabter Geiger und Klavierspieler pflegte er zeitlebens mit geneigten Kollegen Hausmusik.

Stekels Werke wurden im Nationalsozialismus verboten. Am Tage des „Anschlusses“ Oesterreichs an Deutschland, dem 11. März 1938, floh er ins Exil nach England. Dort beging er im Alter von 72 Jahren mittels Aspirinvergiftung Suizid.

### **Walter Benjamin** (1892–26.09.1940)

Die *International Walter Benjamin Society* betreut heute wissenschaftlich das Werk des Philosophen, Kulturkritikers und Übersetzers vor allem französischer Autoren, dessen geistige Vernetzung über ganz Europa reichte, der eng befreundet war mit Theodor W. Adorno, Hannah Arendt und Gershom Scholem. Zu Lebzeiten war er nicht erfolgreich, zählt jedoch heute zu den am meisten rezipierten Philosophen des 20. Jahrhunderts. Sein Werk hier zu würdigen, sprengt den gegebenen Rahmen.



Nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten ging Benjamin im September 1933 ins Exil nach Paris, wo ihn Hannah Arendt materiell unterstützte. Im November 1939 schrieb er seinen letzten Aufsatz „Über den Begriff der Geschichte“, worauf er seine Flucht über Lourdes und Marseille nach Spanien antrat. In Portbou kurz hinter der französisch-spanischen Grenze angelangt, musste er dennoch die Auslieferung an die Deutschen befürchten und nahm sich in der Nacht vom 26. zum 27. September 1940 unter nicht restlos geklärten Umständen das Leben. 1994 wurde am Friedhof von Portbou das symbolträchtige Denkmal *Passagen* eröffnet.

### **Arthur Kronfeld** (1886–16.10.1941)

... begann seine wissenschaftliche Laufbahn an der berühmten Psychiatrischen Universitätsklinik in Heidelberg unter Franz Nissl, wo u. a. Karl Wilmanns und Karl Jaspers seine Kollegen waren. Nach der Promotion 1909 zum Dr. med. und 1912 zum Dr. phil. publizierte er eine umfangreiche Kritik der Psychoanalyse, die ihn im europäischen Ausland sehr schnell bekannt machte. Nebenbei veröffentlichte Kronfeld expressionistische Lyrik in den Zeitschrif-

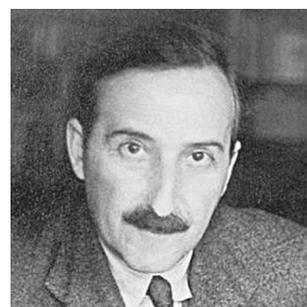
ten *Der Sturm* und *Die Aktion*. Ab 1913 wirkte er in Berlin – unterbrochen durch eine vierjährige Tätigkeit als Militärarzt im Ersten Weltkrieg – auf zahlreichen Gebieten: ärztlicher Leiter im *Institut für Sexualwissenschaft* von Magnus Hirschfeld, forensische Tätigkeit in großen Sexualstrafrechtsprozessen, Lehrtätigkeit zu schulenunabhängiger Psychotherapie, umfangreiche Publikationstätigkeit mit psychiatrischen, sexualwissenschaftlichen und wissenschaftsphilosophischen Themen; 1926 Eröffnung einer psychotherapeutischen Praxis, Mitarbeit im *Verein sozialistischer Ärzte*, Engagement in der *Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie*; 1927 Habilitation bei Karl Bonhoeffer, Lehrtätigkeit an der Charité, 1931 Ernennung zum a.o. Professor, nachdem er zum Protestantismus konvertiert war.



Mit dem Machtantritt Hitler's wurde Kronfeld schrittweise aus dem wissenschaftlichen Leben ausgeschaltet, seiner Lebensgrundlagen beraubt und schließlich 1935 die Lehrbefugnis entzogen. Er übersiedelte in die Schweiz. Ein Asylantrag scheiterte jedoch an den dortigen Behörden, weshalb er das Angebot auf eine Forschungsprofessur in Moskau annahm. Sein Leben und Wirken in der Sowjetunion 1936 bis 1941 ist als entgegenkommend und erfolgreich zu werten; dennoch suizidierte er sich am 16. Oktober 1941 zusammen mit seiner Frau Lydia unter weitgehend ungeklärten Umständen, als der Einmarsch der deutschen Truppen drohte. In der Psychiatrie verlor sich die Erinnerung an ihn auch aufgrund heute nicht mehr vertretbarer rassentheoretisch-eugenischer Ansichten in seinen Werken.

### **Stefan Zweig** (1881–23.02.1942)

... resümierte in seiner Autobiographie „Die Welt von gestern“ (Zweig, postum 1944, Vorwort): „Ich bin aufgewachsen in Wien, der zweitausendjährigen übernationalen Metropole, und habe sie wie ein Verbrecher verlassen müssen... Mein literarisches Werk ist in der Sprache, in der ich es geschrieben, zu Asche gebrannt worden, in eben demselben Lande, wo meine Bücher Millionen Leser sich zu Freunden gemacht. So gehöre ich nirgends mehr hin, überall Fremder und bestenfalls Gast.“ Die Autobiografie endet 1941 im brasilianischen Exil.



Zweig, der Weltschriftsteller, war am 20. Februar 1934 kurz nach einer politisch inzenierten Durchsuchung seiner Wohnstätte, dem Paschinger Schlössl in Salzburg, auf der Flucht nach England (London, später Bath). Nach Beginn des zweiten Weltkrieges floh er aus Furcht vor Internierung als Enemy Alien weiter nach New York, Argentinien, Paraguay und schließlich Brasilien, wo er 1940 zwar willkommen war, selbst aber sich fremd und zunehmend verzweifelt fühlte. Aus einer politischen und persönlichen Motivmischung (Zerstörung seiner „geistigen Heimat Europa“, Scheidungs- und Neuvermählungs-drama, Exhibitionismus-Skrupel) beging er in der Nacht zum 23. Februar 1942 zusammen mit seiner zweiten Frau Lotte in seinem Haus in Petrópolis einen Gemeinschaftssuizid mit Veronal. In einem seiner 20 Abschiedsbriefe heißt es: „Ich grüße alle meine Freunde! Mögen sie die Morgenröte noch sehen nach der langen Nacht! Ich, allzu Ungeduldiger, gehe ihnen voraus.“

### **Alice Rühle-Gerstel** (1894–24.06.1943)

... war eine in Prag geborene deutschsprachige Schriftstellerin, Individualpsychologin und Frauenrechtlerin. Nach ihrer Ausbildung - Literaturwissenschaft und Philosophie - in Dresden, Prag und München promovierte sie 1921 über Friedrich Schlegel und wurde Schülerin von Alfred Adler. Im selben Jahr heiratete sie den Pädagogen und politisch hochaktiven Rätekommunisten Otto Rühle. Zusammen mit Grete Fantl gründete sie die *Marxistisch-individual-psychologische Arbeitsgemeinschaft Dresden* sowie den *Verlag Am andern Ufer* in Buchholz-Friedewald bei Dresden und gab die *Monatsblätter für sozialistische Erziehung* heraus. Sie war eine fruchtbare Autorin zahlreicher Bücher und Artikel. Bereits vor Beginn der faschistischen Nazi-Herrschaft fühlte sie sich in Deutschland nicht mehr sicher, weshalb sie 1932 in ihre Heimatstadt Prag zurückkehrte.



1936 folgte sie ihrem politisch verfeimten Ehemann nach Mexiko, wo sie als Übersetzerin und Journalistin arbeitete. Trotz bestehender Freundschaften zu Leo Trotzki, Frida Kahlo und Diego Rivera wurde sie in Mexiko nie heimisch. Am Tag des Todes ihres Mannes im Juni 1943 nahm sie sich das Leben.

### **Klaus Mann** (1906–21.05.1949)

... betrachtete seine familiäre Herkunft als „die bitterste Problematik meines Lebens“, da er als weltgewandter Schriftsteller stets an dem Werk des berühmten Vaters, des Nobelpreisträgers von 1929, gemessen wurde. Gemeinsam mit seiner ebenfalls berühmten Schwester Erika war er ein rastlos Suchender und Reisender. In seinem Roman „Der fromme Tanz“ outete er sich als Homosexueller. Seine Romane „Mephisto“ und „Der Vulkan“ erregten öffentlich Ärgernis und viel Beachtung. Im Januar 1933 trat er kaberettistisch offen gegen Hitlers Nationalsozialismus auf. Durch Flucht am 13. März 1933 nach Paris entging er der Verhaftung. Seine Bücher wurden im Juni 1933 öffentlich verbrannt. Klaus Mann wurde zum aktiv gegen den Nationalsozialismus kämpfenden Exil-Literaten. 1943 nahm er die amerikanische Staatsbürgerschaft an. Nach 1945 konnte er in Deutschland nicht mehr recht Fuß fassen, weil ihm das Schreiben in Englisch, nun auch in Deutsch schwer fiel: Im Englischen nie ganz zu Hause, das Deutsche für ihn verschlissen, „jetzt stocke ich in zwei Zungen“. Die Veröffentlichung des autobiographischen Romans „Der Wendepunkt“ wird hingehalten und erschien erst postum (1952).



Nach mehreren vorausgegangenen Suizidversuchen (1941, 1948) verstarb Klaus Mann am 21. Mai 1949 an einer Überdosis von Schlaftabletten in Cannes. Sein Onkel Heinrich Mann sagte, Klaus sei „von dieser Epoche getötet“ worden. Er gilt heute als einer der wichtigsten Repräsentanten der deutschsprachigen Exilliteratur nach 1933.

### **Jaromír Weinberger** (1896–08.08.1967)

... war ein in Prag geborener tschechisch-amerikanischer Komponist, der bereits mit zehn

Jahren zu komponieren begann, mit 14 Jahren Student am Prager Konservatorium wurde und mit 20 Jahren bei Max Reger in Leipzig Kontrapunkt studierte. 1922 ging er nach Amerika, wo er bis 1926 eine Anstellung als Professor für Komposition am *Ithaca Conservatory* der Cornell University, New York, inne hatte.

Mit seiner 1927 in Prag uraufgeführten Oper *Švanda dudák* (Schwanda, der Dudelsackpfeifer) wurde er rasch sehr bekannt.

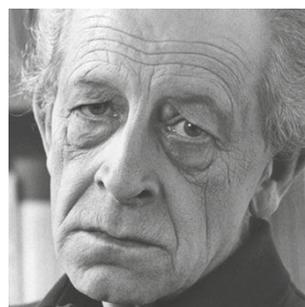


Dieses sein erfolgreichstes Werk erlebte weltweit zahlreiche Aufführungen, bis 1931 waren es über 2000. Seit 1929 in Baden bei Wien und in Modrany in Prag ansässig, musste er als Jude im Herbst 1938 emigrieren und konnte über Frankreich 1939 in die USA einreisen. 1948 erhielt er die amerikanische Staatsbürgerschaft. Nach dem Zweiten Weltkrieg kehrte er nur mehr zu Sommeraufenthalten nach Europa zurück. Er starb 1967 in Saint Petersburg, Florida, durch Suizid.

Der Suizident Weinberger als Musiker bildet insofern eine gewisse Ausnahme, dass insbes. bei Komponisten im Vergleich zu anderen Künstlern ungewöhnlich selten Suizide zu beobachten sind. Friedrich Theodor Fröhlich (1803–1836), Gustav Brecher (1879–1940), Frank Churchill (1901–1942), Hugo Distler (1908–1942), Bernd Alois Zimmermann (1918–1970), Karel Svoboda (1938–2007) und Vladislav Zolotarev (1942–1975) sind die wenigen, in der Mehrzahl eher unbekannteren Komponisten, die sich umbrachten. Eine Ausnahme bilden allerdings Rockmusiker, wozu es vielerlei, wenn auch nicht näher untersuchte Gründe geben mag. Der vermeintliche Suizid P. Tschaikowsky's wurde von A. Poznansky (1998) überzeugend als Legende diskutiert.

### **Jean Améry** (1912–17.10.1978)

Als Hans Meier in Wien geboren, war Améry ein österreichischer Schriftsteller und dem Existentialismus Sartre's nahestehender Philosoph, der mit seinem 1976 veröffentlichten Buch „Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod“ (Améry, 1976) maßgeblich in den Diskurs um Freiheit und Selbstmord eingriff. Aus einer Phänomenologie des Freitods heraus entwickelte er diesen als autonomen Akt; denn: „Ich bin es, der Hand an sich legt“ (S. 13). Er fordert den Freitod ein als das „Privileg des Humanen“ (S. 52), als „unveräußerliches Menschenrecht“ (S. 62) gegen eine Bevormundung der Medizin, eine Positionierung, die suizidprophylaktische Grundhaltungen fortan maßgeblich beeinflusste.



Frei von bindenden Konfessionen aufgewachsen, wurde ihm die Zuschreibung, Jude zu sein, erst nach Erlass der Nürnberger Rassengesetze 1935 bewusst: „Ich muss Jude sein und werde es sein, ob mit oder ohne Religion,... ob Jean, Hans oder Jochanaan.“ (Améry, 2008, S. 131f). Durch die deutschen Faschisten wurde er schwer gezeichnet: nach dem „Anschluss“ Oesterreichs 1938 Flucht nach Belgien, 1940 Internierung in Südfrankreich als „feindlicher Ausländer“, 1941 Flucht zurück nach Belgien, dort aktive Beteiligung an der Widerstandsbewegung gegen den Nationalsozialismus, 1943 von der Gestapo in Brüssel inhaftiert und verlegt ins Fort Breendonck bei Willebroek (25 km nördlich von Brüssel), wo

er schwerst gefoltert wurde; danach Konzentrationslager Auschwitz, Mittelbau-Dora, Bergen-Belsen; am 15. April 1945 Befreiung durch britische Truppen.

Nach 1945 blieb sein Verhältnis zu Deutschland zwiespältig, er lebte in Brüssel als Kulturjournalist. Als fruchtbarer Autor verwendete er seit 1955 das Pseudonym Jean Améry (z. B.: Jenseits von Schuld und Sühne, 1966; Der ehrbare Antisemitismus, 1969; Lefeu oder der Abbruch, 1974; Charles Bovary, Landarzt. Porträt eines einfachen Mannes, 1978), zeitweise verweigerte er die Publikation seiner Texte in der Bundesrepublik Deutschland. Er litt drückend unter den Traumata seiner Vergangenheit, die auch sein Alter prägten.

Nach einem schweren Suizidversuch 1974 ließen ihn suizidale Impulse und ihre geistige Verarbeitung nicht mehr los. 1978 beging Améry im Salzburger Hotel Oesterreichischer Hof (heute Hotel Sacher) „seinen“ Freitod mittels Schlaftabletten, über den er geschrieben hatte: „Wer abspringt, ist nicht unbedingt dem Wahnsinn verfallen, ist nicht einmal unter allen Umständen ‚gestört‘ oder ‚verstört‘. Der Hang zum Freitod ist keine Krankheit, von der man geheilt werden muss wie von den Masern ...“ (Améry, 1976, S. 40).

## 5. Schicksale der Teilnehmer am III. Psychoanalytischen Kongress 1911 in Weimar

Die quantitative Beleuchtung des Flüchtlingsproblems in Abschnitt 3. ist eine ausschließlich retrospektive. Ihr haftet ein Mangel an Objektivität in dem Sinne an, dass eine mögliche nachträgliche Selektion bei der Stichprobe stattgefunden hat, die maßgebliche Aussagen beeinflusst haben könnte. Es besteht aber auch die Möglichkeit einer prospektiven Sichtweise. Diese ergibt sich aus der Tatsache, dass ein in seiner Art einmaliges und berühmtes Bild vom September 1911 existiert, auf dem 48 der insgesamt 57 Teilnehmer des III. Psychoanalytischen Kongresses in Weimar versammelt sind (s. Abb. 14) – aufgenommen von Franz Vártl (1881–1953), dem bekanntesten Weimarer Fotografen der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Kein vergleichbares Bild vereint so viele der bekanntesten Psychoanalytiker dieser Zeit.

Zur Erkennung der Personen auf dem Foto wird ein Schattenbild mit Identifikations-Nummern und zugeordneten Namen angeboten (Abb. 15). Bis Anfang der 1990-er Jahre waren auf dem Bild 40 Personen identifiziert. Von Karin Dittich (s. Brundke et al., 1996) konnten zwei weitere Teilnehmer – Victor Emil Freiherr von Gebattel (1883–1976) und Arthur Ludwig (1874–1930) – angegeben werden. Im Zusammenhang mit der jetzigen Bearbeitung vermochte der Autor (W. F.) zusätzlich zwei Teilnehmer zu markieren (s. Felber, 2018): Ludwig Hopf (1884–1939) und Ernst Rehm (1860–1945), im Schattenbild jeweils mit Pfeil gekennzeichnet, zumal Rehm kürzlich von Lampe (2016) identifiziert worden war. Von vier unerkannt bleibenden Personen ist in der (unvollständigen) Teilnehmerliste des Kongresses im Korrespondenzblatt der IPV 1910–1941 (s. Giefer, 2007, S. 60f) eine potentielle Identität zwar zu vermuten, niemand kennt aber bisher das ihnen zuzuordnende Konterfei.

Es stehen auf dem Foto also 44 namentlich identifizierte Teilnehmer am III. Psychoanalytischen Kongress 1911 in Weimar zur Verfügung. Sie werden als Gesamtstichprobe definiert, um prospektiv ihre weitere biographische Entwicklung, ihr weiteres Lebensschicksal im Ersten Weltkrieg, in der Zeit der Weimarer Republik und vor allem im Nationalsozialismus nachzeichnen

zu können. Dazu wurden ihre Lebensläufe studiert, was aufgrund ihrer Lebensleistung und Bekanntheit weitgehend gelang, sie haben Spuren hinterlassen. Nur von zwei Teilnehmern konnten nicht genügend Lebensdaten gefunden werden, sie waren vielleicht nicht prominent genug. In Tabelle 5 sind alle Personen dieser prospektiven Stichprobe in Gruppen eingeteilt, welche Aussagen zu ihrem Lebensschicksal enthalten. Diese Gruppen im Einzelnen sind:



Abb. 14: Gruppenbild vom III. Psychoanalytischen Kongress, 09/1911 Weimar. Foto: F. Vältl



Abb. 15: Figureschema als Schattenbild und zugeordnete Namen zu Abb. 14

<b>Schicksale der fotografierten und identifizierten Weimar-Teilnehmer</b>	
<p><b>Unbekannt bzw. zu wenig Kenntnisse (2):</b> Martha Böddinghaus Oskar Rothenhäusler</p> <p><b>Nicht direkt betroffene Ausländer (15):</b> Poul Bjerre (1876–1964) Eugen Bleuler (1857–1939) Maria Moltzer (1874–1939) Beatrice M. Hinkle (1874–1953) Emma Jung (1882–1955) Antonia Wolff (1888–1953) Franz Riklin (1878–1938) Ludwig Binswanger (1881–1966) Oskar Pfister (1873–1956) Sandor Ferenczi (1873–1933) Carl Gustav Jung (1875–1961) Ernest Jones (1879–1958) Alphonse Maeder (1882–1971) Jan E.G. van Emden (1868–1950) Adolf Keller (1872–1963)</p> <p><b>Vorzeitig verstorben (6):</b> Arbold Stegmann (1872–1914) James J. Putnam (1846–1918) Rudolf Foerster (ca. 1883–1924) Karl Abraham (1877–1925) Wilhelm Wittenberg (1874–1928) Arthur Ludwig (1874–1930)</p>	<p><b>Ins Exil gegangen bzw. vertrieben (9):</b> Mira Gincburg-Oberholzer (1884–1949) Lou Andreas-Salomé (1861–1937) Otto Rank (1884–1939) Sigmund Freud (1856–1939) Ludwig Jekels (1867–1954) Max Eitingon (1881–1943) Abraham A. Brill (1874–1948) Eduard Hitschmann (1871–1957) Ludwig Hopf (1884–1939)</p> <p><b>Exil und Suizid (2):</b> Wilhelm Stekel (1868–1940) Paul Federn (1871–1950)</p> <p><b>Im Lager (KT, Ghetto) umgekommen (4):</b> Isidor Sadger (1867–1942) Jan Nelken (1878–1940) Karl Landauer (1887–1945) Guido Brecher (1877–1942)</p> <p><b>Im Lande (annehmbar unangefochten) verblieben (6):</b> Leonard Seif (1866–1949) Alfred von Winterstein (1885–1958) Johannes J. Marcinowski (1868–1935) Maria von Stach (1876–1948) Victor E. von Gebattel (1883–1976) Ernst Rehm (1860–1945)</p>

*Tabelle 5: Teilnehmer des III. Psychoanalytischen Kongresses, 09/1911 Weimar, als prospektive Stichprobe für ihre weitere biographische Entwicklung*

**a) Unbekannt bzw. zu wenig Kenntnisse:** Über Böddinghaus (Id.-Nr. 32) und O. Rothenhäusler (Id.-Nr. 4) konnten außer Mitgliedschaften und Werkangaben keine konkreten Lebensdaten gefunden werden, sie werden für Berechnungen nicht weiter berücksichtigt.

**b) Nicht direkt betroffene Ausländer:** Es handelt sich um dem Nazi-Terror nicht unmittelbar ausgesetzte, im Ausland lebende 15 Personen, z. B. Bleuler (Id.-Nr. 24) in der Schweiz oder Jones (Id.-Nr. 21) überwiegend in England.

**c) Vorzeitig verstorben:** Durch ihren Tod vor Einsetzen der Herrschaft des Nationalsozialismus rücken diese 6 Personen nicht in den Fokus der eigentlichen Untersuchung, z. B. Stegmann (Id.-Nr. 38), der bereits 1914 verstarb, oder Ludwig (Id.-Nr. 42), der 1930 ablebte.

**d) Ins Exil gegangen bzw. vertrieben:** Diese 9 Personen sind oft unter Bedrohung ihres Lebens dem Nazi-Terror durch Flucht entgangen, z. B. Eitingon (Id.-Nr. 18), der im September 1933 nach Palästina floh, oder Freud (Id.-Nr. 1), dessen Flucht oben geschildert wurde.

**e) Exil und Suizid:** Diese thematische Kerngruppe von Flucht und Selbsttötung betrifft 2 Personen, von denen die Biographie von Stekel (Id.-Nr. 22) bereits oben beschrieben ist; Federn (Id.-Nr. 12) war ein frühzeitig dem Freud-Kreis zugehöriger Arzt und Psychoanalytiker, der auch höhere Verantwortung übernahm und dem Kreis treu blieb. 1938 musste er als Jude Wien verlassen und ging ins Exil nach New York City, wo er sich 1950 erschoss.

**f) Im Lager (KZ, Ghetto) umgekommen:** Das wahrscheinlich unmenschlichste Schicksal mussten diese 4 Personen erleben, z. B. Sadger (Id.-Nr. 16), der 1938 in Wien blieb und 1942 nach Theresienstadt deportiert wurde, wo er drei Monate später verstarb; oder Nelken (Id.-Nr. 5), ein polnischer Psychiater und Psychoanalytiker, Oberst der polnischen Armee und sozialistischer Aktivist, der 1940 in Katyn von Offizieren des sowjetischen NKWD erschossen wurde.

**g) Im Lande (annehmbar unangefochten) verblieben:** Das waren 6 nicht-jüdische Personen ohne politisch damals anstößige Karriere, die tlw. angepasst die Zeit des Nationalsozialismus überstanden, z. B. von Gebattel (Id.-Nr. 41), Philosoph, Mediziner und Psychoanalytiker, der seit 1925 ein Privatsanatorium in Fürstenberg bei Berlin betrieb und 1939, politisch dem Kreisauer Kreis nahe stehend, in eine Privatpraxis nach Berlin wechselte; oder Rehm (Id.-Nr. 44), Betreiber eines Privatsanatoriums mit psychoanalytischer Ausrichtung in München-Neufriedenheim, trat 1933 mit 73 Jahren der NSDAP bei, behandelte aber weiterhin jüdische Patienten in Neufriedenheim bis zu dessen Verkauf 1941, als er knapp 80 Jahre alt war.

In Tabelle 6 werden die Ergebnisse der Gruppenauswertungen zusammengefasst und Untergruppen gebildet: Nicht-Betroffene sind die vom nationalsozialistischen Terror nicht direkt betroffenen Ausländer (Gruppe b) und die vorzeitig Verstorbenen (Gruppe c); Terroropfer sind die ins Exil Vertriebenen (Gruppe d), die im Exil Suizid begangen haben (Gruppe e) und die im Lager Umgekommenen (Gruppe f); Betroffene sind alle die, welche in Deutschland gelebt haben (Gruppen d, e, f und die weitgehend unangefocht Verbliebenen der Gruppe g).

<b>Gesamtstichprobe (ohne Gruppe a – Unbekannte)</b>	<b>42 Personen</b>
Gruppe b – Ausländer	15 Personen
Gruppe c – vorzeitig Verstorbene	6 Personen
<b>Gruppe b und c sind sogen. Nicht-Betroffene</b>	<b>21 Personen</b>
Gruppe d – Exil	9 Personen
Gruppe e – Exil und Suizid	2 Personen
Gruppe f – Umgekommene	4 Personen
<b>Gruppen d, e und f sind sogen. Terroropfer</b>	<b>15 Personen</b>
Gruppe g – Unangefochtene	6 Personen
<b>Gruppen d, e, f und g sind sogen. Betroffene</b>	<b>21 Personen</b>

Tab. 6: Zusammenstellung möglicher Gruppen aus der prognostischen Erfassung der im Bild (Abb. 14) dargestellten Teilnehmer am III. Psychoanalytischen Kongress 1911 in Weimar

Interessant sind die daraus sich ergebenden prozentualen Größen der Suizide, der Terroropfer und der in Deutschland unangefocht Verbliebenen, die in Tabelle 7 dargestellt werden.

Suizide der Gesamtstichprobe sind.....	4,8 %
Suizide der Betroffenen sind.....	9,5 %
Terroropfer der Gesamtstichprobe sind .....	35,7 %
Terroropfer der Betroffenen sind .....	71,4 %
Unangefochtene der Gesamtstichprobe sind .....	14,3 %
Unangefochtene von Betroffenen sind.....	28,6 %

Tab. 7: Prozentuale Darstellung der Suizide, Terroropfer und Unangefochtenen, bezogen auf die Gesamtstichprobe bzw. auf die Stichprobe der i. e. S. Betroffenen

Zusammenfassend können die Ergebnisse vorsichtig so interpretiert werden:

Bemerkenswert ist die relative Zahl der Suizide dieser prospektiven Gesamtstichprobe von 4,8 %, die sich nicht nennenswert von der der retrospektiven Gesamtstichprobe von 4,4 % (s. Abschnitt 3, Diskussion dort) unterscheidet, obwohl die Stichproben bezüglich ihres Umfangs erheblich differieren. Beide unterstreichen in gleicher Weise die deutlich erhöhte Lebenszeitprävalenz für Suizide um das mindestens vier- bis achtfache bei Flüchtlingen im Dritten Reich. Näher an der Wirklichkeit läge, das Ausmaß des Suizidproblems nur für die Betroffenen anzugeben, da die vorzeitig Verstorbenen und die nicht in Deutschland lebenden Personen ja nicht dem Nazi-Terror ausgesetzt waren. Es überrascht deshalb nicht, dass die Suizidprävalenz unter diesen mit 9,5 % noch einmal doppelt so hoch ist. Das aber ist eine andere, wenn auch wichtige ergänzende Aussage.

Einen eindrucksvollen Einblick eröffnen die Zahlen der Terroropfer von 35,7 % der Gesamtstichprobe bzw. von 71,4 % der Betroffenen. Sie machen das Ausmaß der Brutalität

der Täter und des Leides der Opfer quantitativ deutlich, was nicht zuletzt erst durch das methodisch prospektive Vorgehen zu Tage tritt. Spiegelbildlich dazu fallen die Zahlen der Unangefochtenen aus, indem sie mit 14,3 % die 35,7 % der Terroropfer auf 50 % der Gesamtstichprobe ergänzen bzw. mit 28,6 % die 71,4 % Terroropfer auf 100 % der Betroffenen auffüllt. Allein 9,5 % der Gesamtstichprobe sind in Lagern umgekommen oder umgebracht worden, was – relativ gesehen – fast doppelt so viele wie in der retrospektiven Studie betrifft und die Skrupellosigkeit der Täter anprangert.

## Zusammenfassung

Globalgeschichtlich wäre Europa menschenleer, wenn es den Typus „homo migrans“ nicht gäbe. Migration hat zwei Gesichter: Emigration (Auswanderung) und Exil (Flucht). Dies spricht Bertold Brecht an in seinem Zitat: „Immer fand ich den Namen falsch, den man uns gab: Emigranten... wir flohen. Vertriebene sind wir, Verbannte.“

Suizidhistorisch kann aufgezeigt werden, dass unter deutschen Flüchtlingen vor dem Nazi-Terror in den 30er bis 40er Jahren des 20. Jahrhunderts eine mindestens vier- bis achtfach erhöhte Suizidprävalenz zu registrieren war. Dies lässt sich sowohl durch einen retrospektiven wie auch einen prospektiven Untersuchungsansatz gut verifizieren. Es lässt sich erweisen, dass der Anteil der Personen mit jüdischer Herkunft bei Exilanten mit Suizid höher war als bei Exilanten ohne Suizid. Der Verlust an durchschnittlicher Lebenszeit durch Suizid gegenüber Exilanten ohne Suizid beträgt 23,2 Jahre.

In einer prospektiven Untersuchung der Teilnehmer am III. Psychoanalytischen Kongress im September 1911 in Weimar ließ sich fest machen, dass mehr als ein Drittel dieser Personen unmittelbar dem Terror in Form von Flucht, Suizid oder Tod im Lager ausgesetzt war.

Allein 4,0 % in der großen retrospektiven Untersuchung und gar 9,5 % dieser Personen in der prospektiven Untersuchung sind in Lagern umgekommen. Zehn markante Lebensläufe mit Konterfei von besonders interessierenden Persönlichkeiten werden dargestellt.

## Literatur

Ajdacic-Gross V (2010) *Suizid: aktueller Forschungsstand. Vortr Tagg Netzwerk Krise u Suizid. Univ. und ETH Zürich.*

Althaus D, Hegerl U (2004) *Ursachen, Diagnose und Therapie von Suizidalität. Nervenarzt 75(11): 1123–1135.*

Améry J (2008) *Über Zwang und Unmöglichkeit, Jude zu sein. In: Jenseits von Schuld und Sühne. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 131 f. (orig. 1966).*

Améry J (1976) *Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Stuttgart: Ernst Klett.*

Bertolote JM, Fleischmann AI (2002) *Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psychiatry 1(3): 181–185.*

Bostwick JM, Pankratz VS (2000) *Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am*

*J Psychiatry* 157: 1925–1932.

Brundke As, Dittrich Ka, Hamburger A, et al.; u. Mitwirkg. v.: Bauriedl Th, v. Borch-Posadowsky As, Buchheim P, et al.: *Vom Reichsinstitut zur Akademie. Dokumente und Bilder zur Geschichte der Psychoanalyse in München.* Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e. V. München. (Im Internet aufzurufen unter: *Vom Reichsinstitut zur Akademie*)

Felber W (2007) Zur aktuellen Entwicklung der Suizidalität in Deutschland und Europa. *Suizidprophylaxe* 34(4): 200–207.

Felber W, Wolff K (2017) Homosexualität als wissenschaftlicher Diskurs bei Paul Näcke und Hans Gross. In: C Bachhiesl, SM Bachhiesl, S Köchel (eds) *Problemfelder der Kriminalwissenschaft – Interdisziplinäre Einsichten.* Wien: Lit Verlag, S. 191–212.

Felber W (2018) Identifizierung von Ludwig Hopf (1884–1939) auf dem Gruppenbild der Teilnehmer am 3. Psychoanalytischen Kongress in Weimar 1911. (in Vorbereitung)

Giefer M (ed) (2007) *Korrespondenzblatt der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung 1910–1941.* Bad Homburg, CD ins Netz gestellt. (zuletzt abgerufen 20.09.2017)

[http://www.luzifer-amor.de/fileadmin/bilder/Downloads/korrespondenzblatt\\_1910-1941.pdf](http://www.luzifer-amor.de/fileadmin/bilder/Downloads/korrespondenzblatt_1910-1941.pdf)

Goeschel C (2017) *Selbstmord im Dritten Reich.* Berlin: Suhrkamp/Insel.

Krohn C-D (2012) Exilforschung, Version: 1.0. In: *Docupedia-Zeitgeschichte*, 20.12.2012. <http://docupedia.de/zg/Exilforschung>

Kwiet K, Eschwege H (1984) *Selbstbehauptung und Widerstand. Deutsche Juden im Kampf um Existenz und Menschenwürde 1933–1945.* Hamburg: Christians, S. 194–215.

Lampe R (2016) Ernst Rehm und die Kuranstalt Neufriedenheim. *Luzifer Amor* 29(57): 158–165.

Lehmkuhl M (2002) *Freitod im Exil.* Seminararbeit, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Deutsche Philologie.

Orth Ka (2016) *Die NS-Vertreibung der jüdischen Gelehrten. Die Politik der Deutschen Forschungsgemeinschaft und die Reaktionen der Betroffenen.* Göttingen: Wallstein Verlag.

Poznansky A (1998) *Tschaikowskys Tod. Geschichte und Revision einer Legende.* Mainz: Schott.

Rückerl A (ed) (1977) *Nationalsozialistische Vernichtungslager im Spiegel deutscher Strafprozesse: Belzec, Sobibor, Treblinka, Chelmno.* Mit e. Vorw. von M. Broszat. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.

Schneider Ba (2003) *Risikofaktoren für Suizid.* Regensburg: S. Roderer Verlag.

Steffen N (2016) *Geflüchtet, unerwünscht, abgeschoben – Studierende erforschen den Umgang mit „lästigen Ausländern“ in der Weimarer Republik – einführender Text.* Konferenz Hamburg. <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/termine/id=31471> (abgerufen 30.05.2016)

Zweig S (1981) *Die Welt von gestern. Erinnerungen eines Europäers.* Deutscher Bücherbund. (orig. 1944) <http://gutenberg.spiegel.de/buch/die-welt-von-gestern-6858/2>

## **DIE HELFER DES HERRN**

### **Erfahrungen mit Gläubigen, Ungläubigen und Andersgläubigen in der Gefängnisherberge *Franz-Josef Christoph und Martin Burgdorf***

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, als Frau Dr. Bennefeld-Kersten mich vor zwei Wochen fragte, ob ich mit meinem Kollegen Martin Burgdorf kurzfristig als Referent bei diesem Fachkongress einspringen könnte, habe ich Ja gesagt, ohne lange überlegt zu haben, worauf ich mich hier einlasse. Als dann der Vorschlag von Dir, Katharina, für das Thema dieses Vortrags bei mir auf dem Tisch lag: „Die Helfer des Herrn“, fielen mir spontan dazu die Blues-Brothers ein. Zwei Typen in Anzügen, schwarzen Hüten, schwarzen Ray-Ban Sonnenbrillen in einem Auto und mit einer Packung Lucky Strike – Überschrift: Unterwegs im Auftrag des Herrn.

Nun, wie Sie sehen, wir sind nicht die Blues Brothers. Aber was heißt hier Helfer des Herrn zum Thema Suizid im Gefängnis?

Wir, mein Kollege und ich, haben diesen Vortrag in drei Teile untergliedert. Im ersten Teil stelle ich Ihnen ein paar eher grundlegende Überlegungen zum Thema aus seelsorglicher Sicht vor. Im zweiten Teil wird mein Kollege Ihnen zwei Fallbeispiele vorstellen. Im dritten und letzten Teil wird es um ein paar aktuelle Erfahrungen zum Thema Flüchtlinge im Vollzug gehen.

#### **Teil 1**

Gestatten Sie mir eine Vorbemerkung: Während in der Türkei die Einführung der Todesstrafe droht, setzt sich der derzeitige Papst Franziskus für die Abschaffung der lebenslänglichen Freiheitsstrafe ein. Dieses Thema ist für sich nicht neu und wird schon länger auch unter Juristen kontrovers diskutiert. Spannend wären für mich in diesem Zusammenhang mögliche Auswirkungen auf die Suizidproblematik bei Abschaffung der lebenslangen Freiheitsstrafe. Aber es wäre an dieser Stelle die Gefahr einer unzulässigen Engführung der Suizidproblematik auf den Personenkreis der lebenslang Inhaftierten.

Soweit zur Vorbemerkung.

Als ich Ende 2001 in Braunschweig in der Untersuchungshaft meinen Dienst als Seelsorger begann, verstanden sich noch etliche Knastpastoren als Gefangenseelsorger: Also als Seelsorger, deren Aufgabe bedeutete, sich ausschließlich um die Inhaftierten und deren Angehörige zu kümmern. Überspitzt formuliert: Man kämpfte auf Seite der entrechteten Gefangenen gegen die ungerechte Institution Gefängnis und die Justiz. Moralisch wählte man sich immer auf der richtigen Seite. So reichten die Etiketten für den Knastpastor vom Himmelskomiker auf der einen bis zum Sicherheitsrisiko auf der anderen Seite. Pointiert gesagt: Entweder, man wurde nicht ernst genommen, oder man war ein großes Ärgernis im Vollzug.

An diesem Rollenverständnis hat sich in den letzten 20 Jahren eine Menge verändert. Zumindest für Niedersachsen und das Bistum Hildesheim kann ich sagen: Wer heute im Auftrag des Herrn im Gefängnis unterwegs ist, arbeitet dort als Justizvollzugsseelsorger oder – seelsorgerin: Das heißt, der Seelsorgeauftrag umfasst die Inhaftierten, deren Angehörige

und die Bediensteten im Vollzug. Eine nicht immer ganz leichte Gratwanderung zwischen diesen Personengruppen, die eine hohe Kooperationsfähigkeit und –bereitschaft erfordert. Im niedersächsischen Justizvollzug hat sich in den letzten 20 Jahren auch vieles verändert. Gab es zu Beginn meiner Tätigkeit als Seelsorger in Braunschweig noch standardmäßig 23 Stunden Einschluss und zwei Mal die Woche duschen, so sieht die Realität in der U-Haft heute erheblich anders und besser aus. Die notorische Überbelegung und damit auch Doppelbelegung von Einzelhafträumen gehört der Vergangenheit an. Standard ist die Einzelunterbringung, in der Regel seit kurzem auch Fernseher auf dem Haftraum, mehr Aufschlusszeiten, mehr Arbeitsplätze für Inhaftierte. Diese positiven Veränderungen haben sicher auch einen nicht zu unterschätzenden Anteil bei der Entschärfung der Suizidproblematik: Die Zahlen sind zurückgegangen.

Obwohl es in Niedersachsen Vereinbarungen des Justizministeriums mit den islamischen Verbänden in Sachen ehrenamtlicher islamischer Seelsorger gibt, wird die Seelsorge in den meisten niedersächsischen Anstalten hauptsächlich von christlichen hauptberuflichen Seelsorgern und Seelsorgerinnen der ev. und kath. Kirchen gewährleistet. Diese sind Angestellte der Kirche oder Kirchenbeamte. Der Staat finanziert einen Großteil dieser Kosten.

Die Seelsorger und Seelsorgerinnen sind für alle Inhaftierten ansprechbar, egal ob kath. oder ev. Christ, egal ob Muslim, Jude oder Hindu, egal ob Atheist oder sonst irgendwas, Hauptsache, man kann sich sprachlich irgendwie verständigen. Ein Dolmetscher ist für praktische Dinge möglich, für Persönliches allerdings ein Problem wegen der Schweigepflicht.

Jeder Suizid ist ein Suizid zu viel. Würden Sie diesen Satz so unterschreiben? Klingt doch schlüssig, das menschliche Leben ist das höchste Gut und in jedem Fall zu schützen. Auch das eines Inhaftierten oder einer Inhaftierten?

Das menschliche Leben, ein Geschenk Gottes? Ich bin gespannt, was der Theologe Friedrich Schorlemmer in seinem Vortrag dazu sagen wird, wenn es um das Thema „Das Geschenk des Lebens: Lebensrecht und Lebenspflicht“ geht.

Bei der Vorbereitung dieses Vortrags fielen mir als erstes die für christliche Justizvollzugsseelsorgerinnen und Seelsorger grundlegenden Standards ein.

Der biblische Grundauftrag, Gefangene zu besuchen (Mt 25,36): „Ich war im Gefängnis und ihr habt mich besucht, ...“

Die Staatskirchenverträge, Grundlage für das Recht der freien Religionsausübung. Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht.

Die Sonderrolle des Seelsorgers, Mitarbeiter der Kirche und nicht des Vollzuges.

Rollenklärung in Kooperation und Abgrenzung zu den Fachdiensten, Sozialarbeit, psychologischer, therapeutischer und medizinischer Dienst und zum allgemeinen Vollzugsdienst.

Sie kennen das wahrscheinlich alles, und ich will Sie damit nicht länger langweilen. Also habe ich mir gedacht, ich mache es mal praktisch, und spreche mit einem Inhaftierten und befrage ihn zum Thema Suizid, auch wenn ich damit schon dem zweiten Teil der Fallbeispiele meines Kollegen etwas vorgreife. Aber es macht einiges deutlich:

Vor ca. fünf Monaten kam ein Mann auf die Aufnahmeabteilung der Untersuchungshaft in Braunschweig. Er kam zum zweiten Mal. Ein Mann Mitte vierzig, traumatisiert während

des Jugoslawienkrieges, drogenabhängig, Vorwurf Diebstahl und Betrügereien. Ich hatte zu Beginn seiner Unterbringung auf seinen Wunsch einige Gespräche mit ihm und hatte den Eindruck, er sei stark suizidgefährdet, was er aber verneinte.

Mittlerweile geht es ihm besser, er hat sich mit der Situation arrangiert und mit der Suchtberatung Perspektiven erarbeitet. Jetzt, nach fünf Monaten, wollte ich wissen, was hat ihm damals geholfen, bzw. was hätte ihm aus seiner Sicht geholfen?

In diesem Gespräch bestätigte er meinen damaligen Eindruck der Suizidgefährdung, legte aber Wert darauf, dass er mir dies nicht gesagt hatte. Auf meine Frage Warum, sagte er, er hätte bei seiner ersten Inhaftierung schlechte Erfahrungen damit gemacht. Damals hätte er der Psychologin von seinen Suizidgedanken erzählt, woraufhin er in einem Doppelhafttraum gemeinschaftlich untergebracht wurde. Das hätte neun Monate gedauert. In diesen neun Monaten hätte er 15 unterschiedliche Zellennachbarn gehabt. Schlafstörungen, Alpträume wegen seiner Kriegserlebnisse, ständig neue Mitbewohner. Es war die Hölle.

Warum er diesen Zustand z. B. nicht mit der Psychologin besprach und zu verändern suchte, obwohl er mit ihr regelmäßige Gespräche hatte, bleibt sein Geheimnis.

Wenn man seine Erinnerungen an die erste Inhaftierung jetzt nicht als Tatsachenbericht versteht, sondern als einen wichtigen Mosaikstein für sein Misstrauen bei der erneuten Inhaftierung, wird sein Verhalten vielleicht etwas verständlicher.

Warum er sich mir gegenüber, dem Seelsorger, nicht geöffnet hätte, fragte ich ihn? Er hatte Angst, dass ich das weitererzähle, und er in eine ähnliche Situation wie bei der ersten Inhaftierung gerät. Mein Hinweis auf die Schweigepflicht interessierte ihn gar nicht. Auf meine Frage, ob er denn ein Telefon auf seinem Hafttraum hätte und versucht hätte mit der Gefangenentelefonseelsorge Kontakt auf zu nehmen, sagte er nur, den Apparat hätte er wohl gesehen, aber nicht ernst genommen.

Ob er denn beim Aufnahmegespräch über die Gefangenentelefonseelsorge und das Telefon informiert worden wäre? Nein.

Vor kurzem, nach zwei Monaten sei ein Bediensteter in den Hafttraum gekommen und hätte das Telefon auf Funktionstüchtigkeit kontrolliert, erst da sei ihm klargeworden, wozu das Ding da sei und dass das tatsächlich funktioniere. Niemand hätte es ihm wirklich erklärt.

Zur Gefangenentelefonseelsorge in niedersächsischen Justizvollzugsanstalten gibt es konkretere Informationen in einem der Workshops.

Wenn wir jetzt nicht den Fokus auf den Wahrheitsgehalt seiner Aussagen legen: also stimmt das überhaupt alles, was er da behauptet, sondern auf die Frage, ob und wie man einen Menschen in einer außergewöhnlichen oder extremen Situation wie der Untersuchungshaft erreichen kann, dann ist das Ergebnis ziemlich frustrierend.

Gehen wir mal davon aus, dass alle Beteiligten ihren Job gut gemacht haben: Die Bediensteten beim Aufnahmegespräch, die Psychologin, der Pastor. Da hat man eine ganze Kette von Suizidpräventionsmaßnahmen: Man hat einen ausgefeilten Fragebogen zur Aufnahme und entsprechend geschultes und sensibilisiertes Personal auf der Aufnahmestation.

Man hat die Psychologin, der Inhaftierte wird nicht in den bgH (besonders gesicherter Hafttraum) gebracht, sondern gemeinschaftlich untergebracht und hat regelmäßige Gespräche mit ihr. Beim zweiten Mal Einzelunterbringung. Da ist der Pastor mit seiner Schweigepflicht.

Und selbst nachts ist auch noch die Lücke mit dem Seelsorgetelefon geschlossen, also, mehr geht ja wohl kaum noch.

Und doch haben alle diese Maßnahmen diesen Menschen scheinbar nicht wirklich erreichen können. Da kann man offensichtlich so viele Maßnahmen einbauen wie man will, da kann man sich den „...“ aufreißen, aber ob man einen Menschen wirklich damit erreicht, das ist nicht wirklich garantiert.

Nun gut, halb so schlimm, der Inhaftierte lebt ja. Aber ob er in diesen vier Monaten einen oder mehrere Suizidversuche unternommen hat oder kurz davor war, wissen wir nicht genau. Auf meine Frage, was hat bzw. hätte ihm vor 5 Monaten geholfen, sagte er: Gespräche, Gespräche, in denen mir jemand zuhört, in denen mich jemand ernst nimmt. Die Gespräche mit mir, dem Seelsorger, fand er hilfreich.

So, nun werden Sie vielleicht sagen, typisch Pastor, da habe ich die ganze Zeit drauf gewartet. Die Helfer des Herrn sind die wahren Retter in der Not, die Erlöser. Natürlich, wenn mir jemand sagt, die Gespräche mit mir hätten ihm geholfen, bin auch ich empfänglich für so eine narzisstische Zufuhr. Aber darum geht es mir nicht, ich selbst war ja auf einem völlig anderen Gleis unterwegs, auf dem Gleis der Maßnahmen, was kann, was muss man alles machen, welche Voraussetzungen braucht es? Dass die so oft beschworene Schweigepflicht und das Angebot der Gefangenentelefonseelsorge überhaupt nicht wichtig waren, war mehr als frustrierend für mich. Im letzteren Fall sorgen schließlich wir kath. und ev. Seelsorger und Seelsorgerinnen in Niedersachsen seit über sechs Jahren dafür, dass alle 365 Tage im Jahr ein Kollege oder eine Kollegin von abends 21.00 Uhr bis morgens 06.00 Uhr Telefondienst machen.

„Jeder Suizid, ist ein Suizid zu viel.“ Ich habe in meinen acht Jahren im Maßregelvollzug in Moringen und in meinen 15 Jahren in der U-Haft in Braunschweig mehrere Menschen kennengelernt, bei denen ich sehr gut verstehen konnte, dass sie in ihrem Leben keinen Sinn mehr sahen. Dr. Kreuz hätte hier an dieser Stelle aus dem Maßregelvollzug zum Thema „Fluchtpunkt Suizid“ sicher Erhellendes bei zu tragen gehabt.

Ist es Christenpflicht, solche Menschen auf zu halten, sie am Suizid zu hindern und wenn ja, mit welchen Mitteln?

Was den Seelsorger von allen anderen im Vollzug unterscheidet ist, dass er keine Garantenpflicht hat, und die Schweigepflicht ihn und sein Gegenüber schützt. Diese Freiheit ist ambivalent und kann auch zur Last werden.

Theologisch gesprochen heißt das für mich, dass der Mensch als Geschöpf Gottes von Gott auch die Freiheit hat, sich gegen ihn und gegen sich selbst zu entscheiden. Die Verneinung Gottes ist identisch mit der Selbstverneinung eines Menschen. Der Mensch hat die Freiheit sich selbst zu verneinen, bis hin zum Suizid.

Bei allen notwendigen und sinnvollen Maßnahmen im Rahmen der Suizidprävention, sehe ich die größte Herausforderung für uns Seelsorger darin, diese Freiheit des Menschen auszuhalten, ohne ihn in einer akuten Krise oder Not allein zu lassen.

## Teil 2 – Zwei Fallbeispiele von Pastor Martin Burgdorf

### Suizid 1

Sechs Uhr fünfunddreißig. Mein Telefon klingelt. Ein Vollzugsbeamter meldet sich. Es gäbe ein außergewöhnliches Vorkommnis. Es hat sich ein Gefangener das Leben genommen, ob ich kommen könnte. Der Anstaltsleiter sei da und hatte ihn beauftragt, mich anzurufen. Ich könne kommen aber es sei nicht eilig, die Kriminalpolizei sei auch noch nicht da gewesen. 35 Minuten später bin ich im Gefängnis. Auf der Station ist es still. Ein Beamter und der Anstaltsleiter stehen auf dem Gang vor den Zellen. Mehrere Beamte halten sich im Stationsbüro auf.

Die Zelle ist offen, die Tür ist angelehnt. Der Anstaltsleiter erzählt mir kurz, was passiert ist. Der Gefangene, er heißt Hartmut, hat sich mit einem Seil aus Bettbezug und Laken am Fenstergitter erhängt. Ich erkundige mich, wer die Leiche gefunden hat.

Der Notarzt ist gerade in der Zelle. Nachdem er den Tod festgestellt hat verabschiedet er sich mit seinem Helfer und geht. Ich erkläre dem Anstaltsleiter, dass ich in der Zelle für den Gefangenen beten und ihn segnen möchte, er könne gern mit hineinkommen. Das möchte er nicht, außerdem erwartet er die Kriminalpolizei, die die Leiche auf Spuren gewaltsamen Einwirkens untersuchen muss.

Ich hole mir eine Kerze aus dem Büro. Dann bitte ich darum etwa fünfzehn Minuten nicht gestört zu werden. Dann gehe in die Zelle. Ich lehne die Tür an. Der Verstorbene liegt auf seinem Bett auf dem Rücken. Seine Kleidung ist von der Arztuntersuchung in Unordnung, Ich richte sie soweit es geht. Seine Augen sind geschlossen. Dann gehe ich noch einmal hinaus und bitte darum, mir eine Decke zu besorgen. Dann gehe ich wieder hinein und decke den Leichnam zu, bis zum Hals. Seine Hände lege ich zusammen auf seinen Leib. Ich zünde die Kerze an, die auf einem Stuhl neben dem Bett steht. Dann knie ich mich neben das Bett und bete leise für Hartmut...

Nach dem Vater Unser segne ich ihn und zeichne ihm ein Kreuz auf die Stirn und die Brust. Dann verlasse ich die Zelle.

Zwei Kriminalbeamte sind schon da. Sie sehen mich erstaunt an als der Anstaltsleiter mich vorstellt und ich sie begrüße. Dann gehen sie in die Zelle und lehnen die Tür an.

Ich gehe ins Stationsbüro und erkundige mich, wo der Beamte ist, der die Leiche gefunden hat. Er ist draußen auf dem Hof, rauchen. Ich gehe hinaus, stelle mich zu ihm und bitte ihn um eine Zigarette. Wir rauchen schweigend. Ich bitte ihn schließlich mir zu erzählen, was passiert ist, wenn er könne. „Nein, gar kein Problem!“ sagt er. Er erzählt, wie er morgens die Zelle geöffnet hat und gleich sah, dass der Gefangene am Gitter hing. Der Beamte löste sofort Alarm aus, stürzte wieder in die Zelle, umfasste die Beine des Gefangenen, hob ihn hoch und rief nach seinen Kollegen. Einer holte dann eine Schere, damit sie den Erhängten losschneiden konnten. Sie legten ihn dann auf den Boden, versuchten, ihn wiederzubeleben, merkten aber schnell, dass er tot war. Danach legten sie ihn auf das Bett.

Ich frage: „Wie geht es dir jetzt. willst du nach Hause gehen? Soll ich dich fahren?“ „Nein, kein Problem“, sagt er. „Ich bleibe lieber hier. Was soll ich zu Haus denn machen?“

Wieder drinnen frage ich unseren Anstaltsleiter, ob Angehörige informiert werden müssen.

Er sagt, das mache die Kripo.

Zwei Tage später bittet mich ein Gefangener um ein Gespräch. Er hat die Zelle neben dem Erhängten. Er hat auch beim Ausräumen und Reinigen der Zelle geholfen.

Doch das Ereignis lässt ihm keine Ruhe.

Am Sonntag steht im Gottesdienst eine Kerze für Hartmut auf dem Altar. Wir denken an ihn im Gebet und wünschen ihn in Gottes Hand.

## **Suizid 2**

Am Morgen bei der Lebendkontrolle wurde er in seinem Bett gefunden. Er hatte sich die Pulsadern aufgeschnitten. Auf dem Zellenboden stand eine große Blutlache. Der Arzt war schon da gewesen.

Ich gehe in das Stationsbüro und frage, was passiert ist. Kurze knappe Auskünfte. Keiner redet gern. Nein, gestern haben sie ihm nichts angemerkt. Er war wie immer, ruhig und unauffällig.

Die Kriminalbeamten, die den Toten untersucht haben kommen ins Stationsbüro. „So, wir sind dann fertig“. Mit ein paar lockeren Bemerkungen versuchen sie die Situation zu überbrücken. Unpassend finde ich, aber was passt jetzt schon?

Sie waschen sich die Hände. Nein, Kaffee möchten sie nicht. Sie müssen auch schon wieder los. Ich frage noch, ob Angehörige benachrichtigt werden müssen. Angehörige sind nicht bekannt.

Ein Bestattungsunternehmen holt den Toten ab. Die Hausarbeiter sind dabei, die Zelle zu reinigen.

Eine Stunde später: Ein Beamter ruft mich an. Einer der Hausarbeiter möchte mich dringend sprechen. Ich gehe zu ihm. Er möchte in meinem Büro mit mir sprechen. Er wirkt sehr aufgeregt.

In meinem Büro beginnt er sofort zu reden: Ja, er habe ganz guten Kontakt zu dem Selbstmörder gehabt und gestern noch mit ihm gesprochen. Er habe ihm überhaupt nichts angemerkt. Wie das denn sein könne? Er hätte noch mit ihm auf seinem Bett gesessen, wo dann das ganze Blut war. Er hätte doch gar keine schwere Straftat begangen, wieso bringt er sich dann um? Eineinhalb Stunden sitzt er bei mir im Büro. Danach scheint er mir etwas ruhiger.

An Sonntag gedenken und beten wir für den Verstorbenen im Gottesdienst. Eine Kerze mit Trauerflor steht für ihn auf dem Altar. Der Hausarbeiter ist auch da.

## **Teil 3 – Zum Thema Suizidalität von Flüchtlingen im Vollzug**

Die Landesaufnahmebehörde in Braunschweig verfügt über 750 Plätze für Flüchtlinge. Zur Hochzeit war die LAB in Braunschweig Ende 2015 Anfang 2016 mit 4500 Geflüchteten katastrophal überbelegt und weitere Flüchtlinge wurden wie in anderen Städten u.a. in Turnhallen untergebracht.

Kriminaldirektor Ulf Küch in Braunschweig gründete die Soko Zerm (zentrale Ermittlungen), um den Ängsten der Bewohner um die LAB entgegenzuwirken. Für mehr als 40.000 Geflüchtete führte der Weg durch Braunschweig. Die Soko Zerm verzeichnete einen Anstieg

der Laden- und Taschendiebstähle, kaum Sexualdelikte. Durch verstärkte Polizeipräsenz um die LAB und in enger Kooperation mit Staatsanwaltschaften und Gerichten wurden die überführten Täter aus dem Kreis der Flüchtlinge schnell verurteilt und zum Teil in U-Haft verbracht. Um die Letzteren soll es im Folgenden gehen.

Die in Braunschweig in der U-Haft inhaftierten Flüchtlinge kamen fast alle aus dem nordafrikanischen Raum. Diese relativ geringe Anzahl von 6-8 Inhaftierten hat es geschafft, den Vollzug ab Oktober / November 2015 ziemlich aufzumischen und an die Grenzen zu führen. Fast alle dieser Inhaftierten litten unter Entzug des Medikamentes „Rivotril“, das offensichtlich im nordafrikanischen Raum flächendeckend verschrieben wird und in Deutschland unter das Betäubungsmittelgesetz fällt.

Mit Drohungen und zum Teil martialischen Selbstverletzungen (Schnittwunden an Armen, Beinen, Hals und Bauch) versuchten diese Inhaftierten den Vollzug unter Druck zu setzen, um das o.g. Medikament, Tabak, Fernseher etc. zu bekommen. Diese Selbstverletzungen von Suizidversuchen zu unterscheiden war am Anfang nicht einfach, zumal die sprachlichen Barrieren hinzukamen. Um diese Zeit war es sehr schwer, vereidigte Dolmetscher zu kriegen, weil die alle in der LAB, bei der Polizei oder im Gericht beschäftigt waren. Die Fachdienste in der JVA Braunschweig sind ausschließlich mit Frauen besetzt, die wiederum von den besagten Inhaftierten nicht ernst genommen wurden. Der besonders gesicherte Haftraum war fast ständig belegt. Es dauerte eine Weile, bis man im Vollzug verstanden hat, dass diese Inhaftierten es darauf anlegten, auf die Sicherheitsstation der Hauptanstalt in Wolfenbüttel verlegt zu werden, weil dort die Hafträume mit Fernsehern ausgestattet waren. In dieser Zeit stieg die Zahl der kranken Kollegen und Kolleginnen aus dem AVD rapide an.

Es dauerte eine ganze Weile bis man diese „Erpressungsversuche“ richtig einordnen konnte, und man mit restriktiven Maßnahmen die Problematik in den Griff bekam.

Und welche Rolle spielten die Seelsorger bei diesen Gefangenen? Ich habe in dieser Zeit sehr viel Tabak verteilt und habe in den Stationsbüros gesessen, Kaffee getrunken und den Bediensteten zugehört.

Ich hätte mir und dem Vollzug gewünscht, dass es mindestens einen islamischen Seelsorger in der Anstalt gegeben hätte, der auch der arabischen Sprache mächtig ist.

Der Suizid eines nordafrikanischen Flüchtlings jüngst in einer niedersächsischen Anstalt zeigt, dass man trotzdem sehr aufmerksam sein muss, Erpressungsversuche durch Selbstverletzungen von akuter Suizidproblematik zu unterscheiden.

## AUTONOME ENTSCHEIDUNGEN UND IHRE GRENZEN

### Vom freien Willen in psychiatrischen Einrichtungen, Gefängnissen und Flüchtlings-Massenunterkünften

*Dr. med. Svenja Ludwig, M.A. Medizinethik*

#### Einleitung

Vermutlich greifen Flucht und Kasernierung in die Funktionen des menschlichen Gehirns und direkt in die neuronalen Grundlagen der menschlichen Psyche ein – und nicht nur dies: Wir wissen heute, dass traumatische Erlebnisse unser Genom verändern und an nachkommende Generationen vererbt werden können. Unsere Persönlichkeit und Identität zeichnen sich zwar durch Kontinuität aus, befinden sich aber andererseits auch in einem steten Veränderungsprozess.

Vertreibung, Flucht und Gefangenschaft setzen nach heutigem Wissensstand neurologische, physiologische und psychologische Prozesse im Menschen frei, der/die sich dann in der Folge verändert. Er/sie ist danach nicht mehr dieselbe Person, die ehemals aus der Freiheit aufbrach. Generell finden Entscheidungsprozesse vermutlich im Zusammenwirken vieler Teilsysteme des Menschen statt und nicht nur bestimmte Gehirnareale oder zerebrale Körperteile sind für die mentale Leistung eines Menschen verantwortlich. Zu behaupten, ein Gehirnareal steuere den Denkprozess, erklärt nicht, wie ein Mensch denkt und seine persönliche Identität bildet.

Wir wissen, dass geflüchtete Menschen signifikant häufiger an affektiven Störungen, darunter depressive Erkrankungen, Psychosen, psychosomatische Erkrankungen, Angststörungen und Suchterkrankungen und auch unter posttraumatischen Belastungsstörungen leiden. Viele Flüchtlinge, die in Deutschland und Europa um Schutz suchen, sind in ihrer psychischen Gesundheit schwer belastet und eingeschränkt. Sie haben zudem ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko für Suizide und Suizidversuche.

Verursachen Flucht und Inhaftierung Veränderungen von Persönlichkeit und Identität? Kommt es während einer Flucht eher zum Suizid weniger im Affekt als nach vorher erfolgter Bilanzierung? Ist ein vermuteter bilanzierter Suizid unter diesen Umständen ein Ausdruck freien Willens? Oder sind Suizide immer Ausdruck veränderten, als pathologisch einzuordnenden Verhaltens? Müssen wir sie demnach unter allen Umständen und mit allen Mitteln verhindern?

Personen haben ein grundsätzliches Recht, von anderen unbehelligt zu bleiben, und dieses Recht bildet den innersten Kern einer säkularen Moral. Je fremder sich Bürger und Migrant/innen hinsichtlich ihrer Wert- und Zielvorstellungen aber sind, umso mehr kommt es darauf an, klare Regeln zu benennen. Dass jede/r in einer Gesellschaft das geltende Recht einzuhalten hat, diese Übereinkunft versteht sich von selbst. Anders könnte sich eine Gesellschaft von vielen verschiedenen Individuen nicht tragen. Vielmehr geht es um die genaue Betrachtung von Moralien, Entscheidungen und Einverständniserklärungen außerhalb dieser Rechtsordnung.

Voraussetzungen für ein Einwilligen in verbindliche Absprachen sind die Fähigkeit, die Sprache zu verstehen, die Freiwilligkeit, eine Aufklärung mit Weitergabe aller relevanten Infor-

mationen und das Verständnis der Inhalte. Sind alle diese Voraussetzungen erfüllt, kann eine Entscheidung folgen.

Ein informiertes Einverständnis ist zum einen die selbstbestimmte Autorisierung eines Vorhabens. Sie ist mehr als nur ein Zustimmung, sie meint infolge des umfassenden Verständnisses die freiwillige Zustimmung. Genauso und mit gleichem Recht könnte die Asylsuchende oder der Gefängnisinsasse ablehnen. Auf einer zweiten Ebene liegt die rein formal-juristische oder institutionell wirksame Zustimmung zu einem Vorhaben. Sie ist dann gültig, wenn sie den Regeln der entsprechenden Institution folgt. Hier kann die Freiwilligkeit und Autonomie des Menschen fehlen. Er oder sie könnte zu institutionell gewollten Handlungen sogar gezwungen werden.

Das Selbstbild des modernen europäischen Menschen ist durch Begriffe wie Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit geprägt. Viele Asylsuchende kommen jedoch aus Kulturkreisen, in denen andere Wertevorstellungen und Moralen gelten.

### **Entscheidungsfähigkeit und innere Freiheit**

Die Entscheidungsfähigkeit des Asylsuchenden oder Häftlings kann durch innere Faktoren wie kognitive oder emotionale Veränderungen aber auch äußere Einflüsse, zu denen beispielsweise unzureichende Bildung und Kommunikationsschwierigkeiten gehören, beeinflusst sein. Man spricht von einem „inneren Freiheitsverlust“ immer dann, wenn sich der betreffende Mensch aus inneren Gründen, eben zum Beispiel der psychischen Labilität nicht anders verhalten kann. Eine schwere Depression beispielsweise kann den freien Willen auf unterschiedliche Weise beeinträchtigen. Schwankungen im Denken, der Konzentration und der Aufnahmefähigkeit zusammen mit einer möglichen herabgesenkten Motivation behindern den Menschen, seine eigenen Bedürfnisse zu vertreten. Die Faktoren Kompetenz, Freiwilligkeit, Verständnis und Entscheidung sind dann nicht umfänglich zu erreichen. Bei vielen traumatisierten Menschen kommt es zu starken Schwankungen des psychischen Bildes. Katatone Zustände können sich abwechseln mit Zuständen starker Erregung, es besteht die Gefahr, dass wahnhafte Ideen oder auch Halluzinationen auftreten, ebenso reduzieren Müdigkeit und Erschöpfung den freien Willen und auch Medikamente, die sedierende Wirkungen haben. Tief verzweifelte Menschen laufen Gefahr, ihre Entscheidungen fehlerhaft einzuschätzen und Risiken falsch zu bewerten. Zudem wird oft die fremde und als bedrohlich erlebte Umgebung einer Massenunterkunft oder eines Gefängnisses negative Einflüsse auf die Entscheidungsfreiheit und den Willen haben. Die Unterkunft isoliert den betroffenen Menschen aus seinem bisherigen lebensweltlichen Zusammenhang und schneidet ihn von seiner Vorgeschichte und den früher getroffenen und erfolgreichen Entscheidungen ab.

Wenn sich das subjektive Leidenserleben eines Menschen von der Wahrnehmung der sozialen Umgebung und der Helfer unterscheidet, korreliert die Eigenbewertung zuweilen nicht mit der Fremdbewertung. Zudem kann sich ein sogenanntes Unzufriedenheitsparadox einstellen, das in der Medizin das Phänomen bezeichnet, dass Menschen mit dem Ergebnis einer Maßnahme unzufrieden sind, obwohl die objektivierbaren Erfolgsparameter positiv ausfallen. Es kann auch Willensbekundungen für verschiedene Maßnahmen geben, die nicht deckungsgleich sind und „innerhalb“ eines Menschen variieren. Auch kann die

Kompetenz für eine willentliche Aussage von Situation zu Situation verschieden sein. Ein/e Asylsuchende/r kann nur in Beziehung gesetzt werden zu den bestehenden Normen der Gesellschaft, in die er/sie geflüchtet ist, und diese können in einer modernen kulturellen pluralistischen Gesellschaft über die Zeit variieren. Die Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung zum Beispiel nach Traumata oder Gewalttaten kann derart eingeschränkt sein, dass eine paternalistische Fürsorge durch den Staat erfolgen sollte. Hier muss aber streng festgelegt sein, wann der erwünschte Schutz in einen Zwang überzugehen droht. Die Forderung an den Staat und die einheimische Bevölkerung nach gleichzeitiger Objektivität im Denken aber auch Handeln, Professionalität und empathischem Auftritt ist zwar gerechtfertigt, erscheint in ihrer Ausführung aber unrealistisch.

Wie sollen wir handeln bei konfliktverursachenden Wünschen? Eine Migrantin könnte beispielsweise auf Kleidung bestehen, die die gewohnten Routinen der einheimischen Bevölkerung unterbricht oder stört. Es ist auch vorgekommen, dass Einheimische auf Anpassung an die hier üblichen gesellschaftlichen Rituale drängen. Die Migrantin könnte dann fragen, warum ihre eigene Bewertung weniger stark wirkt als die einheimische. Es müsste sich hier zunächst einmal über beiderseitige moralische Weltansichten verständigt werden, damit man sich zu einem späteren Zeitpunkt einigen kann.

### **Persönlichkeit und personale Identität**

Wir müssen damit rechnen, dass wir, wenn wir die individuelle Identität einer Person verändern wollen, auch Einfluss nehmen auf diejenigen Wünsche, Pläne, Werte und Überzeugungen, die jedem Leben Sinn und Orientierung geben. Und die, wie gesagt, häufig bereits seit Generationen verankert sind. Dies kann nicht ohne Folgen bleiben. Eine Vertrautheit mit sich selbst, ein Kennen seiner selbst und ein Sich-auf-sich-selbst-verlassen-können ist von elementarer Bedeutung. Verändert sich diese Konstanz, ist zu erwarten, dass ein Verlust von Sicherheit und Stabilität resultiert und dies nicht nur vom Betroffenen, sondern auch von seinem Umfeld als irritierend erlebt wird. Es ist in diesem Kontext auch denkbar, dass nicht antizipierte Veränderungen auftreten, die weniger leicht auffallen und von den Betroffenen oder im sozialen Umfeld zunächst nicht bemerkt werden oder nicht auf die Flucht oder Straftat zurückgeführt werden – wir stellen keine Verbindung her.

Lassen Sie uns überlegen, ob Vertreibung und Kasernierung nicht ihrerseits selbst das Vermögen eines Menschen, über sein Leben zu verfügen und es zu gestalten, beeinträchtigen kann. Ist es nicht naheliegend, dass die Unterbringung das wertende Denken des Menschen oder auch psychische Funktionen direkt beeinflusst und weiter verzerrt? Bejahen wir dies, ist zu fragen, bis wann Motivation und Handlung noch selbstbestimmt sind oder andersherum betrachtet: Ist die Unterbringung selbst ein Eingriff in die Erlebens- und Gedankenwelt des Menschen, die perspektivisch auch sein Verhalten und sein Handeln beeinflusst?

Zu welchem Zeitpunkt verändert sich eine Person zu ihrem Nachteil? Wer definiert die Maßstäbe und von wem werden sie kontrolliert? Möglicherweise wird der neue Zustand von der Frau oder dem Mann als Bereicherung empfunden und bejaht, von seinen Therapeuten oder nahen Angehörigen aber negativ bewertet. Außerdem können Veränderungen einer Person sehr subtil ablaufen und nur allmählich soziale Wirkungen zeigen. Nicht alle

Folgen von Flucht und Kasernierung sind empirisch vorauszusagen. Um eine Veränderung von Persönlichkeit zu verstehen, dürfen nicht nur technologische und organische Parameter untersucht werden, sondern es sollten auch die Aspekte einfließen, die über ein medizinisch-physiologisches Betrachten hinausgehen. Die Schwierigkeiten einer Messung solcher „weicher“ Formate liegen auf der Hand.

### **Gesellschaft und Autonomie**

Die Autonomie eines Menschen gründet auf einem intersubjektiven, diskursiv bestimmten „Kern“ und muss durch kommunikatives Handeln immer wieder aktualisiert werden. Man kann sie daher aus Interaktionen nicht herauslösen, sie ist immer auf ein Gegenüber angewiesen. Die Vorstellung, die autonome Entscheidung eines Geflüchteten sei eine vom Gegenüber der Kultur, in die er eintritt, unabhängige, ist daher falsch. Um seine Selbstbestimmung zu vollziehen, bedarf der Flüchtling der Hilfe des (sogenannten) Inländers, weil er sich als Fremder ihm fremden Phänomenen mehr oder minder hilflos gegenüber sieht; sie schränken ihn in seiner Selbstbestimmung ein. Der unveräußerliche Autonomieanspruch eines hinzukommenden Menschen nimmt die ansässige Gesellschaft in die Pflicht. Sie darf den Ankömmling nicht zum Objekt machen, das nach ihren Vorstellungen und Regeln zu funktionieren hat, sondern sie muss ihn als autonomes Subjekt behandeln und ihm ein selbstbestimmtes Leben wieder ermöglichen.

Die idealtypische Interaktion zwischen in Deutschland schon lange ansässigen und hinzukommenden Menschen würde über alle kulturellen Nutzen und Risiken sowie über alle möglichen Lebensalternativen umfänglich aufklären, der/die Asylsuchende müsste all dem zustimmen, alle Besonderheiten wären aufgeklärt. Davon sind wir weit entfernt, und es stellt sich die Frage, ob ein solcher idealisierter Zustand überhaupt jemals erreicht werden kann. Es ist ja nicht vorhersehbar, ob die kulturelle Wertigkeit jemals vollständig eingesehen werden kann, zudem verändert sie sich ständig. In dem Moment, in dem ein fremder Mensch den bestehenden Kulturkreis betritt, hat dieser sich ja bereits wieder verändert. Eine vollständige, statische und autonom autorisierte Aufklärung und Integration scheint utopisch zu sein.

Immer sind, solange Menschen an Entscheidungsprozessen teilhaben, individuelle Interessen, beeinflussende Wertvorstellungen und auch Interessenkonflikte nicht auszuschließen. Gerade daraus ergibt sich eine besondere Sorgfaltspflicht im Hinblick auf die Wahrung der Autonomie und des freien Willens von Menschen in Massenunterkünften. Vermutlich nehmen wir schon sehr früh mit unseren Übersetzungen, Raumkontingenten, Geschenken, Verboten, Gesprächen und Beschimpfungen bereits Einfluss auf spätere Entscheidungen der Angekommenen, über die wir uns dann wundern. Die vielfältigen Faktoren, die die Autonomie und den freien Willen beeinflussen, lassen nur den einen Schluss zu: Den einen freien Willen kann es nicht geben, und es wird wegen der Komplexität dieses Themas in absehbarer Zeit auch kein Messinstrument zur Verfügung stehen, das menschliche Autonomie feststellbar macht. Es handelt sich vielmehr um ein Konstrukt, das aus einer Vielzahl von Daten abgeleitet wird und das erheblichen Schwankungen unterliegt, genauso wie die ihm zugrunde liegenden psychischen Prozesse. Die Selbstwahrnehmung und somit auch die

idealtypische Autonomie eines Patienten sind immer abhängig von sozialen und kulturellen Werthaltungen und von Normen, die sich zu geltendem Recht entwickelt haben.

Besondere Aufmerksamkeit gilt der Einwilligung von zum Beispiel Häftlingen zu Untersuchungs- und Forschungszwecken. Weil der Forschungsstand noch lückenhaft ist und wegen geringer Fallzahlen wird jede Untersuchung gebraucht, um das Wissen in diesem Bereich zu vermehren. Es muss aber streng darauf geachtet werden, ob Häftlinge oder auch Flüchtlinge durch ihre Taten oder Erlebnisse in ihrem persönlichen, emotionalen und kognitiven Erleben verändert sind. Einwilligungen können dann unwirksam werden, auch besteht die Gefahr dass persönlichkeitsveränderte Menschen erforschte Grundlagen liefern, die dann für alle anderen gelten sollen. Sind die Belastungen oder auch die Entlastungen einer Unterkunft beispielsweise, die an veränderten Menschen erprobt wurden, übertragbar auf alle anderen?

Wir müssen sehr sorgfältig prüfen, ob die von ihm getroffenen Entscheidungen dem Menschen tatsächlich nutzen oder ob sie womöglich von seinem Umfeld initiiert sind - aus sozialen, wissenschaftlichen oder wirtschaftlichen Gründen. Es wird schwer sein, autonome Entscheidungen aus freien Stücken herauszukristallisieren. Die Ausgangslage verkompliziert sich noch dadurch, dass traumatisierte oder selbst gewalttätige Menschen nicht selten schon mit Medikamenten und anderen Therapien vorbehandelt sind, die ihrerseits die Fähigkeit zur Einwilligung modifizieren können. Die vielfältigen Faktoren, die die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit beeinflussen, lassen nur den Schluss zu, dass es eine Funktion „Einwilligungsfähigkeit“, die einfach zu bestimmen ist und deren Vorhandensein durch klinische oder psychiatrische Untersuchungen eindeutig feststellbar ist, ebenfalls nicht gibt.

Die jüngsten Gewalttaten machen deutlich, wie schwierig es ist, beginnende Veränderungen von Persönlichkeit, die ja im Laufe eines Lebens ein jeder vollzieht, in „erwünschte gute“ und „unerwünschte schlechte“ einzuteilen. Die Bevölkerung wird derzeit aufgerufen, sich an präventiven Maßnahmen und Früherkennung von Gewalt und Terror zu beteiligen. Zu welchem Zeitpunkt aber verändert sich eine Person zu ihrem Nachteil? Wer definiert die Maßstäbe und von wem werden diese dann kontrolliert? Vermutlich wird sein neuer Zustand vom Beobachteten als Bereicherung empfunden und bejaht, von seinen Beobachtern aber negativ bewertet. Außerdem können Veränderungen einer Person sehr subtil ablaufen und nur allmählich soziale Wirkungen zeigen.

Gehen wir einmal davon aus, dass Asyl und Unterbringung zunächst das Leiden vermindern und die Entscheidungsfähigkeit und Selbstbestimmung fördern, da sich nunmehr nicht ein Großteil der Reserven auf Strategien zum Leben in Flucht oder Deckung konzentrieren muss. Es scheinen sich neue „Freiräume“ für die Betroffenen zu öffnen. Was aber passiert dann? Jetzt werden von außen Gemütslage, Motivationen und Wünsche der Menschen beeinflusst. Es stellt sich die Frage, ob sie durch die Maßnahme tatsächlich an Selbstbestimmung gewinnen, oder aber die eingeschränkte Selbstbestimmung verstärkt wird.

### **Stress beeinflusst Entscheidungen**

Stresssituationen wie Massenunterbringungen sie darstellen, beeinflussen die Impulsivität und Geschwindigkeit von Entscheidungen. Unter diesen Bedingungen können die meisten

Menschen weniger gut abwarten und eine Entscheidung abwägen. Dies vermindert ihre Chance, die für sie optimale Lösung zu wählen. Sind unter diesen Umständen Motivation und Handlung noch selbstbestimmt? Es könnte sich bei der Massenunterbringung bereits um einen Eingriff in die Erlebens- und Gedankenwelt handeln, der perspektivisch auch das spätere Verhalten und Handeln beeinflusst. Die Unterbringung hätte dann möglicherweise auch Einfluss auf die Persönlichkeit oder personale Identität des Untergebrachten. Wenn man annimmt, dass die Massenunterbringung solchermaßen Persönlichkeiten zu verändern vermag, schließt sich die Frage an, ob ein späterer Suizid dann von einer anderen Person als von der vor der Unterbringung existierenden ausgeübt wurde. Es müsste in diesem Fall dann davon ausgegangen werden, dass auch die Staatsmacht zum späteren Suizid mit beigetragen hat, sozusagen mit schuldig wurde, denn sie hätte ja dann erst mit ihrem Eingreifen eine Persönlichkeit dahingehend verändert, dass diese sich später das Leben nimmt. Der frühere „freihere“ Mensch hätte womöglich überlebt. Die Massenunterbringung mit dem Suizid als unerwünschter Nebenwirkung hätte in diesen Fällen dann eine infauste Prognose und wäre kontraindiziert.

### **Suizid und Impulskontrolle**

Viele der Suizide oder Suizidversuche sind von impulsivem Charakter; eine der wichtigsten Risikofaktoren sind Impulskontrollstörungen. Geht man davon aus, dass einerseits solche Impulskontrollstörungen zu Suizidalität und vollzogenen Suiziden führen können und andererseits die Unterbringung in Massenunterkünften die Impulskontrolle beeinflussen kann, so führt dies zu Frage, ob diese Unterbringungsformen ihrerseits Suizidalität und Suizide befördern. Stört Massenunterbringung die gesunde Antwortselektion, und entsteht in Folge eine Störung, welche unreife Entscheidungen herbeiführt, die nicht an die Anforderungen bestimmter Situationen angepasst sind? Erhöht sich die Impulsivität der untergebrachten Menschen?

Unter Umständen bilanziert ein kasernierter Mensch bei zunehmendem Leid irgendwann den Verlauf und die Perspektiven seines Lebens und entscheidet sich zum Suizid. Es ergeben sich Schwierigkeiten, die Bilanzierung als von einem einwilligungs- und autonom entscheidungsfähigen Menschen vollzogen zu betrachten, da nicht klar definiert werden kann, ob der Betroffene frei entscheidet oder unter dem Einfluss von Nebenwirkungen der Unterbringung steht. Weiter ist unter der Annahme einer möglichen Bilanzierung zu fragen, ob es im Einzelfall um einen Bilanzsuizid als zu respektierende autonome Entscheidung geht, oder ob gerade umgekehrt, die Suizidalität den durch die psychische Erkrankung bedingten Verlust der Autonomie markiert.

Es gibt unter den Sachverständigen diejenigen, die argumentieren, das Verhaltensmuster eines Bilanzsuizides gebe es bei geistig Gesunden nicht. Sie halten die kognitiven Funktionen eines Suizidenten für derart eingeschränkt, dass er nicht mehr ausreichend von seiner Vernunft Gebrauch machen könne. Eine nüchterne und dabei willensfreie Entscheidung sei in Anbetracht von Stimmungen, Schmerzen oder Gefühlen nicht möglich. Hinter dem Suizidversuch stünden Überforderung, Verzweiflung oder Aussichtslosigkeit. Als aus freiem Willen handelnd könnten demnach nur Suizidenten gelten, die nicht kausal durch psychi-

sche Störungen beeinträchtigt würden. Wenn aber ein Suizident immer schon durch seinen Wunsch nach Selbsttötung als in diesem Sinne gestört betrachtet wird, kann es den Suizid aus freien Stücken nicht geben.

Das Argument der gegnerischen Partei heißt, dass auch noch der am schwersten Depressive einen willentlichen Entschluss zum Ausführen der suizidalen Handlung brauche. Und im Moment dieser Willensbildung sei er frei. Denn immer sei es der Mensch selbst, der den Akt vollziehe, nicht eine Krankheit.

Die Vorbereitung des Suizids, gewissermaßen die Latenz bis zur Tat, lässt sich grob einteilen in eine zuvor vollzogene Bilanzierung und in eine spontane Handlung aus dem Affekt. Ein Bilanzsuizid findet dann statt, wenn sich ein geistig gesunder, urteilsfähiger Mensch auf der Grundlage einer sorgfältigen Bilanzierung oder Abwägung seines gesamten bisherigen Lebens und mit Blick auf mögliche grundlegende zukünftige Veränderungen zur Selbsttötung entschließt. Das Recht auf den eigenen Tod lässt sich so als Krönung des Rechts auf das eigene Leben begreifen und auf die radikal vollzogene Unabhängigkeit von allem, von dem man je abhängig sein könnte.

### **Die Rolle der Psychiatrie**

Die in der Psychiatrie Tätigen sind von der ersten Begegnung mit dem Patienten an in dessen Gedanken therapeutisch verflochten. Sie müssen versuchen, den Patienten von der Heilbarkeit seiner (suizidalen) Symptome zu überzeugen, ihre wichtigste Aufgabe ist zunächst, die Suizidalität abzuwehren, um den Kranken nicht schon in einem sehr frühen Stadium zu verlieren. Wann darf in einem solchen therapeutischen Prozess die Entscheidung zum Abbruch jeglicher Therapie kommen? Soll es einen Wendepunkt geben, an dem sich entscheidet, eine Suizidalität ist von nun an unumkehrbar? Wie soll gerechtfertigt werden, dass JETZT das Leben keinen Sinn mehr ergibt und das Leiden beendet werden darf. Der/die Psychiater/in hat nichts Somatisches, keinen Tumor, keine Laboranalyse, die beweisen könnten, dass die (psychische) Erkrankung unaufhaltsam fortschreitet und alle weiteren Maßnahmen nichts nutzen. Er/sie muss das therapeutische Gespräch interpretieren und entscheiden, ob dieses Leben noch lebenswert ist, ob dieses Leiden noch tragbar ist. Er/sie kann sich dabei nicht auf außerhalb des Patienten existierende Entscheidungshilfen verlassen, sondern muss den Schilderungen der Patienten Glauben schenken. Zugleich muss genauestens überprüft werden, ob der Suizidwunsch Symptom oder freier Wille ist.

Wenn wir uns dagegen rein somatisch tätige Therapeut/innen vorstellen, so befinden sie sich in der vergleichsweise „komfortablen“ Situation, dass die Krankheit vom Wesen des Patienten extrahiert werden kann. Kommt es dann irgendwann zum Beschluss des Abbruchs aller therapeutischen Maßnahmen, wird der Patient medizinisch „aufgegeben“, dann ist in der ärztlichen Vorstellung das Soma des Betroffenen derart zerstört, dass keine Rettung mehr möglich ist. Dem Kranken bleibt aber in dieser angenommenen Konstellation immer ein würdevolles und nicht angetastetes Selbst, mit dem er/sie, zumindest in der Theorie, frei entscheidet, ob er/sie bis zum Versagen aller Organe weiterleben will oder vorzeitig dem Leben ein Ende macht. Ist das Soma des Betroffenen massiv und unwiderruflich befallen und er selbst nicht in der Lage, mit eigener Muskelkraft den Suizid auszuführen, ist es dem

somatisch ausgerichteten Arzt in der Folge zumindest erlaubt, Medikamente bereitzustellen. Die meisten Psychiater/innen unterstellen, dass Suizidwünsche immer Ausdruck einer psychiatrischen Erkrankung seien und das Symptom eines vorübergehenden Krankheitszustands. Sie begreifen die Suizidalität als häufig flüchtiges Phänomen und die Betroffenen nach Überwindung der Krise als nicht mehr suizidal. Der Suizidwunsch wird in diesem Kontext als von äußeren Faktoren abhängig und durch sie beeinflussbar beschrieben, die Suizidalität bilde sich als Symptom einer psychischen Erkrankung nach deren Behandlung vollständig zurück. Das Verstehen ist dabei die wesentliche Voraussetzung zum Gelingen der Intervention. Es muss vor der Interpretation der Erkrankung der Kranke selbst erst einmal verstanden werden. Um dies zu erreichen, ist ein besonderes Verhältnis vonnöten. Eine psychiatrische Erkrankung kann nicht verstanden werden wie ein frakturierter Mittelhandknochen. Die Fraktur definiert sich selbst und zeigt sich ohne Zutun des Patienten, die irritierte Psyche hingegen benutzt unter anderem die Sprache, um sich bemerkbar zu machen. Der/die Psychiater/in muss auch mit Hilfe der Sprache die Symptomatik dechiffrieren. Dabei darf er/sie den eigenen Erwartungen nicht unterliegen, sondern muss sich ganz in den Dienst der Patienten stellen, es müssen Bedeutungen aufgenommen und dürfen nicht fehlinterpretiert werden. Man kann aber die Situation eines Anderen immer nur unvollständig verstehen, niemand kann sagen, er/sie hätte vollkommen und endgültig verstanden.

Ist tatsächlich der Wunsch nach Selbsttötung immer von psychischer Krankheit begleitet, oder existiert vielmehr eine sehr gesunde Handlungs- und Willensfreiheit, die dem Suizid auch bei psychisch Erkrankten vorausgeht? Wann ist der Suizid Krankheitssymptom, wann der freiwillige letzte Ausweg aus nicht erträglichem Leiden?

Die meisten Psychiater bejahen den Suizid als Symptom einer psychischen Krankheit und betonen die Pflicht des Psychiaters, den erkrankten Patienten vor sich selbst zu beschützen. Insbesondere geht die Psychiatrie davon aus, Suizidwünsche bei psychisch Erkrankten seien irrational und gegen die gesunden Selbstinteressen vorhanden. Von den Befürwortern eines „gesunden“ Willens zum Suizid würden laienhaft normale psychologische Reflexionen auf die Situation eines Kranken projiziert. Die psychische Krankheit durchdringe gänzlich den Willen des Suizidalen und er könne wegen dieser Beeinträchtigung nicht mehr autonom reagieren. Ein psychisch Kranker kann diesbezüglich nie in der Lage sein, aus freiem Willen einen „gesunden“ Entschluss zur Beendigung seines Lebens zu treffen. Geht man aber davon aus, der Suizid sei das Symptom einer psychischen Störung oder Erkrankung, muss man annehmen, dass er durch eine geeignete Maßnahme zu verhindern wäre. Immer besteht Hoffnung auf Heilung, der Psychiater ist zugleich Träger, Verwalter und Überbringer dieses Ideals für psychisch Erkrankte. Es ist dann eine Frage von Zeit und therapeutischem Geschick, bis der Suizident zu seiner Gesundheit zurückkehrt und die Unvernunft seines suizidalen Handelns einsieht. Diese Sichtweise tendiert dazu, psychische Krankheiten als fortdauernd und kontinuierlich zu bewerten, und sie werden für zeitlich stabil gehalten.

Ein medizinisches Modell von einem monokausalen Vorgang mit dem Symptom Suizid als eines der Symptome von Krankheit kann nicht gut wirken. Dieses suggeriert, das Symptom habe den Suizidenten ohne sein Zutun, womöglich gegen seinen Willen, in seine Gewalt gebracht und in den Tod getrieben. Die psychiatrische Nomenklatur hat die geläufige Dichoto-

mie zwischen „gesund“ und „krank“ in der jüngsten Vergangenheit etwas verwässert, indem sie die Einteilung in „leicht, mittel und schwer“ erweiterte. Die Beurteilung der existenziellen Frage für den Patienten, wird damit nicht leichter. Geht man nämlich jetzt zum Beispiel von einer „leichten“ Depression aus im Vergleich zur „schweren“, darf dann eher der leichter Erkrankte den Suizid wollen, weil in ihm ja noch mehr Kapazität zur Kognition vorhanden ist oder ist es eher der Schwerkranke, der nicht mehr leben wollen darf, weil ihn die Schwere seiner Erkrankung ohne Hoffnung auf Besserung immer wieder niederwirft? Wie soll die Psychiatrie eine Aufhebung oder Beeinträchtigung der Willensbestimmung diagnostizieren? Selbst wenn der für gesund erachtete freie Wille eines Suizidenten anerkannt und der Suizidwunsch zugestanden würde, ist die Suizidabsicht dann als konstant anzunehmen und welche Zeiträume sollen hier gelten?

Die Psychiatrie erlebt zwangsläufig im vollzogenen Suizid immer auch ihr Versagen, denn die therapeutische Rolle ist eben gerade der Aufbau einer lebensbejahenden Beziehung zum Kranken. In dieser Beziehung darf nur der/die Patient/in aufgeben, der/die Psychiater/in nicht, denn es würde mit der Aufgabe des Lebens auch die therapeutische Legitimation in Frage gestellt. Dies unterscheidet zunächst nicht vom somatisch Tätigen. Der psychotherapeutische Kontext aber lebt von dem Gedanken, dass der Paternalismus bis zu dem Zeitpunkt bestehen bleibt, an dem der Patient wieder in der Lage ist, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen und seine „gesunde“ Urteilskraft wieder erlangt hat. Hier müsste ein den freiwilligen Suizid akzeptierender Psychiater sehr „treffsicher“ sein beim Aufspüren eines unumkehrbaren Willens des Suizidenten.

Das Dilemma des Psychiaters mündet in die Frage nach erlaubtem Freiheitsentzug bei anhaltend suizidalen Patienten. Wie lange darf man einen Menschen einsperren, um einen Suizid zu verhindern? Die Psychiatrie als Verteidigerin des Menschen vor seinen destruktiven Kräften macht sich nicht dann schuldig, wenn sie Maßnahmen ergreift, sondern dann, wenn sie sie unterlässt. Dieser Paternalismus nimmt an, der Suizidwunsch sei Ausdruck verzerrter Wahrnehmung und seelischer Verwirrung und die therapeutische Intervention sei dann aus ethischer Sicht erlaubt zum Wohl des Patienten. Die meisten Suizide seien irrational, beruhen auf krankhaften Prozessen und stünden den Interessen des Menschen entgegen. Um die langfristigen Interessen der Suizidenten bewahren zu können, sei es demzufolge geboten, sie von der Tat abzuhalten, auch unter Inkaufnahme von Zwangsmaßnahmen. Autoritäres und manipulatives Einwirken sind dann ausdrücklich erwünscht. Zur Rechtfertigung dienen die Gefahr einer Selbstschädigung und der Charakter des Unwiderruflichen des Suizids sowie juristische Konsequenzen für die Behandler.

Demgegenüber weist ein angenommener „absoluter Subjektivismus“ die These einer zugrunde liegenden Krankheit zurück und beschreibt den Suizidwillen des Menschen als authentisch. Der Mensch ist durch das Selbstbestimmungsrecht vor Eingriffen gegen seinen Willen geschützt. Handlungsfreiheit ist die Abwesenheit von Einschränkungen, Hindernissen und Zwängen, Willensfreiheit meint die positive Fähigkeit, sich zu den gegebenen charakterlichen, sozialen und situativen Bedingungen reflektierend zu verhalten und unter Erwägung vernünftiger Gründe und mit Blick auf das Leben als Ganzes sich Ziele setzen zu können.

Allerdings macht diese Definition von Freiheit wenig Sinn, wenn der Mensch, der die Freiheit

haben soll, nicht über die für sein Handeln notwendigen Mittel verfügt und wenn er/sie auch in der Zukunft keine Aussichten hat, diese Mittel zu erhalten. Ein Suizident kann sich nur im Rahmen seiner Mittel zum Zwecke der Selbsttötung umbringen. Erhängen, erschießen, von einer Brücke stürzen, diese dramatischen Möglichkeiten stehen dem Suizidenten zur Wahl, er wird nicht nach der Hilfe von einem Psychiater bitten dürfen, um eine sanftere Methode vorzuziehen. Die Freiheitsvorstellung des Menschen steht in unmittelbarem Zusammenhang mit den Optionen, die er hat, der Suizident kann nur wählen zwischen den Vorgehensweisen, die man ihm zulässt.

Primo Levi schreibt über das Jahr, in dem er in Auschwitz inhaftiert war, in seinem autobiografischen Bericht „Ist das ein Mensch?“ zum Suizid als letzten tröstlichen Ausweg aus tiefster Verzweiflung. „Wenn Du absolut müsstest, wenn du nichts anderes mehr in deinem Herzen spürtest als Überdruß, wie dies zuweilen geschieht, so dass du wirklich glaubst, vollends in der Tiefe zu liegen, dann – und so denken wir alle – könntest du noch den elektrischen Sperrdraht anfassen oder dich vor einen der rangierenden Züge werfen, und dann würde es nicht mehr regnen.“

Ist Levis späterer Suizid Endpunkt vorheriger Bilanzierungen? Konnte er mit seinem Leben wegen der Erlebnisse erst viel später nicht weitermachen? Vielleicht haben erneute Schicksalsschläge ein Weiterleben undenkbar gemacht, möglich auch, dass das fortschreitende Alter ein Verdrängen der Erinnerungen erschwerte. Wie lange musste der Suizidwunsch bestanden haben, damit es sich bei Levi um einen bilanzierten Entschluss und keinen Affekt mehr handelte? Gibt es bei dem Schriftsteller eine von extern erkennbare psychische Pathologie? Ist er ein Suizident oder ein spätes Mordopfer des nationalsozialistischen Terrorregimes?

Auch der Essayist Jean Améry war schwer traumatisiert und litt möglicherweise an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Sie entsteht verzögert auf eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung, Suizidversuche sind Teil der schweren Symptomatik. Er selbst stellte allerdings die Suizidverhütung grundlegend in Frage und verurteilte alle psychotherapeutischen Versuche als anmaßend.

Die Psychiatrie und Philosophie treten zuweilen in Opposition zwischen reflexloser Impuls- oder Affekthandlung und emotionsfreier Bilanzierung. Die Realität suizidaler Menschen dürfte sich aber zwischen den Fronten ansiedeln lassen. Es ist oft nicht möglich, die Abfolge zwischen Emotion und Kognition genau zu erschließen. Genauso wie jede Bilanzierung von Emotionen flankiert sein dürfte, kommen anderenteils Gefühle durch das Zusammenwirken und die Interpretation von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zustande.

In Not geratene Menschen dürfen selbstverständlich nicht alleine gelassen werden mit ihren Entscheidungen, indem man auf einen abstrakten freien Willen hofft, der alles von selbst lösen wird. Das würde bedeuten, sich aus der gelebten Realität und aus der Verantwortung auf und davon zu machen, die Mit-Menschen und auch ein Staat für Schutzbefohlene tragen. Auch können sehr konkrete Probleme nicht in philosophischen Diskursen gelöst werden. Dennoch, sowohl Flüchtlinge in Massenunterkünften als auch Insassen von Gefängnissen – sie haben, trotz der determinierten äußeren Umstände eine von jedermann zu respektierende Autonomie und einen freien Willen.

## MENSCHENWÜRDE UND SELBSTACHTUNG

*Franz Josef Wetz*

Mit großer Selbstverständlichkeit fordern wir die Achtung vor der Menschenwürde, ohne allerdings genau zu wissen, was wir hiermit überhaupt wollen. Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen

- Menschenwürde als abstraktem Wesensmerkmal, wonach dem Einzelnen kraft seines Menschseins und unabhängig von seinem Verhalten oder den Verhältnissen, in denen er lebt, ein absoluter, ideeller Wert zukommt, und
- Menschenwürde als konkretem Gestaltungsauftrag, demzufolge es von unseren Umgangsformen abhängt, wie wir unsere Würde achten.
- In der Kulturgeschichte finden wir beide Ansätze – Würde als metaphysische Vorgabe und ethische Aufgabe – miteinander verbunden. Die der Würde angemessene Haltung gegenüber ist die Achtung.

Für gewöhnlich wird die Menschenwürde auf die menschliche Gottebenbildlichkeit, Vernunft oder Selbstbestimmung des Einzelnen gegründet. Unabhängig von dem schwierigen Problem, worauf sich die Idee der Würde allgemeingültig und plausibel stützen lässt, drängt sich zuvor aber bereits die Frage auf, warum wir eigentlich wollen, dass Menschenwürde sei. Was bietet uns die Idee der Würde? Warum wollen wir vom Menschen groß denken? Würde ermöglicht Selbstachtung. Wie Friedrich Nietzsche formuliert, schenkt sie den Menschen einen absoluten Wert im Gegensatz zu seiner Kleinheit und Zufälligkeit im Strom des Werdens und Vergehens und verhütet auf diese Weise, dass sich die Menschen gering achten und gegeneinander Partei ergreifen.

### **Selbstachtung als Erhaltungsmittel**

Selbstachtung ist eine existenzielle Notwendigkeit oder ein unverzichtbares Erhaltungsmittel in einer Welt, die es nicht immer gut mit uns meint. Niemand erfreut sich nur seines Daseins, sondern ein jeder hat auch schwer daran zu tragen. Dem Ernst des Lebens lässt sich nicht immer ein Schnippchen schlagen. Niemand hat es leicht. Um das Leben besser ertragen zu können, muss man sich manchmal sogar an der Halbwahrheit und Selbsttäuschung ausruhen. In diesem Zusammenhang ist Selbstachtung ein wichtiger Stützpfeiler. Nur wer über eine starke Selbstachtung verfügt, kann schlecht behandelt werden, ohne sich deshalb gleich erniedrigt fühlen zu müssen. Wie ein intaktes Immunsystem stärkt Selbstachtung die Widerstandskraft des Menschen im Umgang mit den Widrigkeiten des Lebens.

Was Selbstachtung ist, erfahren wir im Alltagsleben oft erst dann, wenn sie bedroht oder schon beschädigt ist. Obwohl man die eigene Selbstachtung vielleicht zuvor noch nie gespürt, geschweige denn hierüber nachgedacht hat, können schon ein verächtlicher Blick auf der Straße, der dümmlich belehrende Ton eines Vorgesetzten oder die herablassende Geste des Mitleids, die dem Betroffenen die eigene Hilflosigkeit, Abhängigkeit oder Unterlegenheit spüren lassen, die eigene Selbstachtung offenbaren. Häufig findet sich unsere Selbstachtung mit solchen Herabsetzungen nicht ab und begehrt hiergegen auf – dem

Motto gemäß: Hier tritt mir jemand zu nahe. Muss ich mir das gefallen lassen? Ich habe doch auch meinen Stolz!

Aber was heißt, sich zu achten? Selbstachtung bedeutet: sein Dasein als Achtung gebietend zu bewerten, und das heißt: sein Leben für sich als wertvoll zu bejahen, und das heißt: sein Dasein für der Mühe wert zu halten, die es einem selbst und anderen bereitet.

Die Frage, ob Selbstachtung überhaupt sein soll, stellt sich im Alltagsleben nicht. Woran liegt das? Bei bewusstem Leben wie dem menschlichen ist bereits ein gewisses Selbstwertgefühl mit dem Selbsterhaltungsstreben keimhaft gegeben. Der Einzelne hängt von Natur aus am Leben und richtet geradezu automatisch seine Kräfte auf die eigene Erhaltung. Bei bewusstem Leben drückt dieser Überlebenswille bereits eine Selbstwertschätzung aus, insofern es hierdurch sein Dasein doch dem Nichtsein vorzieht. Auf diese Weise bejaht sich das Leben selbst als wertvoll. So ist bereits die Selbstwertschätzung im biologischen Imperativ der Selbsterhaltung ansatzweise gegeben.

Allerdings ist die mit dem Selbsterhaltungsstreben gleichursprüngliche Selbstachtung immer brüchig. Denn mit der Bejahung des eigenen Lebens für sich als wertvoll geht normalerweise auch die Erkenntnis eigener Unzulänglichkeit und Schwäche einher. Hierdurch wird die Selbstachtung wieder gefährdet. Wir alle haben genug von dem, was fehlt! Selbst die Schönen, Starken und Erfolgreichen ahnen in stillen Momenten wahrer Selbsterkenntnis, dass auch sie nur vergängliche Mängelwesen sind – klein, unerheblich und nichtig. Erst recht kennt der gesunde, durchschnittliche Normalbürger eine Reihe von Sorgen und Gebrechen, die seiner Selbstachtung abträglich sind. Darum bleibt es eine lebenslängliche Aufgabe, sich selbst Achtung entgegen zu bringen: die Balance zwischen eigener Wertschätzung und Geringschätzung zu halten.

Dies gelingt dem Einzelnen aber nicht so ohne weiteres. Zum einen besteht die Gefahr der übertriebenen Wertschätzung: Geht das Bewusstsein für die eigene Unzulänglichkeit verloren, wird aus Selbstachtung Arroganz, Überheblichkeit, Hochmut. Manche Hähne glauben, dass ihres Krähens wegen die Sonne aufgeht, wie Theodor Fontane vermerkt. Doch verbergen sich dahinter oft Minderwertigkeitsgefühle. Joseph Goebbels nannte seinen Klumpfuß die Batterien seiner großen Schnauze. Aber nicht immer verbirgt sich hinter Arroganz ein Minderwertigkeitskomplex. Das wollen wir Durchschnittsbürger so glauben dürfen, weil wir es kaum ertragen, dass sich hochmütige Menschen vorbehaltlos eines schönen Lebens erfreuen könnten. Vielleicht fehlt ihnen aber lediglich das Bewusstsein der eigenen Vergänglichkeit, Unvollkommenheit und Endlichkeit, die sich gewöhnlich wie brauner Rost durch den Glanz alles Menschlichen frisst, um alles in rechte Licht zu rücken.

Zum anderen besteht die Gefahr der überzogenen Geringschätzung: Nimmt das Bewusstsein der eigenen Unzulänglichkeit überhand, weil man vom Typ her schon sehr selbstkritisch und verletzlich ist, oftmals im Leben versagt hat oder vieles schief lief, dann dominieren Selbstzweifel und Selbstgeringschätzung. Manchmal versäumt das Leben fast alles Gute am Menschen. Mit Vorliebe wird gerade an schwachen Schülern, Mitbürgern und Kollegen das Abweichende aufgespürt, um mit dem Finger darauf zu zeigen. Natürlich kann hierdurch das Selbstwertgefühl beschädigt werden.

Für das Leben eines Durchschnittsbürgers dürfte wohl eine existenzielle Mischkalkulation

charakteristisch sein. Ein Versagen, das die eigene Selbstachtung beschädigt, kann durch Erfolge, welche die eigene Selbstachtung fördern, weitgehend ausgeglichen werden. Beruflichen Misserfolg können Attraktivität und andere Dinge wettmachen, Dummheit sportliche Verdienste, Hässlichkeit besondere Leistungen. Möglicherweise übt man einen Beruf aus, der wenig gesellschaftliches Ansehen genießt, aber man hat eine intakte Familie, die man gut ernähren kann, und man ist mit Recht stolz darauf.

### **Ethisch qualifizierte Selbstachtung**

Selbstachtung ist zwar ein existenzieller Höchstwert, ein ethischer Höchstwert ist sie aber nicht. Sie ist nicht das Eichmaß von Gut und Böse, kein letzter Maßstab, mit dessen Hilfe sich das ethisch Gebotene vom ethisch Unzulässigen abgrenzen ließe. So gewinnt ein Verbrecher möglicherweise seine Selbstachtung durch Unterdrückung von Mithäftlingen oder durch Straftaten, die den meisten Durchschnittsbürgern jede Selbstachtung nehmen würden, wären sie an seiner Stelle. Womöglich prahlt ein Inhaftierter sogar mit seinen Vergehen, statt Scham und Reue zu empfinden. Reue ist ein tiefes Bedauern eigenen Fehlverhaltens mit der ehrlichen Bereitschaft zu Wiedergutmachung und Besserung.

Das Gefühl der Selbstachtung ist nur dann ethisch legitim, wenn es auch die Bedingungen sind, unter denen es entsteht. Wie es ethisch ungerechtfertigte Gefühle der Demütigung gibt, genauso gibt es ethisch ungerechtfertigte Selbstachtung. Wenn wir gute Gründe haben anzunehmen, dass die Voraussetzungen der Selbstachtung und Demütigung in den Augen eines unparteiischen, aufgeklärten, urteilsfähigen Schiedsrichters mit gutem Willen als billigen- und lobenswert erscheinen, erst dann ist die Selbstachtung ethisch vertretbar. Natürlich können grausame Verbrechen und brutale Gewalt gegen Mithäftlinge aus solcher Perspektive nicht als Beweggründe zur Selbstachtung ethisch gerechtfertigt werden. Aus dieser Sicht wären eher Scham und Reue angebracht.

Aber obwohl ein Straftäter vielleicht keinen guten Grund zur Selbstachtung hat, darf ihm nach unserer Wertordnung dennoch nicht die Möglichkeit zur Selbstachtung verweigert werden. Es ist ein Zivilisationsmaßstab, ob eine Gesellschaft selbst Kriminellen die ethisch gerechtfertigten Voraussetzungen zur Selbstachtung gewährleistet, indem sie diese human behandelt und dadurch Vorkehrungen gegen einen möglicherweise beabsichtigten Freitod trifft. Aber warum soll es überhaupt Selbstachtung geben? Wieso soll der Einzelne, selbst der Verbrecher, sein Dasein als wertvoll für sich bejahen können und somit am Leben bleiben wollen? Nichts und niemand außer uns selbst können entscheiden, ob auch Strafgefangenen die Voraussetzungen zur ethisch gerechtfertigten Selbstachtung und damit zur Lebensbejahung zur Verfügung gestellt werden sollen. Hierfür spricht eine Reihe von Argumenten. Vor Ort seien fünf genannt.

**1)** Erstens bedarf es hierzu der tief eindringenden Erkenntnis, dass Fehlhandlungen eines Täters auf ungünstige Genkonstellationen, gravierende Entwicklungsfehler, unglückliche Umstände, problematische Prägungen und Ähnliches zurückzuführen sind. Man muss sich vor Augen führen, dass ein Täter unter den gegebenen Bedingungen nur so handeln konnte, wie er es tat. Obwohl wir der Lebensgeschichte, Veranlagung, Erziehung und Umgebung bereits eine prägende Kraft zumessen, fällt es uns doch schwer zu glauben, dass unser

Dasein dem freien Willen gänzlich entzogen ist. Dabei bilden Willensfreiheit und Determination gar keinen Widerspruch. Beide Perspektiven verschränken sich auf eigentümliche Weise. Sie sind zwei Seiten einer Medaille. Ein Wille wird frei genannt, der einerseits frei von inneren Zwängen, Phobien, Verhaltens- und Gehirndefekten, also zurechnungsfähig ist, und der andererseits über die Fähigkeit verfügt, nüchtern erwägen, überlegt vorgehen, sein Denken und Handeln nach plausiblen Gründen steuern zu können. Weit davon entfernt, ohnmächtig angetrieben zu werden, sind wir normalerweise imstande, prüfende Erwägungen anzustellen, bewusst Vorsätze zu fassen, begründete Entscheidungen zu treffen. Aber so merkwürdig es klingt, die Kehrseite dieser Freiheit ist die Unverfügbarkeit. Denn wir sind zwar frei, das zu denken, zu erwägen und zu tun, was wir wollen; wir sind aber nicht frei zu wollen, was wir wollen. In letzter Beziehung wird man hintergründig von etwas her verfügt, das man jedoch nur wieder selbst ist. Darum könnte niemand jemals unter vollständig identischen Bedingungen anders entscheiden, als man entschieden hat. Ein Verbrechen ist die Folge eines komplexen Ursachengeflechts, das mehr oder weniger unmerklich durch alles Wollen, Denken und Handeln hindurch wirkt. Allerdings entlastet dieses Ursachengeflecht niemanden von der Aufgabe, sein Dasein eigenverantwortlich zu führen, und es entlässt den Einzelnen auch nicht aus der Pflicht, sein Leben sozialverträglich zu gestalten. Denn wir können unsere Gene, Neuronen und sonstigen Prägungen nicht um Rat im konkreten Leben fragen. Da sind wir ganz auf uns gestellt und uns letztlich doch unverfügbar. Offenbar kann ein und dieselbe Handlung aus gegensätzlichen Blickwinkeln und unter entgegengesetzten Gesichtspunkten ins Auge gefasst werden. Hat man diese schwierigen Zusammenhänge einmal durchschaut, so wird man milder und nachsichtiger gegenüber Straftätern und damit offener für deren Selbstachtung oder Würde.

2) Ein Rollentausch, bei dem man sich in die Lage eines Verbrechers versetzt, hilft die skizzierte Erkenntnis zu konkretisieren. Hierzu ist es lediglich erforderlich, sich die natürlichen Anlagen eines Gefangenen und seine Lebensgeschichte, die vor einem Hintergrund zahlreicher nicht gewählter Faktoren stattfindet, deutlich zu machen. Unter identischen Bedingungen wäre es auch für uns unmöglich gewesen, anders zu entscheiden. Darum sollte man niemals abschließend über einen anderen Menschen urteilen, solange man nicht dieser selbst geworden ist. Erst durch experimentelle Identifikation kann man zu einem halbwegs angemessenen Verständnis eines Verbrechers gelangen. Das Leben ist ein Hindernislauf, bei dem man leicht ins Stolpern gerät. Trotzdem hat ein zurechnungsfähiger Verbrecher seine Tat aus freien Stücken begangen. Somit bleibt er freiwilliger Urheber seiner Vergehen und wird deshalb mit Recht zur Verantwortung gezogen, aber zu Unrecht schuldig gesprochen. Diese Ambiguität kann den Sinn dafür schärfen, dass Straftätern zur ethisch qualifizierten Selbstachtung verholfen werden sollte.

3) Hinzu kommt die wichtige Selbsterkenntnis, dass man sein halbwegs gelungenes Dasein teilweise natürlichen Begabungen, glücklichen Umständen und womöglich einer privilegierten Startposition ins Leben verdankt. Dies alles sind Geschenke, die niemand im Ernst verdient hat und die erst recht kein eigenes Verdienst darstellen. Wer die unverfügbaren Zufälle aus seinem Dasein herausrechnet und die freundlichen Widerfahrnisse von seinen Leistungen abzieht, muss Abstriche an seinen Verdiensten machen. Man hat einfach Glück

gehabt. Auch so wird es möglich, milder über den Anspruch straffälliger Mitbürger auf Selbstachtung zu urteilen.

4) Natürlich gibt auch ein starkes Wohlwollen der Meinung einen wichtigen Rückhalt, das selbst straffällig gewordene Menschen eine Chance bekommen sollten, ihr Leben noch für der Mühe wert zu halten und ihre Selbstachtung auf ethisch verantwortbare Stützpfiler stellen zu können. Ein solches Wohlwollen gibt einen Inhaftierten nicht auf, weil es an der Möglichkeit festhält, dass dieser jederzeit sein bisheriges Leben in Frage stellen und ihm einen neue Wendung geben könnte. Man sollte Geduld und Nachsicht mit den Menschen haben, weil sie alle auf irgendeine Weise schlimm dran sind und weil man selbst ein Mensch ist.

5) Hierzu kann eine Expedition durch die eigenen dunklen Abgründe überaus hilfreich sein. In jedem Menschen steckt ein Keim, der für die Gesellschaft gefährlich werden kann. Das Laster wohnt allen Individuen inne, und im Kern des Lasters schlummern Versuchung, Ungehorsam und Aufsässigkeit: ein Verbrechenrisiko, das uns alle zu potenziellen Kriminellen macht. Wir alle sind mit gemeinen und niedrigen Mängeln behaftet. Jeder von uns ist wurmstichig!

Ab einem bestimmten Schweregrad der Straftaten gelingt es aber nur noch den wenigsten, solche Standpunkte einzunehmen. Die Opfer verlangen Vergeltung. Es interessiert sie nicht, ob der Täter zugleich frei und unfrei handelte. Es genügt ihnen bereits die verwerfliche Tat, um Rachegefühl zu entwickeln. Jedenfalls empfinden es Opfer als Zumutung, Verständnis für die Täter aufbringen zu sollen, die ihnen übel mitspielten. Jeder von uns kann dies nachvollziehen. Deshalb wurden für solche Situationen durchsetzungsfähige Rechtsinstitutionen geschaffen, die gleichsam den ethischen Standpunkt des unparteiischen Beobachters vertreten und Vorsorge gegen blinde Rache, Willkür und Machtmissbrauch treffen. Aus dieser Perspektive ist das Lebensinteresse des Einzelnen dadurch zu schützen, dass man dessen ethisch verantwortbare Selbstachtung stärkt.

### **Strukturelle Demütigung**

Das Gefängnis ist die organisierte Demütigung von Menschen durch Menschen. Demütigungen attackieren die Selbstachtung direkt. Sie können die Menschenwürde zutiefst treffen. Wie human der Strafvollzug und wie stolz ein Inhaftierter sein mag, hinter den „Mauern der Schande“ gibt es für einen Gefangenen bis heute gute Gründe, sich gedemütigt zu fühlen. Diese Einschätzung gilt unabhängig von der Frage, wieviel Strafe gerechtfertigt ist und was ein Straftäter verbrochen hat. Im Gefängnis muss er zahlreiche Erniedrigungen durchlaufen, die normalerweise dem menschlichen Selbstwertgefühl abträglich sind.

Gesellschaftlich hat das Gefängnis als solches ein schlechtes Image. Unter den verschiedenen Institutionen nimmt es eine total niedrige Stellung ein. Auf der Rangskala ist sein Ansehen ganz unten angesiedelt. Das Gefängnis steht nicht nur für persönliches Scheitern, sondern auch für inakzeptable Sozialunverträglichkeit. Diese Bewertung spiegeln die Mauern wider. Darum können bereits sie eine demütigende Wirkung auf die Insassen ausüben. Besonders Neulinge sind demütigenden Erfahrungen ausgesetzt, wenn sie bestimmte Aufnahme-rituale über sich ergehen lassen müssen. Entkleidung mit Leibesvisitation, Einlage-

rung persönlicher Habseligkeiten, Ausgabe von Anstaltskleidung, Zuweisung einer Zelle. Solch einschneidende Ereignisse, welche die Schranken zwischen den Insassen und der Außenwelt auf schmerzhaft Weise herablassen, sind Prozeduren, die ihre demütigende Wirkung wohl kaum verfehlen. Hiernach ist eine Inhaftierung als solche bereits ein erniedrigendes Ereignis. Man lebt unter Bedingungen, die dem Selbstwertgefühl leicht abträglich werden können. Der Gefangene bekommt sein Missgeschick durch die neuen Lebensumstände ständig vor Augen geführt.

Hinzu kommt der Verlust des gewohnten sozialen Umfeldes und liebgewonnener Menschen, so es sie gab. Unter normalen Umständen tragen solche ganz erheblich zum Selbstwertgefühl bei. Die Stabilität eines Menschen hängt unter anderem von der vertrauten Umgebung ab, in der er sein Leben verbringt.

Ganz besonders nachteilig wirkt sich der Verlust der individuellen Autonomie auf die Selbstachtung aus. Draußen hatte man ganz andere Wahl-, Bewegungs- und Handlungsfreiheiten. Gerade die Möglichkeit, sein Leben nach eigenen Vorstellungen zu führen, ist wesentlich für die Selbstachtung. Das Leben der Insassen kennt diese Freiheiten nicht mehr. Welche akzeptablen Ziele die Inhaftierung von Straftätern auch immer verfolgt, Strafvollzug bleibt Freiheitsentzug. Die Freiheitsrechte von Gefangenen werden massiv eingeschränkt. Sie halten sich unfreiwillig in einer speziellen Gemeinschaft und Institution auf, in der vielerlei Verbote und Vorschriften gelten. Der Tagesablauf, die Bewegungsmöglichkeiten und Sozialkontakte werden stark reglementiert und kontrolliert. Vieles davon trifft sicherlich auch auf das Leben außerhalb der Mauern zu. Hier sind ebenfalls soziale Kontrollen und Reglementierungen wirksam, aber für gewöhnlich in nicht so restriktivem Maße und mit anderer symbolischer Wertigkeit.

Zu diesen Einschränkungen gehört überdies, dass der Inhaftierte so gut wie keinen Einfluss auf die Art der Unterbringung hat. Er lebt unter räumlich beengten Verhältnissen womöglich mit Fremden zusammen, mit denen er ein paar Quadratmeter teilen muss. Dies alles ist normalerweise der Selbstwertschätzung eines Menschen eher abträglich. Allerdings ist ständiger Einschluss in einen engen Haftraum nicht die Regel. Viele Gefangene gehen im Gefängnis einer Arbeit nach. Außerdem gibt es Sport- und Bildungsangebote, und eine Möglichkeit zur Ablenkung durch Fernsehschauen im Haftraum besteht mittlerweile fast überall.

Gleichwohl kommt es nicht selten zu Gefühlen der Langeweile und Leere, dem Gefühl, vom eigentlichen Leben abgeschnitten zu sein, Versagens- und Schuldvorwürfen, Existenz- und Zukunftsängsten, eben zu dunklen Stimmungen, in denen die Anforderungen des Lebens als Überforderungen erlebt werden. In solchen Momenten schwinden die Widerstandskraft und die Fähigkeit, mit der Ausnahmesituation fertig zu werden. Der Wert der ganzen Person steht in Frage.

Aus dem Dargelegten erhellt, wie sehr das Gefängnis als solches bereits ein demütigender Ort ist, welcher die Selbstachtung erschweren und den Freitod begünstigen kann. Selbst wenn der Gefangene solche Demütigungen nicht verspürt, so hätte er dennoch gute Gründe, sich in seiner Selbstachtung getroffen zu fühlen. Hieraus folgt ein spezielles Problem, gehört es doch zum Gestaltungsauftrag eines humanen Strafvollzugs, Voraussetzungen zu

schaffen, unter denen Menschenwürde und damit Selbstachtung möglich bleiben. Das Gefängnisssystem als solches produziert aber einen Widerspruch: Der strukturellen Eigenart des Gefängnisses, Demütigungen zuzufügen, welche die Selbstachtung und den Lebenswillen schwächen können, steht die Aufgabe entgegen, die Insassen so aufzurichten, dass ihr Selbstwertgefühl erhalten bleibt. Im Gefängnis soll etwas geleistet werden, das durch es selbst unterminiert wird. Die Form arbeitet gleichsam gegen den Inhalt.

Nun ist zwar die Zahl der Freitode im Gefängnis höher als draußen, aber doch verschwindend gering. Offenbar verfügen Gefangene über genug Bewältigungsstrategien und Widerstandskraft, um mit den demütigenden Situationen des Haftalltags fertig zu werden. Obwohl es aus ethischer Sicht genug Anlässe gibt, sich in seiner Selbstachtung getroffen zu fühlen, lässt sich eine solche Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls oftmals gar nicht feststellen. Hierbei spielt die soziale Akzeptanz der Gefangenen untereinander sicherlich auch eine nicht zu unterschätzende Rolle. Nachweislich gibt es Höher- und Tiefergestellte unter den Inhaftierten, eine Hierarchie, die der jeweiligen Selbstwertschätzung entweder förderlich oder abträglich ist. Es gibt Insassen mit hohem Ansehen und vorgetäuscht oder tatsächlich starkem Selbstwertgefühl gegenüber schwächeren Gefangenen mit eher niedrigerem Ansehen und Selbstwertgefühl. Außerdem steigern manche Verbrechen die Achtung bei den Gefangenen, während andere, vorrangig Sexualdelikte, nur Verachtung und Abscheu bei ihnen hervorrufen.

Impulsive, leicht reizbare Inhaftierte fühlen sich schon durch kleinste Ereignisse provoziert und reagieren dann mit übersteigter Aggressivität aus Angst, nicht respektiert oder ernst genommen zu werden. Andere dagegen bleiben ohne jede erkennbare Gefühlsregung souverän und reagieren unberührt auf Demütigungen. Hier wie dort erfolgt eine Selbstbehauptung der Selbstachtung, die den Schmerz der Erniedrigung durch fehlende Anerkennung abzuwehren sucht. Nicht zuletzt darum bemühen sich viele nach außen stark, unbeeindruckbar und durchsetzungsfähig zu erscheinen. Heimweh, Scham und Verzweiflung werden im Stillen durchlitten, bis der Druck möglicherweise doch so stark wird, dass kein anderer Ausweg mehr als der Tod gesehen wird. Hiervon sind hauptsächlich Untersuchungsgefangene im Inhaftierungsschock betroffen und Frischverurteilte, nachdem die Zugbrücke zur Außenwelt hochgezogen wurde.

### **Wunsch oder Interesse?**

Wenn man dauernd erfahren muss, dass ein Erfolg aller Anstrengungen wenig wahrscheinlich ist, dann fällt es irgendwann schwer, sich angesichts seiner schwierigen Lage weiter für das Leben zu interessieren und zu engagieren. Das Gefühl trostloser Vergeblichkeit kann so stark werden, dass gerade die Selbstachtung den Betroffenen dazu bewegt, freiwillig aus dem Leben zu scheiden. Nun wird das Dasein verworfen, weil in Anbetracht des Elends keine Kraft mehr gefunden wird, es noch zu bejahen, und das heißt: sich zu achten. In diesem Sinne können sich Menschen sogar aus Gründen der Selbstachtung – genauer wegen der Unmöglichkeit künftiger Selbstachtung – das Leben nehmen. Eine solche Selbsttötung, in der noch einmal über das eigene Dasein verfügt wird, wäre dann eine letzte Äußerung menschlicher Selbstachtung. Eine Verringerung der Zahl solcher Fälle ist nur in einer Um-

gebung oder Atmosphäre möglich, die Lebensvertrauen fördert und Lebensperspektiven öffnet.

In diesem Zusammenhang muss streng unterschieden werden zwischen einem Freitod, der auf mangelnde reife Überlegung und Unzurechnungsfähigkeit zurückgeht, und dem Bilanzsuizid, der nach nüchternen Erwägungen im Zustand ungetrübter Urteilsfähigkeit erfolgt. Im ersten Falle handelt der Einzelne oftmals nicht im eigenen Interesse. Womöglich ist er so benebelt wie ein Betrunkener, der noch Auto fahren möchte. Bei klarem Urteilsvermögen hätte er solchen Wunsch nicht. Deshalb handeln dessen Freunde in seinem Interesse, wenn sie ihm den Autoschlüssel wegnehmen. Am nächsten Tag wird er sich vermutlich bei ihnen bedanken und zugeben, dass seine Fahrabsichten sie durchaus etwas angingen. Genauso hätten zahllose Selbstmörder bei klarem Kopf voraussichtlich nicht den Freitod als Endstation ihrer momentan hoffnungslosen Lebensreise gewählt. Deshalb ist solchen Selbsttötungsversuchen geduldig entgegenzuwirken. Dagegen lässt sich ein Freitod verantworten, der auf wohlüberlegten Wunsch hin geschieht und somit tatsächlich dem eigenen Interesse entspricht. Ein solcher Sterbewille ist niemandes anderen Sache. Er ist eine Privatangelegenheit. Eine unheilbare schwere Krankheit, die zu grausamem Siechtum verurteilt, ist das bekannteste Beispiel eines solch gerechtfertigten Extremfalls. In fast allen übrigen Fällen sind schon deshalb Gegenmaßnahmen angezeigt, weil sich für gewöhnlich nicht klar unterscheiden lässt, ob ein Selbsttötungsversuch einem bloßem Wunsch oder einem wirklichen Interesse des Betroffenen entspringt. Hier gilt das Vorsichtsprinzip: Im Zweifelsfall für das Leben!

### **Literatur**

*Franz Josef Wetz: Rebellion der Selbstachtung, Aschaffenburg 2014.*

*Franz Josef Wetz: Exzesse. Wer tanzt, tötet nicht, Aschaffenburg 2016.*

*Sterbenskalt und Lebenswarm:*

*Tatort Flüchtlingsunterkunft – Tatort Strafvollzug*

## ZUSAMMENFASSUNG

*Katharina Bennefeld-Kersten*

In den letzten fünf Jahren (2011–2015) haben sich 26 Flüchtlinge das Leben genommen, 564 Flüchtlinge haben sich durch suizidale Handlungen verletzt. Möglicherweise sind 40 bis 50 Prozent der Flüchtlinge, die im letzten Jahr nach Deutschland kamen, psychisch krank. Flüchtlinge sind im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung einer vielfach höheren psychischen Morbidität ausgesetzt. Durch Persönlichkeitsveränderungen bei schwer traumatisierten Menschen kann die Person, die sich das Leben nimmt, eine ganz andere sein als die ehemals geflüchtete.

Von einer Art Bundesarbeitsgruppe „Suizidprävention in der Betreuung von Flüchtlingen“ erarbeitete Präventionsmaßnahmen wären vermutlich auch wirksam in der Begegnung mit Suizidalität von Flüchtlingen, zum Beispiel:

- Flyer für junge und erwachsene Flüchtlinge, die Mut machen sollen, Personal anzusprechen
- Empfehlungen zum Umgang mit Suizidalität von Flüchtlingen
- Angebote zur Unterstützung betroffener, beteiligter und berührter Personen nach einem Suizid
- Eine Datenerhebung, an der alle Bundesländer mitwirken

Die Anzahl ausländischer Suizidenten in Untersuchungshaft beträgt fast das Doppelte der Anzahl ausländischer Suizidenten in Strafhaft. Es besteht das Problem, vor dem Hintergrund kulturell bedingt andersartiger Normen, Grundsätze, Motive die Suizidgefahr einzuschätzen.

Ein noch größeres Problem ist die Einschätzung von Suizidgefahr eines mutmaßlichen Selbstmordattentäters in Haft. Handelt es sich bei Selbstmordattentätern um Mörder oder um Opfer?

### **Flüchtlinge in Deutschland**

Können suizidpräventive Maßnahmen, die für Gefangene zum Einsatz kommen, möglicherweise auch wirksam sein für weitere Gruppen von Personen, die – von ihrer Umgebung kaum wertgeschätzt – ihr Leben mit zweifelhafter Perspektive in weitgehender Fremdbestimmung verbringen? Einige Einsichten und Erkenntnisse bei der diesjährigen Tagung der Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention im Justizvollzug in Dresden mögen diesbezüglich als Hinweise dienen.

„Etwas Besseres als den Tod findest Du überall.“ Mit dieser fatalistisch klingenden Einschätzung holt der Esel in der Fabel von den Bremer Stadtmusikanten die vom Tode bedrohten Tiere in die Gemeinschaft und rettet ihnen somit das Leben. Eigentlich sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, dass in unserem Land auch und gerade Flüchtlingen etwas Besseres als der Tod geboten wird.

Die Zahlen der Dokumentationsstelle der Antirassistischen Initiative Berlin stimmen allerdings nachdenklich. Danach haben sich allein in den letzten 5 Jahren (2011–2015) 26 Flüchtlinge das Leben genommen, 564 Flüchtlinge haben sich durch suizidale Handlungen

gen zum Teil schwer verletzt. Die Ursachen sind sicher vielfältig: enttäuschte Erwartungen, Angst, wieder in das Herkunftsland abgeschoben zu werden, verlorene Angehörige, verlorene Perspektive, psychische Beeinträchtigungen – um nur einige zu nennen.

Experten gehen davon aus, dass etwa 40 bis 50 Prozent der Flüchtlinge, die im letzten Jahr nach Deutschland kamen, (inzwischen) psychisch krank sind. Nur die wenigsten erhalten eine psychotherapeutische Behandlung. Birgit Wagner, Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der MSB Medical School Berlin, hat festgestellt, dass ca. ein Drittel der syrischen Flüchtlinge an einer PTBS leidet, dass Diskriminierung und Stigmatisierung die Problematik verschärfen.

Dementsprechend sind Flüchtlinge einer vielfach höheren psychischen Morbidität ausgesetzt, sowohl im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung als auch im Vergleich zu Migranten ohne Fluchterfahrung. Es sind nicht nur die traumatischen Erfahrungen, die sie in den Heimatländern und auf der Flucht gemacht haben. Drei Tote und 407 Verletzte in den letzten fünf Jahren, meist durch Brände und Anschläge auf Flüchtlingsunterkünfte, machen deutlich, dass auch die hiesigen Lebensbedingungen u. a. durch Verbreitung von Angst und Hass krankmachen.

Eine Antriebsfeder für die Unterstützung dieser Menschen kann sich nicht auf Mitmenschlichkeit beschränken. Der Dresdner Psychiatrie-Emeritus Werner Felber geht davon aus, dass Europa menschenleer wäre, wenn es den Typus „homo migrans“ nicht gäbe. Eine beängstigende Vorstellung, die eigentlich alle Kräfte zur Erhaltung dieser humanen Spezies mobilisieren müsste.

Die Suizidgefährdeten in Haft gehören etwa 50 verschiedenen Nationen an, darunter einige, deren Religion ihnen verbietet, sich das Leben zu nehmen. So ist im Islam die Selbsttötung eine schwere Sünde, es sei denn, es handelt sich um einen Märtyrer. Nach Hans Wedler, Herausgeber dieser Zeitschrift, bestanden und bestehen in allen Zeiten und allen Weltregionen gravierende Unterschiede in der ethischen Wertung des Suizids und – im Spannungsfeld zwischen Anmaßung und Verpflichtung – in der moralischen Beurteilung der Suizidprävention. „Wenn dem Weisen sein Schicksal verdächtig zu werden beginnt, entlässt er sich.“ Dieses von Thomas Macho, Professor für Kulturgeschichte an der Humboldt-Universität Berlin, eingebrachte Zitat von Seneca scheint eher Zeugnis einer differenzierten, abgeklärten Problemlösung zu sein. Es ist der Erkenntnis des Leiters des Instituts „moment“ im Psychosozialen Dienst der Stadt Wien, Patrick Frottier, gar nicht so fern: „Je zivilisierter eine Gesellschaft ist, desto weniger fremdaggressiv ist sie, aber desto höher eigenaggressiv“.

Es hört sich an, als müsse man irgendwohin mit seinen Aggressionen, auch wenn es das eigene Leben kostet. Wenn die Selbstachtung, der Stützpfeiler – wie der Professor für Philosophie an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch-Gmünd, Franz Josef Wetz, sie bezeichnet hat – ins Wanken gerät, kann häufig auch der biologische Imperativ, der uns laut Wetz am Leben erhalten sollte, nicht mehr viel ausrichten. Die freie Entscheidung zum Suizid, der so gern benannte Freitod, muss doch mit einem großen Fragezeichen versehen werden.

Die Ärztin und Medizinethikerin Svenja Ludwig hat noch einen anderen Aspekt eingebracht.

Sie hält es für möglich, dass aufgrund von Persönlichkeitsveränderungen bei schwer traumatisierten Menschen es am Ende eine ganz andere Person ist, die sich das Lebens nimmt, als die ehemals geflüchtete. Das wirft noch ein anderes Licht auf die freie Entscheidung zum Suizid. Ob halbfrei, unfrei oder neu entschieden, auf jeden Fall brauchen wir – wie die Gefängnisgeistlichen Franz-Josef Christoph und Martin Burgdorf eindrückliche geschildert haben – viele Helfer des Herrn in Flüchtlingsunterkünften und Gefängnissen.

### Übertragbarkeit von Präventionsmaßnahmen

Welche Präventionsmaßnahmen, wie sie bereits im Vollzug eingesetzt werden, lassen sich auf die Situation der Flüchtlinge in Deutschland übertragen?

Die vor gut zehn Jahren gegründete „Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention im Justizvollzug“ (BAG) ist ein Instrument, das bundesweit der Information, dem Austausch, der Entwicklung und Überprüfung von Maßnahmen und Konzepten der Suizidprävention in Haftanstalten dient. Wäre es nicht auch möglich, eine Bundesarbeitsgruppe „Suizidprävention in der Betreuung von Flüchtlingen“ ins Leben zu rufen?

Die bestehende BAG hatte die Idee, einen Suizidpräventionspreis nach dem Motto „Etwas Besseres als den Tod findest Du überall“ für besonders innovative und kreative Projekte auszuloben. Seit 2011 werden in der Schlosserei der JVA Goldlautern in Thüringen bereits Skulpturen der Bremer Stadtmusikanten hergestellt und liebevoll ausgestaltet.

Flyer für Gefangene und Handlungsempfehlungen für die Länder sollen die Beteiligten, vor allem das Gefängnis-Personal, für die Suizidproblematik sensibilisieren. Flyer für junge und erwachsene Gefangene – übersetzt in 14 bzw. 23 Sprachen – sollen Neuzugängen Mut machen, sich in Krisensituationen an das Personal zu wenden.

Weiterhin hat die BAG Empfehlungen für den Justizvollzug ausgearbeitet, die online, in 2 Heften zusammengestellt, den Bediensteten des Justizvollzugs zur Verfügung stehen (<http://www.naspro.de/dl/AG-Strafvollzug-Empfehlungen>). Das Heft 1 behandelt „Die Aufnahme von Gefangenen“, dort werden bauliche, baukonstruktive und inhaltliche Konzeptionen einer Aufnahmeabteilung vorgestellt. Das Heft 2 gibt Empfehlungen für den „Umgang mit Suizidalität“, dort werden u.a. Risikogruppen und Zeiträume im Haftalltag mit erhöhtem Risiko für Suizid vorgestellt, Aufgaben und Handlungsspielräume beteiligter Bediensteten-Gruppen thematisiert, sowie Organisations- und Kommunikationsstrukturen dargelegt. Ein Kapitel befasst sich mit Modellen von Best Practice in der Suizidprävention. Vorgestellt werden u.a. eine Ideensammlung an praktischen Maßnahmen, die zur Entspannung von Krisensituationen beitragen können, Alternativen zur Unterbringung im besonders geschützten Haftraum, Fallkonferenzen und Suizidkonferenzen und das Modell eines Suizidpräventionsraums, den Sachsen als erstes Bundesland inzwischen eingerichtet hat. Schwerpunkt in dem zurzeit in Arbeit befindlichen Heft 3 sind Maßnahmen der Nachsorge, wenn ein Suizid oder ein schwerer Suizidversuch geschehen sind.

Suizid hinterlässt Spuren bei Angehörigen, bei Bediensteten und Mitgefangenen. Als erste Maßnahme halten viele Bundesländer Angebote der Krisenintervention vor. Stefan Fuchs vom Österreichischen Ministerium für Justiz hat spezifische Angebote zur Unterstützung betroffener, beteiligter und berührter Personen bei dieser Tagung vorgestellt. Der Bedarf an

Angeboten dieser Art besteht auch für Personen, die von Flüchtlingssuiziden betroffen sind. Da lohnt auf jeden Fall eine Prüfung der Übertragbarkeit.

Im Lauf der Zeit hat sich im Vollzug – vielfach angestoßen durch die BAG – viel getan: Zugangsgespräche am Tag des Zugangs sind Standard, feste Dienstgruppen und geschultes Personal in Aufnahmeabteilungen, ansprechende Räumlichkeiten, Screening von Neuzugängen, standardisierte Maßnahme-Ketten bei anzunehmender Suizidalität, Fallkonferenzen und Suizidkonferenzen u.a. Der deutliche und kontinuierliche Rückgang der Suizidraten in Gefängnissen ist ein Erfolg, dem Einsatz des Vollzugs-Personals bundesweit zu verdanken. Allerdings ist ein erneuter, deutlicher Anstieg der Ziffern im vergangenen Jahr nicht zu übersehen, möglicherweise ein Ausreißer, denn im laufenden Jahr zeichnet sich bis jetzt wieder eine deutliche Entspannung ab.

Dennoch ist es erforderlich, nach den Ursachen zu suchen, auch wenn wir derzeit nur spekulieren können. Dazu muss die Datenerhebung, an der alle Bundesländer mitwirken, und die ursprünglich nur bis zum Jahr 2019 vorgesehen war, fortgesetzt werden. Niedersachsen hat die Erhebung und Auswertung nun 15 Jahre lang gemacht. Jetzt hat Sachsen seine Bereitschaft signalisiert, die Datenerhebung fortzuführen. Sie ist für die Beobachtung der weiteren Entwicklung Voraussetzung und darüber hinaus ein Instrument, das Überzeugungen untermauern kann. Wenn man etwas bewirken will, lassen sich gefühlte Fakten nicht so gut vermitteln wie harte Fakten.

Die Telefonseelsorge für Gefangene (heute Seelsorge am Telefon) ist ein Produkt der Datenlage und der Bereitschaft der Gefängnisseelsorger. Mit der Datenerfassung lässt sich das erhöhte Risiko für Suizidalität von Untersuchungsgefangenen in der ersten Haftzeit, zur Nachtzeit untergebracht in einer Einzelzelle, nicht wegdiskutieren. Im bayerischen Vollzug war das Anlass, das Listenerprojekt zu installieren. Nun wird eine Datenerhebung im Bereich von Flüchtlingssuiziden ungleich schwieriger sein als im Vollzug, aber ich halte sie nicht für unmöglich.

### **Ausländische Gefangene**

Im Vollzug sollte derzeit aus mehreren Gründen ausländischen Gefangenen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Zu unterscheiden sind Strafgefangene, für die sich Suizidraten je nach Nationalität errechnen lassen, von Untersuchungsgefangenen, für die nur anhand der Datenerhebung Suizide, differenziert nach Haftart und Nationalität, erfasst werden können.

Während die Anzahl deutscher Suizidenten in U-Haft und Strafhaft fast gleich hoch ist, beträgt die Anzahl ausländischer Suizidenten in Untersuchungshaft fast das Doppelte der Anzahl ausländischer Gefangener, die sich in Strafhaft getötet haben. D.h. Ausländische Gefangene nehmen sich vermutlich viel häufiger in Untersuchungshaft das Leben als deutsche Gefangene. Genau lässt sich das noch nicht sagen, weil es keine Zahlen vom tatsächlichen Bestand ausländischer Untersuchungsgefangener im Vollzug gibt.

Ein anderes Problem ist das Erkennen einer Suizidgefahr, das uns schon bei unseren Landsleuten Probleme bereitet. Die erste Einschätzung beruht oft auf einem Gespräch über die persönliche Situation des Neuzugangs. Dabei hilft die Kenntnis von Risikofaktoren und Risi-

kogruppen, die Einschätzung der psychischen Gestimmtheit, insbesondere der psychischen Belastbarkeit und Glaubwürdigkeit, die Frage nach Haltefaktoren und Perspektiven. Bei ausländischen Neuzugängen gibt es von vornherein oft Probleme mit der Verständigung, die sich auch mit der Hilfe eines Dolmetschers nicht ganz beheben lassen.

Erschwerend kommen Normen und Gepflogenheiten einer anderen, uns weniger vertrauten Kultur hinzu. Ein Beispiel aus Indonesien: Wie andere Menschen auch machen Indonesier nicht gern Fehler. Geschieht ihnen jedoch ein Missgeschick, zeigen sie sich nicht wie erwartet demütig und bekümmert, sondern sie hören sich die Vorhaltungen ihres Gegenübers an... und lächeln. Der Europäer glaubt, der Indonesier habe wohl nicht recht verstanden, dass er Mist gebaut hat und legt nach, der Indonesier auch – mit Lächeln. Das Gegenüber läuft Gefahr, die Fassung zu verlieren und fängt an zu schreien, der Indonesier lächelt. Ein deutliches Beispiel für kulturell bedingte Missverständnisse. Es zeigt, wie schwierig es ist, vor dem Hintergrund andersartiger Normen, Grundsätze, Motive, die psychische Gestimmtheit, die Belastbarkeit und Glaubwürdigkeit angemessen einzuschätzen.

Noch schwieriger dürfte es sein, einen mutmaßlichen Selbstmordattentäter bezüglich seiner psychischen Gestimmtheit und Belastbarkeit einzuschätzen. Wenn die Wissenschaftler von der Universität Alabama Recht haben, dass islamistische Terrorgruppen weniger nach religiösen Fanatikern, sondern eher nach depressiven psychisch beeinträchtigten Menschen Ausschau halten: Mit wem haben wir es dann in den Gefängnissen zu tun? Mit einem Mörder oder mit einem Opfer?



## AUTORENVERZEICHNIS

### **Bennefeld-Kersten, Katharina**

Dr. phil., Diplom-Psychologin, ehemalige Leiterin der Justizvollzugsanstalt Salinenmoor, bis 2013 Leiterin des Kriminologischen Dienstes im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs, Gründerin und bis 2016 Leiterin der Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention im Justizvollzug

*Kontakt: suizidforschung@gmx.de*

### **Burgdorf, Martin**

evangelischer Gefängnispfarrer in der Justizvollzugsanstalt Wolfenbüttel, Abteilung Braunschweig

*Kontakt: Martin.Burgdorf@justiz.niedersachsen.de*

### **Christoph, Franz-Josef**

Diplom-Theologe, Supervisor DGSv, Justizvollzugsseelsorger der Justizvollzugsanstalt Wolfenbüttel, Abteilung Braunschweig

*Kontakt: fjchristoph@web.de*

### **Felber, Werner**

Prof. em. Dr. med. für Psychiatrie mit Forschungsschwerpunkten Suizidologie, Depression, Forensik, Psychatriegeschichte im Zentrum für Seelische Gesundheit / Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

*Kontakt privat: Goetheallee 9, 01309 Dresden*

*Kontakt: werner.felber@tu-dresden.de*

### **Ludwig, Svenja**

Dr. med. Svenja Ludwig M. A., Ärztin und Medizinethikerin, Führungskraft in NGO

*Kontakt: drsvenjaludwig@t-online.de*

### **Wedler, Hans**

Prof., Dr., Facharzt für Innere Medizin und Psychotherapeutische Medizin. Ehemals Ärztlicher Direktor der Klinik für Internistische Psychosomatik am Bürgerhospital des Klinikums Stuttgart, gehört zu den Gründungsmitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention; Herausgeber der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“

*Kontakt: hans.wedler@web.de*

### **Franz Josef Wetz**

Prof. Dr., Professor für Philosophie an der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd

*Kontakt: fjwetz@t-online.de*

