NATIONALES
SUIZIDPRÄVENTIONS
PROGRAMM

Vernetzen. Informieren. Aktivieren.

Assistierter Suizid und Psychotherapie

Georg Fiedler



Fortbildung - Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP im BD)

am 10. Oktober 2026 in Fulda

Offenlegung Interessenkonflikte

Ich, Georg Fiedler, habe keine finanziellen Interessen/Abkommen oder Verbindungen zu einer oder mehreren Organisationen, die als tatsächlicher oder scheinbarer Interessenkonflikt im Zusammenhang mit dem Thema dieses Vortrags wahrgenommen werden könnten

Folien werden zur Verfügung gestellt

**Menschen handeln gegenüber Dingen
auf Grundlage der Bedeutung,
die diese Dinge für sie besitzen.**

Herbert Blumer

Assistierter Suizid – die eigene Haltung entscheidet

Welche Bedeutung hat der assistierte Suizid für mich?

Bedeutungen und Haltungen sind individuell verschieden.

Persönliche Erfahrungen

- Welche Erfahrungen mit Suizidalität?
- Suizid eines nahestehenden Menschen?
- Sterben unter Schmerzen und Leid miterlebt?

Soziales Umfeld

- Wie geht mein Umfeld mit Suizid um?
- Welche Haltungen begegnen mir dort?

Werte und Überzeugungen

- Welcher philosophische, ethische oder religiöse Hintergrund prägt meine Sicht?

Wissen und Qualifikation

- Welches Wissen habe ich?
- Bin ich für den Umgang mit Suizidgedanken und Todeswünschen ausgebildet?

Mediale Darstellungen des assistierten Suizids

Die Rolle der Psychotherapie / Psychotherapeut:innen

Wie gehe ich damit um, wenn ein Patient um Hilfe für einen assistierten Suizid anfragt?

Orientierung

Die Antwort hängt auch von der eigenen Haltung zum Beruf und zum assistierten Suizid ab.

Rechtlicher Rahmen

- Eine Beteiligung von Psychotherapeut:innen am Prozess des assistierten Suizids ist bislang rechtlich nicht angedacht.
- Ärztliche Psychotherapeut:innen können grundsätzlich Suizidassistenz leisten, da sie Medikamente verschreiben können. Diskutiert wird die Beteiligung von Psycholog:innen an der Freiverantwortlichkeitsprüfung.

Fokus des Vortrags

- Da in diesem Vortrag die Suizidprävention im Mittelpunkt steht, wird auf die aktive Beteiligung am Prozess des assistierten Suizids im Folgenden nicht eingegangen.

Bundesverfassungsgericht: Assistierter Suizid

Urteil vom 26. Februar 2020 · 2 BvR 2347/15 u. a.

Recht auf selbstbestimmtes Sterben

01

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst die Freiheit, das eigene Leben selbstbestimmt zu beenden.

Freiwillige Hilfe Dritter

02

Dazu gehört die Freiheit, Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Niemand ist verpflichtet, Suizidhilfe zu leisten.

Keine Bindung an Krankheit

03

Das Recht ist nicht auf schwere Erkrankungen oder bestimmte Lebensphasen begrenzt.

Voraussetzung

04

Freiverantwortlichkeit, Beständigkeit, Entscheidung ohne Druck

Der Staat darf regulierend eingreifen, um den Schutz vulnerabler Gruppen zu gewährleisten und um zu vermeiden, dass der assistierte Suizid zu einer normalen Form der Lebensbeendigung wird.

Quelle: Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 26.02.2020, 2 BvR 2347/15 u. a., Leitsätze.

Seit 2014 – Kampagne „Mein Ende gehört mir“



Kampagnenfahrzeuge vor dem Reichstag



Öffentliche Aktion am Brandenburger Tor

23. November 2020: GOTT im TV

Breite öffentliche Sichtbarkeit des Themas in Fernsehen und Talkformaten.



Fernsehfilm „GOTT von Ferdinand von Schirach“

AKTUELL: Kampagne DGHS - HUMANES STERBEN - Weil es mein Leben ist.

Wahrnehmung des Wandels des öffentlichen Diskurses zum Suizid

Begriffspaare, die eine Verschiebung von Perspektiven und Bedeutungen im öffentlichen Diskurs andeuten.

Suizid	→	Freitod
Suizidgedanken	→	Suizidwünsche
Suizidgefährdet	→	Suizidwillig
Krisenintervention	→	Freiverantwortlichkeitsprüfung
Therapie	→	Tödliches Medikament

Hoffnung – Hoffnungslosigkeit

Die folgende Enwickiung

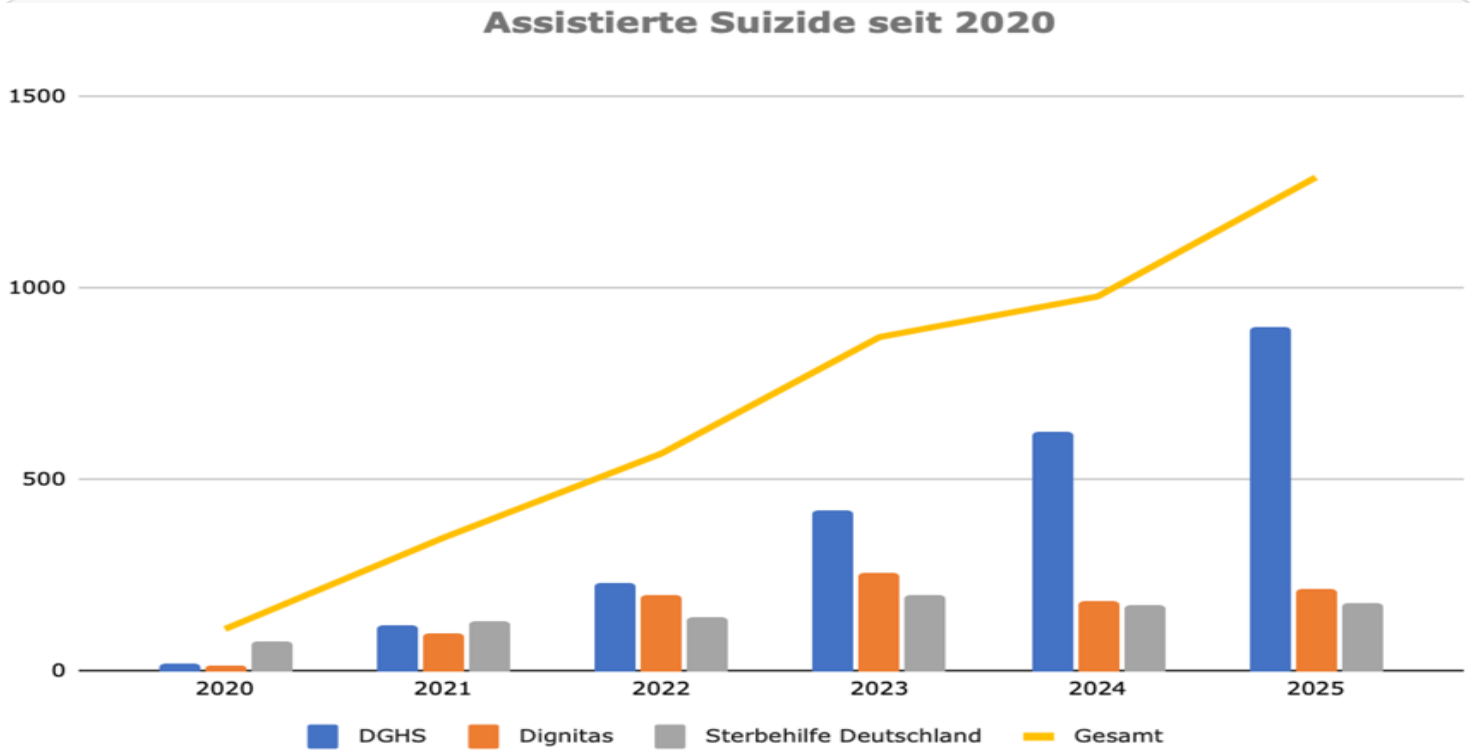
Deutlicher Anstieg assistierter Suizide

Meldungen von drei Sterbehilfeorganisationen

2020: **109** assistierte Suizide

2025: **1.288** assistierte Suizide

Die tatsächliche Zahl liegt vermutlich deutlich höher.



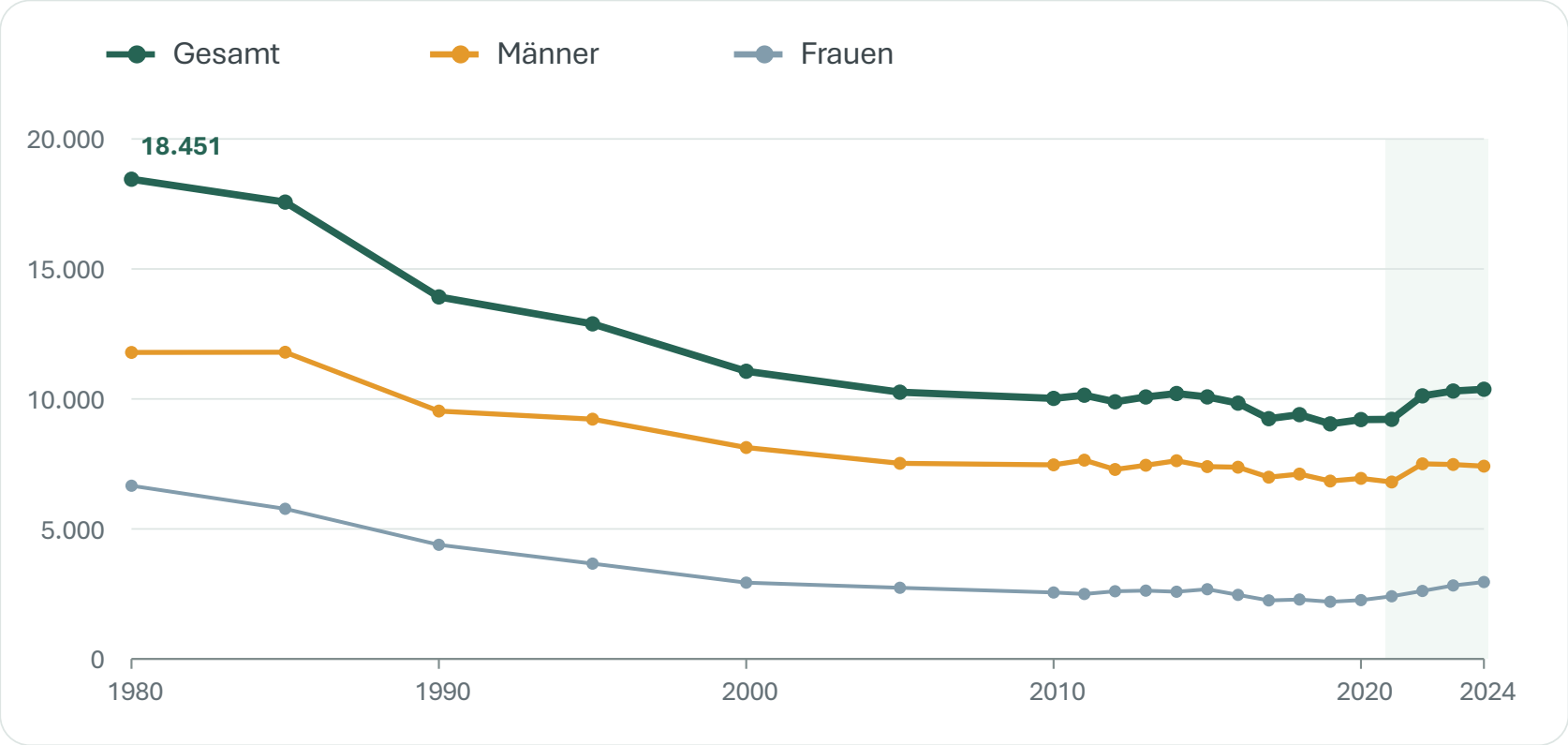
Untersuchung aus Bayern: Jeder zehnte Suizid ist ein assistierter Suizid

Quelle: Buschner, A.; Gleich, S.; Schäffer, B. (2025): Assistierte Suizide in Bayern 2020 bis 2023 – Erste Ergebnisse aus der multikausalen Todesursachenstatistik.

24,7 %.

Die Anzahl der Suizide nimmt zu

Suizide in Deutschland 1980–2024



2024 · Gesamt

10.372

+68 Fälle (+0,7 %) gegenüber 2023

2025 · Gesamt

11.493

+1.121 Fälle ,
+10,8 % gegenüber 2024

+24,7 %.

Anstieg seit 2021

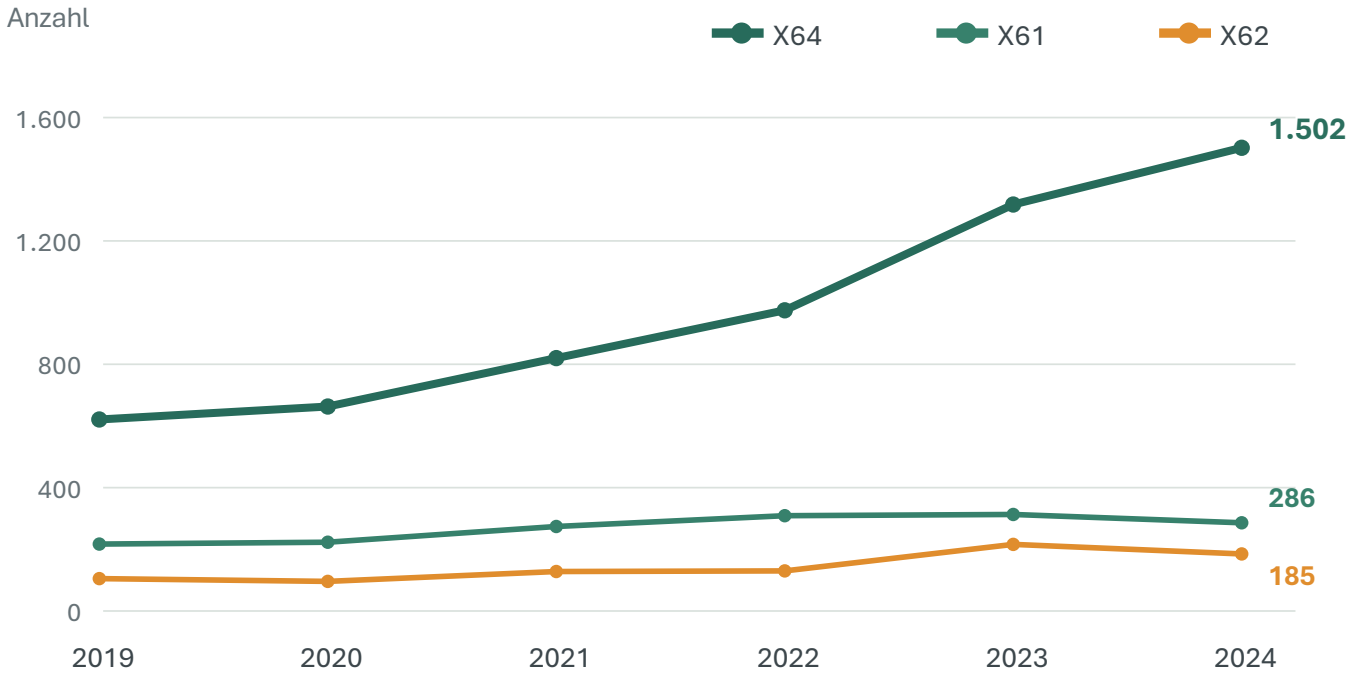
Langfristiger Rückgang: vom Höchststand 1981 (18.825) bis 2000 (11.065) um 41 %.

Quelle: Statistisches Bundesamt / GBE-Bund, Datenblätter 28.10.2025; Darstellung: K. Wache, Universität Kassel (2025). 1980–2005 in Fünfjahresschritten, ab 2010 jährlich.

Suizidmethoden: Entwicklung ausgewählter ICD-10-Kodierungen

Deutschland 2019–2024 | Suizide durch Vergiftung in den Kategorien X61, X62 und X64

Entwicklung der erfassten Todesfälle



ICD-10-Kodierungen dokumentieren Todesursachen – nicht die Form der Suizidassistenz.

Es gibt keine Dokumentation über die bei assistierten Suiziden in Deutschland verwendeten Medikamente. Aus Berichten und einer Studie wissen wir jedoch, dass oft bestimmte **Barbiturate (X61, X62)** und ein **Malariamittel (X64)** beim assistierten Suizid verwendet werden. In der Tat findet sich der Anstieg der Suizide besonders durch Barbiturate ab 2020 im Bereich dieser Kodierungen.

Quelle: Statistisches Bundesamt / GBE, Datenblätter vom 28.10.2025; Darstellung nach K. Wache (2025). Kontext: Gleich et al. (2024).

Begriffe am Lebensende

Zentrale Unterscheidungen im Zusammenhang mit assistiertem Suizid

BEGLEITUNG UND BEHANDLUNGSENTSCHEIDUNGEN

Sterbebegleitung

Pflege, Zuwendung und Symptomlinderung. Selbstbestimmung in der Sterbephase ermöglichen.

Therapien am Lebensende

Schmerzen und anderes Leiden lindern, auch durch Sedierung. Nicht den Tod herbeiführen.

Früher: **„indirekte Sterbehilfe“**

Sterben(zu)lassen

Lebensverlängernde Maßnahmen entsprechend dem Patientenwillen beenden oder nicht beginnen.

Früher: **„passive Sterbehilfe“**

HANDLUNGEN ZUR HERBEIFÜHRUNG DES TODES

Assistierter Suizid

Unterstützung bei freiverantwortlichem Suizid. Die letzte Handlung führt die Person selbst aus.

Grundsätzlich zulässig bei Freiverantwortlichkeit

Tötung auf Verlangen

Eine andere Person führt auf Verlangen die zum Tod führende Handlung aus.

In Deutschland verboten

Wesentlich: Ziel der Maßnahme, Patientenwille und ausführende Person.

In Anlehnung an Nationaler Ethikrat (2006), S. 53–58; stark gekürzt.

Weitere Begriffe

Palliative Sedierung · FVET · Medical Assistance in Dying (MAiD)

Palliative Sedierung

Therapieresistente Beschwerden lindern.

Bewusstseinsreduktion proportional und überwacht; Indikation und Dokumentation erforderlich.

EAPC 2024

Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET)

Eine entscheidungsfähige Person verzichtet freiwillig und bewusst auf Essen und Trinken.

DGP: eigenständige Handlungskategorie.

DGP 2019

Medical Assistance in Dying (MAiD)

Gesetzliche Praxis in Kanada mit zwei Formen:

Verabreichung durch Fachpersonal oder Bereitstellung zur Selbstverabreichung.

Kanadische gesetzliche Praxis

Nicht gleichsetzen: Ziel, Ablauf und rechtlicher Rahmen unterscheiden sich.

Mythos

Der assistierte Suizid wirkt suizidpräventiv

Vernetzen. Informieren. Aktivieren.

Mythos

Auf den assistierten Suizid bezogene Mythen

Das Angebot des assistierten Suizids wirkt suizidpräventiv.

- Beratungsstellen zum assistierten Suizid fördern die Suizidprävention.
- „Werden ärztliche Freitodbegleitungen gesellschaftlich akzeptiert, steigen die Suizidversuchsraten keineswegs an, sie gehen vielmehr zurück! Die Verfügbarkeit eines Suizidmittels verhindert Suizide“
- Nur das legale Angebot eines assistierten Suizids ermöglicht es, über Suizidalität zu sprechen.

Realität

Internationaler Vergleich

In keinem Land, in dem der assistierte Suizid oder die Tötung auf Verlangen verfügbar wurde, sank die Zahl der Suizide als Folge der Verfügbarkeit der Suizidassistenz. Die assistierten Suizide addierten sich zu den Suiziden ohne Assistenz. In Deutschland wird die potenzielle Nachfrage nach assistierten Suiziden von deren Befürwortern auf 10.000 bis 30.000 geschätzt.

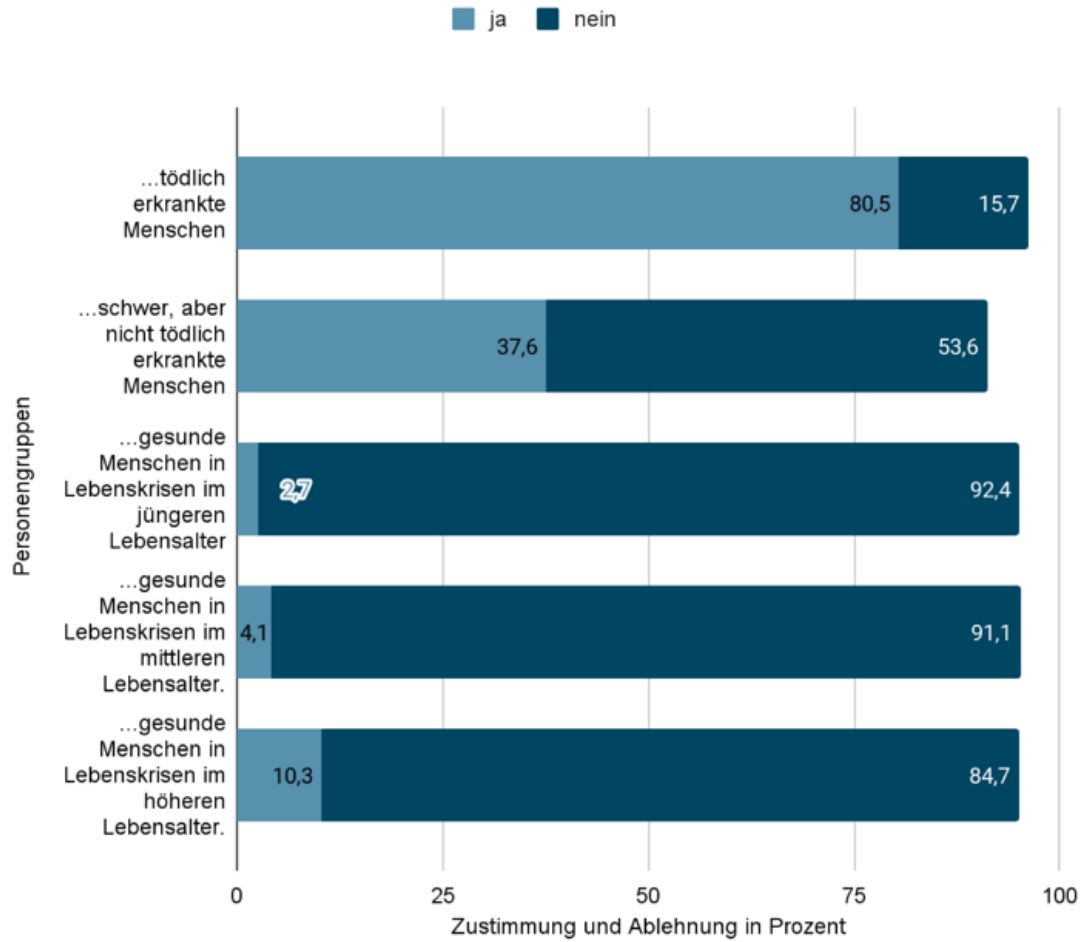
Die Einflüsse auf Suizidhäufigkeiten werden international intensiv erforscht. Eine Vielzahl von Einflussfaktoren wurde ermittelt. Es gibt keine einzige belastbare seriöse Studie, die nachweist, dass die Legalisierung des assistierten Suizids suizidpräventiv wirkt.

Es konnte bislang kein „Switch“ von den nicht assistierten Suiziden zu den assistierten Suiziden nachgewiesen werden.

Mythos

Die deutsche Bevölkerung wünscht den assistierten Suizid

Ist die Zustimmung zur Möglichkeit des assistierten Suizids abhängig von der Präfinalität, den Erkrankungen und dem Lebensalter der betroffenen Menschen?



Frage 4

Wenn einer Person ein tödliches Medikament übergeben wird, das sie selbst einnimmt und an dem sie stirbt, spricht man von einem assistierten Suizid.

Ich lese Ihnen nun einige Personengruppen vor und bitte Sie um Ihre Meinung, für welche Personen ein assistierter Suizid möglich sein sollte. Sollte ein assistierter Suizid möglich sein ...

Fiedler, G., Drinkmann, A., Schwab, F. Lindner, R. (2022) Wie beurteilt die deutsche Bevölkerung die Möglichkeit zum assistierten Suizid? Suizidprophylaxe, 49, 100-102.

Die aktuelle Situation in Deutschland

Aktuelle Entwicklung

2024 S1-Leitlinie zum "Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der hausärztlichen Praxis“.

Aktuell:

- S3-Leitlinie: „Umgang mit Suizidalität“ kurz vor Veröffentlichung.
- S2k-Leitlinie: „Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz“ kurz vor Veröffentlichung.
- DFG-Netzwerk: „Verantwortbare Praxis der assistierten Selbsttötung. Ein wissenschaftliches Netzwerk zur interdisziplinären Beforschung normativer und empirischer Anforderungen“ in Arbeit.
- 2025 Start des BMG-geförderten Projekts RegAS: „Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines dauerhaften Registers zur Erfassung und Analyse assistierter Suizide“.
- Aktuell sind Parlamentarier des Bundestags mit der Neufassung eines Gesetzentwurfs zur Regelung des assistierten Suizids befasst.

Wer nimmt assistierten Suizid in Anspruch?

Ausgewählte empirische Befunde – überwiegend aus der Schweiz

Demografische Merkmale

Höheres Lebensalter

Schweiz 2014: Ø 77 J. (Frauen), 73 J. (Männer)

Frauen häufiger

Schweiz: rund 60 % der Fälle

Bildung und Einkommen

Höhere Bildung und Einkommen häufiger

Familienstand

Alleinstehende, v. a. verwitwet oder geschieden

Gesundheitliche Hintergründe

Somatische Erkrankungen

Krebs, neurodegenerative Erkrankungen und Multimorbidität

Psychische Erkrankungen

Selten Hauptdiagnose (Schweiz: unter 5 %); Mitbeteiligung möglich

Palliativgeriatrie

Als entwürdigend erlebte Situation oder Autonomieverlust

Motive und Lebenssituation

Autonomieverlust

Angst vor Kontrollverlust und Pflegeabhängigkeit

Körperliches Leiden

Relevant, aber nicht immer dominierend

Einsamkeit

Soziale Isolation kann bedeutsam sein

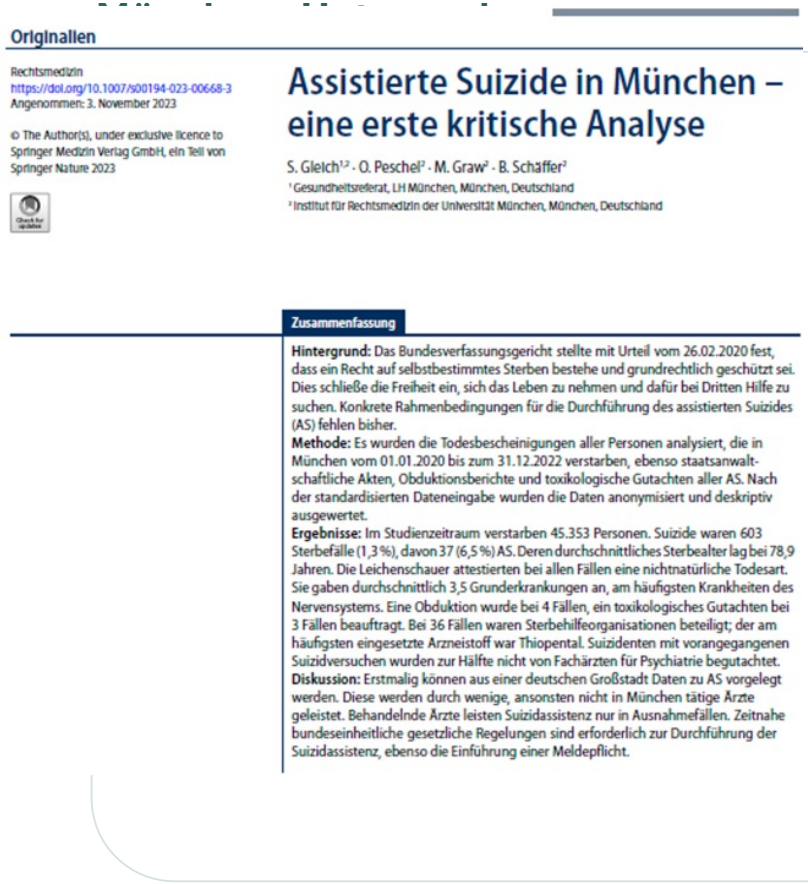
Lebenssattheit

Mitunter „vollendetes Leben“, auch ohne akutes Leiden

Unterschiedliche Lebenslagen: Neben Diagnosen sind existenzielle Motive bedeutsam.

Quellen (Auswahl): BFS 2016; Steck et al. 2016/2018; Castelli Dransart et al. 2016; Batzler et al. 2023; FGPG 2024; DGHS 2025.

Was wissen wir über die reale Praxis des assistierten Suizids



Originalien

Rechtsmedizin
https://doi.org/10.1007/s00194-023-00668-3
Angenommen: 3. November 2023

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2023

Assistierte Suizide in München – eine erste kritische Analyse

S. Gleich[1,2] · O. Peschel[2] · M. Graw[2] · B. Schäffer[2]
[1] Gesundheitsreferat, LH München, München, Deutschland
[2] Institut für Rechtsmedizin der Universität München, München, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Das Bundesverfassungsgericht stellte mit Urteil vom 26.02.2020 fest, dass ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben bestehe und grundrechtlich geschützt sei. Dies schließe die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und dafür bei Dritten Hilfe zu suchen. Konkrete Rahmenbedingungen für die Durchführung des assistierten Suizides (AS) fehlen bisher.
Methode: Es wurden die Todesbescheinigungen aller Personen analysiert, die in München vom 01.01.2020 bis zum 31.12.2022 verstarben, ebenso staatsanwaltschaftliche Akten, Obduktionsberichte und toxikologische Gutachten aller AS. Nach der standardisierten Dateneingabe wurden die Daten anonymisiert und deskriptiv ausgewertet.
Ergebnisse: Im Studienzeitraum verstarben 45.353 Personen. Suizide waren 603 Sterbefälle (1,3 %), davon 37 (6,5 %) AS. Deren durchschnittliches Sterbealter lag bei 78,9 Jahren. Die Leichenschauer attestierten bei allen Fällen eine nichtnatürliche Todesart. Sie gaben durchschnittlich 3,5 Grunderkrankungen an, am häufigsten Krankheiten des Nervensystems. Eine Obduktion wurde bei 4 Fällen, ein toxikologisches Gutachten bei 3 Fällen beauftragt. Bei 36 Fällen waren Sterbehilfeorganisationen beteiligt; der am häufigsten eingesetzte Arzneistoff war Thiopental. Suizidenten mit vorangegangenen Suizidversuchen wurden zur Hälfte nicht von Fachärzten für Psychiatrie begutachtet.
Diskussion: Erstmalig können aus einer deutschen Großstadt Daten zu AS vorgelegt werden. Diese werden durch wenige, ansonsten nicht in München tätige Ärzte geleistet. Behandelnde Ärzte leisten Suizidassistenz nur in Ausnahmefällen. Zeitnahe bundeseinheitliche gesetzliche Regelungen sind erforderlich zur Durchführung der Suizidassistenz, ebenso die Einführung einer Meldepflicht.

Gleich et al. (2023) · Schäfer et al. (2024)

77	Assistierte Suizide in München 9,6 % aller Suizide · 0,13 % aller Todesfälle
5 → 40	Stetige Zunahme in den Jahren 2020 bis 2022 5 – 13 – 19 – 40
32 %	24 Personen mit vorbekannter psychischer Erkrankung (ohne Demenz)
< 50 %	Fachkompetente Begutachtung der Freiverantwortlichkeit
≈ ⅔	Gutachter und Suizidassistent waren personenidentisch

Angaben der Vorlage; Untersuchungen aus München.

Motive, eine Therapie oder Beratung aufzusuchen

Information	Informationen über Sterbehilfeorganisationen erhalten.
Gespräch	Über das Anliegen eines assistierten Suizids sprechen, über Abhängigkeiten und Beziehungswünsche am Ende des Lebens.
Unterstützung	Hilfe beim Schreiben von Abschiedsbriefen und bei der Kommunikation mit Angehörigen über den geplanten assistierten Suizid erhalten.
Bestätigung	Eine Bestätigung für die eigene Entscheidung erhalten.
Abschied	Von jemandem Abschied nehmen.

Nach Lindner, R. (2026): Assistierter Suizid – eine psychoanalytische Perspektive. Psyche, 80, 933–963. DOI: 10.21706/ps-80-11-933

Bei Anfrage zum assistierten Suizid

Eine Anfrage ist

keine Handlungsaufforderung

– sie kann als

Aufforderung zum Gespräch verstanden werden.

Bei Anfrage zum assistierten Suizid

Berufliche Zuständigkeit

Keine Verpflichtung zur Prüfung der Freiverantwortlichkeit. Aber zu Abklärung und ggf. Behandlung von Suizidalität.

Keine Verpflichtung zu einer Beratung zum assistierten Suizid.

Möglichkeiten des therapeutischen Gesprächs

Den Wunsch, nicht mehr zu leben, gemeinsam reflektieren.

Klären, ob andere Maßnahmen bereits erwogen wurden – ggf. unter Einbeziehung der Palliativmedizin.

Bei terminalen Erkrankungen: Welche Wege zum Sterben gibt es noch?

Beziehung und Symptomlinderung können das Bestreben nach Suizidassistenz verringern.

Rahmenbedingungen

Psychotherapie und psychologische Beratung kann parallel zum Kontakt zu Sterbehelfern stattfinden**. Ein assistierter Suizid bleibt möglich.**

Bislang keine spezifische Leitlinie für entsprechende Anfragen in der Psychotherapie oder psychologischen Beratung.

Erfahrungen aus der Psychotherapie

01 **Austausch über existenzielle Fragen**

Menschen mit dem Anliegen eines assistierten Suizids haben häufig auch das Bedürfnis nach einem Austausch über existenzielle Fragen.

02 **Beratung, Unterstützung und Fürsorge**

Beratung, Unterstützung und Fürsorge dienen dazu, eine freiverantwortliche Entscheidung über diese existenziellen Fragen zu ermöglichen.

03 **Gesprächsbereitschaft auf beiden Seiten**

Dies kann nur gelingen, wenn beide Seiten bereit sind, über existenzielle Ängste, Nöte, interpersonelle Konflikte und Belastungen zu sprechen.

Psychotherapie bei Anfragen zum assistierten Suizid

Die therapeutische Beziehung: Offene Ziele – offene Kommunikation – offenes Ende

Psychotherapeut:innen können mit Patient:innen in finalen medizinischen und psychosozialen Situationen in Kontakt kommen. Die bewussten Motive für diesen therapeutischen Kontakt können auf unbewusste Motive hinweisen, die durch biografische Beziehungsmuster in der Therapie verstanden werden können.

Frühe Erfahrungen in Eltern-Kind-Beziehungen – geprägt von autoritärer Kontrolle, elterlicher Abwesenheit oder Ablehnung und zugleich einer verzweifelten Sehnsucht nach Verbundenheit – können bei schwerer Erkrankung oder im Alter zu einem hochambivalenten Wunsch nach Assistenz beim Suizid beitragen.

Psychotherapie dient nicht der Vermeidung des (assistierten) Suizids um jeden Preis. Sie basiert auf der therapeutischen Erfahrung einer hilfreichen Beziehung, in der Verbundenheit und zugleich Verschiedenheit erfahrbar werden.

Nach: Lindner, R. (2026): Assistierter Suizid – eine psychoanalytische Perspektive. Psyche, 80, 933–963. DOI: 10.21706/ps-80-11-933.

Suizidprävention steht nicht im Gegensatz zu Selbstbestimmung und Freiverantwortlichkeit, sondern ein Beitrag zu ihr – durch Zeit, Behandlung, Entlastung und Beziehung

Suizidprävention vor Assistenz beim Suizid

Das Anliegen hat vielfältige Hintergründe. Diese im Gespräch verstehen, um Alternativen im Leben zu eröffnen.

Suizidprävention im Feld des assistierten Suizids fördern

Therapeutisch

Wünsche nach Suizidassistenz zum Anlass nehmen, persönliche Bedeutung, Hintergründe und Ambivalenzen zu verstehen.

Suizidpräventiv

Erreichbare Hilfen sollen entlasten, Beziehungen unterstützen und Alternativen im Leben eröffnen.

Gesellschaftlich

Die Finanzierung wirksamer Angebote, Forschung und Regulierung öffentlicher Werbung sind politische Aufgaben.

Politischer und struktureller Handlungsbedarf

- Werbung für assistierten Suizid verbieten
- Kulturelle, soziale und psychologische Hintergründe erforschen
- Hilfen für Betroffene und Angehörige finanzieren und etablieren

www.suizidpraevention.de

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit



Falldarstellung: „Kein Hoffen und Bangen mehr“

Frau B. war 62 Jahre alt, Künstlerin und pensionierte Kunstlehrerin. Bei ihr war eine schwere, fortschreitende neurologische Erkrankung diagnostiziert worden. Sie litt bereits unter häufigen Stürzen, Wortfindungsstörungen und zunehmenden Einschränkungen im Alltag.

Die Vorstellung, künftig vollständig auf Pflege und Unterstützung angewiesen zu sein, löste bei ihr große Angst und Verzweiflung aus.

Schon im ersten Gespräch erklärte sie ihrem Psychotherapeuten, dass sie in zwei Wochen durch assistierten Suizid sterben wolle. Sie hatte bereits Kontakt zu einer Sterbehilfeorganisation aufgenommen. Vom Therapeuten erhoffte sie sich vor allem Unterstützung beim Verfassen ihrer Abschiedsbriefe.

Obwohl ihre Partnerin und ihre Brüder grundsätzlich von ihren Suizidplänen wussten, **verschwieg sie ihnen zunächst die konkrete Planung und den vorgesehenen Termin**. Sie fürchtete, zurückgewiesen zu werden, wenn sie die Angehörigen um Begleitung bei ihrem Suizid bitten würde.

In ihrer Lebensgeschichte spielten Ablehnung, Abhängigkeit und Geheimhaltung eine wichtige Rolle. Der Vater hatte sie häufig zurückgewiesen. Ein Suizidversuch in ihrer Jugend war in der Familie völlig verschwiegen worden. Auch ihre sexuelle Orientierung hatte sie lange geheim gehalten.

Ähnliche Beziehungsmuster zeigten sich nun in der Therapie. Einerseits suchte Frau B. Nähe und Unterstützung, andererseits hielt sie den Therapeuten auf Distanz und verheimlichte ihm wichtige Entwicklungen ihrer Suizidplanung.

Der Therapeut erlebte dabei Mitgefühl, aber auch Ohnmacht, Ärger und das Gefühl, ausgeschlossen zu werden.

Als er diese Beziehungsdynamik ansprach, sagte Frau B., sie sehne sich danach, dass das **„Hoffen und Bangen“** endlich aufhöre.

Im Verlauf der Gespräche veränderte sich jedoch etwas Entscheidendes: Frau B. konnte ihre Partnerin und ihre Brüder in ihre konkreten Suizidpläne einbeziehen. Ihrer Partnerin gegenüber konnte sie ihre Liebe ausdrücklich aussprechen. **Damit wurde auch ein bewusster Abschied in der Beziehung möglich.**

Insgesamt fanden sieben Gespräche innerhalb von vier Wochen statt. Danach sagte Frau B. weitere Termine ab. Drei Wochen später starb sie durch assistierten Suizid im Beisein nahestehender Menschen.

Quelle: Nach Reinhard Lindner (2026), Assistierter Suizid – eine psychoanalytische Perspektive. Psyche, 80, 933–963.